T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE ÇARPINTI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KAYGI(ANKSİYETE) BOZUKLUĞU DURUMUNUN İNCELENMESİ

Dr. Tuğba Nur ALTINOK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE ÇARPINTI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KAYGI(ANKSİYETE) BOZUKLUĞU DURUMUNUN İNCELENMESİ

Dr. Tuğba Nur ALTINOK

Tez danışmanı: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2023

ONAY YAZISI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığına;

‘‘Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayeti ile başvuran hastalarda sosyodemografik özellikler ve kaygı(anksiyete) bozukluğu durumunun incelenmesi’’ konulu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Asil Üye (Başkan)	: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Asil Üye	: Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER
Asil Üye	: Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER
Yedek Üye	: Doç. Dr. İsmail ARSLAN
Yedek Üye	: Doç. Dr. Burcu DOĞAN

ONAY:

Dr. Tuğba Nur ALTINOK’un 11.10.2023 tarihinde savunduğu bu tez Gülhane Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK

Gülhane Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Öncelikle hem uzmanlık eğitimimde hem tez hazırlama sürecimde her zaman yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanlığımı yapan kıymetli hocam Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN' a gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi, eğitimime katkıları ve desteği için Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER' e;

Eğitim sürecimdeki katkılarından ötürü Prof. Dr. Oktay SARI' ya, Doç. Dr. Burcu DOĞAN' a ve Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ' a;

Tez çalışmama destek ve katkılarından dolayı Dr. Salim YAŞAR' a;

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım değerli uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Bütün güzel anılarımın mimarı olan arkadaşlarım Meltem DOĞANAY' a ve Yeliz KOÇ' a,

Bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan, beni yetiştiren ve her zaman arkamda olan çok kıymetli annem Gülnur ALTINOK' a ve çok kıymetli babam Alper ALTINOK' a, çok sevdiğim kardeşlerim Tuğçe ALTINOK' a, Muhammed ALTINOK' a, Mustafa ALTINOK' a,

Doğduğu günden beri hayatıma neşe katan, varlığıyla beni çok mutlu eden, tez yazma süreçlerimi zorlasa bile iyi ki var olan biricik oğlum Kerem Burak BAYSAL' a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tuğba Nur ALTINOK

Ankara, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iv
TABLOLAR LİSTESİ v
ÖZET vi
ABSTRACT vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ viii
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. ÇARPINTI 2
2.1.1. Çarpıntının Tanımı 2
2.1.2. Çarpıntının Etiyolojisi 3
2.1.3. Çarpıntının Epidemiyolojisi 4
2.1.4. Çarpıntı Tipleri ve Klinik Görünümleri 5
2.1.5. Çarpıntıya Tanısal Yaklaşım 6
2.2. ÇARPINTI VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ 10
2.3. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI 11
2.3.1. Tanım 11
2.3.2. Epidemiyoloji 12
2.3.3. Sınıflandırma 12
2.3.4. Tedavi 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli 20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi 20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması 21

3.5. Sosyodemografik Özellikler 21
3.6. Çarpıntının Özellikleri 21
3.7. Beck Anksiyete Ölçeği 22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 22
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri 23
4. BULGULAR 24
5. TARTIŞMA 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 44
KAYNAKLAR 45
ÖZGEÇMİŞ 49
EKLER 50
EK-1. Etik Kurul Onayı 50
EK-2. Veri Toplama Formu 51
EK-3. Beck Anksiyete Ölçeği 55
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 56
EK-5. TUEK Onayı 59

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Tedaviler

EKG: Elektrokardiyografi

EKO: Ekokardiyografi

OSS: Otonom Sinir Sistemi

PA: Panik Atak

PB: Panik Bozukluk

SVT: Supraventriküler Taşikardi

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

SSRI: Selektif Seratonin Gerialım İnhibitörü

SNRI: Seratonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çarpıntının Etiyolojisi 3
Tablo 2. Çarpıntı Tipleri ve Klinik Görünümleri..... 5
Tablo 3. Çarpıntısı olan bir hastaya sorulması gereken ana sorular 6
Tablo 4. Çarpıntıyla İlgili Anahtar Klinik Bulgular ve Önerilen Tanı..... 7
Tablo 5. Epidemiyoloji.....12
Tablo 6. Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı başvurulan bilim dalları.....16
Tablo 7. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 24
Tablo 8. Hastaların nabız sayısı, sigara paket/yıl sayısı ve ölçek puanı dağımı.....26
Tablo 9. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri 26
Tablo 10. Hastaların çarpıntı şikayetine eşlik eden durumlar 28
Tablo 11. Hastaların çarpıntı şikayeti için hekim başvurusu ve yapılan tetkikler 29
Tablo 12. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması.....30
Tablo 13. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması.....32
Tablo 14. Hastaların çarpıntı şikayetine eşlik eden şikayet varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği Karşılaştırılması.....34
Tablo 15. Hastaların çarpıntı şikayeti için hekim başvurusu ve yapılan tetkikler ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması 35
Tablo 16. Hastalarda kardiyak patoloji varlığı ile yüksek Beck Anksiyete Ölçek puanı alanların karşılaştırılması.....36
Tablo 17. Kardiyak Patoloji Varlığı ile Beck Anksiyete Ölçek Puanı Karşılaştırılması.....36

ÖZET

Dr. Tuğba Nur ALTINOK "Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda sosyodemografik özellikler ve kaygı(anksiyete) bozukluğu durumunun değerlendirilmesi" Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023.

Amaç: Çarpıntı, birinci basamak ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalarda en sık karşılaşılan şikayetlerden biridir. Bu şikayetlerin incelenmesi için kardiyoloji polikliniklerine sevk edilen veya yönlendirilen hastaların çoğunda kalp hastalığı etiyolojisi saptanmaz. Çarpıntı şikayeti olan hastaların büyük bir bölümünde çarpıntının nedeni kardiyak bir hastalıktan çok psikiyatrik bir hastalık kaynaklıdır. Çarpıntı ile en çok ilişkili olan psikiyatrik hastalık grubu kaygı bozukluklarıdır. Bu çalışmada kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda kaygı bozukluğu durumunun değerlendirilmesi ve bunun sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışmamız, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniklerine çarpıntı şikayeti ile başvuran ve çalışmaya katılmakta gönüllü olan 18-65 yaş aralığındaki 106 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastalar kardiyoloji uzmanı tarafından ayrıntılı öykü ve fizik muayene sonrasında Elektrokardiyografi (EKG), Ekokardiyografi (EKO) ve ritim holter ile değerlendirilmiştir. Çalışma için hazırlanan veri toplama formunda; sosyodemografik özellikler, çarpıntının özellikleri ile ilgili sorular ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) bulunmaktadır. Hastalara çalışma konusunda gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmak için onam verenler çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler SPSS programı ile uygun testlerle analiz edilmiştir. Analizlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çarpıntı şikayeti ile başvuran 106 hastanın %60,3'ünde (n=64) BAÖ' de yüksek anksiyete belirtilerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki 106 hastanın %77,4'ü (n=82) kadın, %45,3'ü (n=48) ilköğretim mezunu, %59,4' ünün (n=63) mesleği yoktur. Sosyodemografik özelliklere bakıldığında; kadın cinsiyette ($p<0,001$), çalışmayanlarda ($p=0,013$), sigara kullananlarda ($p=0,006$), ailesinde

psikiyatrik hastalık bulunanlarda (p=0,005), uykusu düzensiz olanlarda (p=0,021) BAÖ puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çarpıntı şikayetinin özelliklerine bakıldığında; çarpıntısı aniden başlayanlarda (p=0,045), çarpıntısı gün boyu olanlarda (p=0,017), çarpıntıyla uykudan uyananlarda (p<0,001), çarpıntısına duygusal stresin sebep olduğunu ifade edenlerde (p=0,029), çarpıntısına eşlik eden şikayet olanlarda (p<0,001) (terleme, titreme, nefes darlığı, bulantı, baygınlık hissi(sırasıyla; p<0,001, p=0,012, p=0,001, p=0,011, p=0,001)) ve çarpıntısı için daha önce psikiyatriye başvuranlarda (p=0,045) ölçek puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çarpıntı şikayetiyle başvuran 106 hastanın şikayetlerinin değerlendirilmesi sonucunda %38,7' sinde (n=41) kardiyak bir patoloji tespit edilmiş, %61,3' ünde (n=65) herhangi bir kardiyak patoloji saptanmamıştır. Kardiyak bir patolojisi olanların %53,7' sinde (n=22), kardiyak bir patolojisi olmayanların %64,6'sında (n=42) yüksek BAÖ puanları görülmüştür. Kardiyak bir patolojisi olanların ve kardiyak patolojisi olmayanların BAÖ puanlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05).

Sonuç: Çarpıntı şikayetiyle kardiyoloji polikliniğine başvuran ve kardiyoloji uzmanı tarafından değerlendirilen hastaların kardiyak patolojiden bağımsız olarak yarısından fazlasında yüksek düzeyde anksiyete belirtilerinin görülmesi, hastaların anksiyete bozukluğu açısından mutlaka değerlendirilmesi ve erken tanı, tedavi için ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirilmesi gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır. Bu konuda, sağlık hizmet sunumunda başta birinci basamak hekimleri olmak üzere tüm hekimler tarafından bir farkındalık oluşturulmalı ve hastalar kapsamlı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çarpıntı, kaygı bozukluğu, sosyodemografik özellikler

ABSTRACT

Dr. Tuğba Nur ALTINOK "Evaluation of sociodemographic characteristics and anxiety disorder status in patients who applied to cardiology outpatient clinic with palpitation complaint" Gulhane Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialization Thesis in Medicine, Ankara, 2023.

Aim: Palpitation is one of the most common complaints in patients who apply to primary care and cardiology outpatient clinics. In most of the patients who are referred or directed to cardiology outpatient clinics for the examination of these complaints, no cardiac disease etiology is found. In a large part of the patients with palpitation complaint, the cause of palpitation is more psychiatric than cardiac. The psychiatric disorder group most associated with palpitation is anxiety disorders. In this study, it was aimed to evaluate the anxiety disorder status in patients who applied to cardiology outpatient clinic with palpitation complaint and to determine its relationship with sociodemographic characteristics.

Materials and Methods: Our cross-sectional study was conducted on 106 patients aged 18-65 who applied to Gülhane Training and Research Hospital Cardiology outpatient clinics with palpitation complaint and volunteered to participate in the study. Patients were evaluated by a cardiologist after detailed history and physical examination with Electrocardiography (ECG), Echocardiography (ECHO) and rhythm holter. The data collection form prepared for the study included; sociodemographic characteristics, questions about the features of palpitation and Beck Anxiety Scale (BAS). After explaining the study to the patients, those who consented to participate in the study voluntarily were included in the study. Data were analyzed with SPSS program using appropriate tests. $p<0.05$ value was considered statistically significant in the analyses.

Results: It was determined that 60.3% (n=64) of 106 patients who applied with palpitation complaint had high anxiety symptoms in BAS. 77.4% (n=82) of 106 patients in the study were female, 45.3% (n=48) were primary school graduates, and 59.4% (n=63) had no occupation. When sociodemographic characteristics were examined; a positive relationship was found between BAS scores in female gender

(p<0,001), non-working (p=0,013), smoking (p=0,006), having psychiatric disease in family (p=0,005), having irregular sleep (p=0,021). When the features of palpitation complaint were examined; a positive relationship was found between scale scores in those whose palpitation started suddenly (p=0,045), those whose palpitation lasted all day (p=0,017), those who woke up from sleep with palpitation (p<0,001), those whose emotional stress caused palpitation (p=0,029), those who had accompanying complaints with palpitation (p<0,001) (sweating, trembling, shortness of breath, nausea, fainting sensation (p<0,001, p=0,012, p=0,001, p=0,011, p=0,001)) and those who had previously applied to psychiatry for palpitation (p=0,045). As a result of the evaluation of the complaints of 106 patients who applied with palpitation complaint, cardiac pathology was detected in 38.7% (n=41) of them, and no cardiac pathology was detected in 61.3% (n=65) of them. High BAS scores were seen in 53.7% (n=22) of those who had cardiac pathology and 64.6% (n=42) of those who did not have cardiac pathology. No statistically significant difference was found between the BAS scores of those who had cardiac pathology and those who did not have cardiac pathology (p>0.05).

Conclusion: The fact that high levels of anxiety symptoms are seen in more than half of the patients who applied to cardiology outpatient clinic with palpitation complaint and were evaluated by a cardiologist, regardless of cardiac pathology, reveals that patients should be evaluated for anxiety disorder and referred to a mental health and disease specialist for early diagnosis and treatment. In this regard, an awareness should be created by all physicians, especially primary care physicians, in health service delivery and patients should be evaluated comprehensively.

Key words: Palpitation, anxiety disorder, sociodemographic characteristics

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çarpıntı, birinci basamak ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalarda en sık karşılaşılan şikayetlerden biridir. Hastalar çarpıntıyı değişik şekillerde tanımlayabilirler. Kalbin çok hızlı çarpması, atlaması, düzensiz atması veya göğüste kanat çırpması gibi hisler çarpıntının belirtileri olabilir (1). Bu şikayetlerin incelenmesi için kardiyoloji polikliniklerine sevk edilen hastaların çoğunda bir kalp hastalığı saptanmaz. Kardiyak olmayan göğüs ağrısı veya iyi huylu çarpıntısı olan hastalar genellikle semptomların devamlılığı, duygusal stres, günlük aktivitelerin etkilenmesi ve kalp hastası olma kaygısı açısından kötü prognoza sahiptir (2). Çarpıntı şikayeti ile bir üniversite hastanesine başvuran 190 hastanın bir yıllık izlem sonuçlarına göre, hastaların yaklaşık yarısında (%47) çarpıntının altında yatan herhangi bir tıbbi patoloji saptanmamıştır. Çalışmada, çarpıntının etiyolojisinde kalp hastalığı olan hastaların oranı ise %43 olarak belirlenmiştir (3).

Çarpıntılı hastaların büyük bölümünde çarpıntının sebebi bir hastalıktan ziyade psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Çarpıntı ile en çok bağlantılı olan psikiyatrik rahatsızlık anksiyete bozukluklarıdır (3).

Bu çalışmanın amacı kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda kaygı bozukluğu görülüp görülmediği ve bunun sosyodemografik özellikler ile ilişkisi araştırılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇARPINTI

2.1.1. Çarpıntının Tanımı

Çarpıntı; normalde hissedilmeyen kalp atımlarının, kalbin daha hızlı ve daha kuvvetli atması veya düzensiz ritim sebebiyle hissedilir hale gelmesi olarak tanımlanabilir (4,5).

Çarpıntı, göğüste kalp kasının sert, hızlı ve/veya düzensiz atışlar şeklinde hissedilmesidir. Çarpıntının nedeni araştırılırken, öncelikle çarpıntının bir aritmi kaynaklı olup olmadığını belirlemeye çalışır. Aritmi, kalbin normal ritminden sapmasıdır. Aritmi kaynaklı çarpıntılarda en sık görülen tanılar supraventriküler taşikardi, erken atriyal atım ve erken ventriküler atımdır. Çarpıntıya neden olan aritmilerin çoğu hayatı tehdit etmez, ancak bazı durumlarda ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle, çarpıntının değerlendirilmesinde, daha yoğun bir inceleme veya sevk gerektiren kırmızı bayraklar olarak adlandırılan bazı bulgulara dikkat edilmelidir (6).

Psikolojik durum ile kardiyovasküler sistem arasında çift yönlü bir ilişki olduğu birçok hastalıkta gözlenmiştir (7). Çarpıntılar anksiyete bozukluğuna neden olabileceği gibi, anksiyete bozukluğu da çarpıntıları tetikleyebilir. Anksiyete bozukluğunun, supraventriküler taşikardi (SVT) atakları olan hastaların yaklaşık dörtte birinde bulunduğu rapor edilmiştir (8). Öte yandan, SVT atakları da hastanın psikolojik durumunu olumsuz etkileyebilir. Bu çift yönlü ilişkinin hangi yönde daha baskın olduğu konusu ise belirsizdir (9).

2.1.2. Çarpıntının Etiyolojisi

Çarpıntının etiyolojisi Tablo 1' de belirtilmiştir (10)

Tablo 1. Çarpıntının Etiyolojisi

Kardiyak Nedenler	**Metabolik Nedenler**
Ritim bozuklukları	Hipoglisemi
Kalp yetmezliği	Tirotoksikoz
Kalp kapak hastalıkları	Feokromasitoma
Pacemaker	Mastositozis
Kardiyomiyopati	Besin zehirlenmesi
Yapısal kalp hastalıkları	
Psikiyatrik Nedenler	**Katekolamin Fazlalığı**
Yaygın anksiyete bozukluğu	Kafein
Depresyon	Nikotin
Panik atak	Amfetamin
Somatizasyon	Kokain
İlaçlar	**Diğer**
Sempatomimetik ajanlar	Aşırı stres
Vazodilatörler	Aşırı egzersiz
Antikolinerjikler	Vazovagal sendrom
Beta blokerlerin aniden kesilmesi	Ortostatik hipotansiyon
Yüksek Debili Durumlar	
Gebelik	
Anemi	
Ateş	
Paget hastalığı	

2.1.3. Çarpıntının Epidemiyolojisi

Çarpıntı prevalansı, kullanılan tanım ve tanı yöntemlerine bağlı olarak değişkenlik göstermekte olup, farklı popülasyonlarda önemli derecede farklılık göstermektedir. Ancak, çarpıntının genel popülasyonda sık rastlanan bir semptom olduğu ve özellikle hipertansiyon veya kardiyak bir patolojisi olan hastalarda daha fazla görüldüğü yönünde bulgular mevcuttur (11,12).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan araştırmalarda, çarpıntı, hastaların pratisyen hekimlere başvurma nedenlerinin %16' sını oluşturmakta ve kardiyoloji uzmanlarına yönlendirilen şikayetler arasında göğüs ağrısından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Çarpıntı nedeniyle başvuran hastaların %43' ünde kardiyak etyoloji, %31'inde psikiyatrik hastalık, %6'sında ilaç kullanımı ve %4'ünde diğer faktörler saptanmıştır. Supraventriküler taşikardi (SVT), genç hastalarda çarpıntı ile ilişkili olan bir durum olup, bu hastaların %10 ila %15'inde görülmektedir. Çarpıntı yaygın bir semptom olmasına rağmen, bazı hastalarda özel bir neden bulunamayabilir (13–15).

Çarpıntının yaş ve cinsiyet dağılımı ile ilgili literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Çarpıntının yaşlı ve erkek hastalarda kardiyak aritmi ile ilişkili olarak daha sık görüldüğü, genç ve kadın hastalarda psikosomatik nedenlere bağlı olduğu rapor edilmiştir (16).

2.1.4. Çarpıntı Tipleri ve Klinik Görünümleri

Çarpıntının tipleri ve klinik görünümleri Tablo 2' de belirtilmiştir (16).

Tablo 2. Çarpıntı Tipleri ve Klinik Görünümleri

Çarpıntı Tipi	**Subjektif Yakınma**	**Kalp Atımı**	**Başlangıç**	**Tetikleyici Durum**	**Diğer Belirtiler**
Ekstrasistolik	Atlayan/kaybolan (tekleyen) atımlar	Düzensiz, normal atımlar arasına giren	Ani	İstirahat	-
Taşikardik	Göğüste kuş kanadı çırpması	Düzenli veya düzensiz, belirgin artan	Ani	Fiziksel efor	Senkop, dispne, göğüs ağrısı
Anksiyete ilişkili	Anksiyete, ajitasyon	Düzenli, hafifçe artan	Artan	Stres	Ellerde titreme, boğazda düğümlenme, atipik göğüs ağrısı, iç çekiş dispnesi
Pulsasyon	"Göğüste küt küt" atımlar	Düzenli	Artan	Fiziksel efor	Asteni

2.1.5. Çarpıntıya Tanısal Yaklaşım

2.1.5.1. Anamnez ve Fizik muayene

Anamnez muayenenin önemli bir bölümünü temsil eder, çünkü çoğu hastada doktora gittikleri sırada çarpıntı yoktur ve tanı retrospektif olarak yapılmalıdır.

Bu aşamada tanı için önemli olan aşağıda Tablo 3'te özetlenen birkaç soru sorulmalıdır. Çarpıntı tipinin tanımı (düzenli veya değil, hızlı veya değil), altta yatan mekanizmayı belirlemeye yardımcı olabilir (16)

Tablo 3. Çarpıntısı olan bir hastaya sorulması gereken ana sorular

Çarpıntı başlamadan önceki durumlar	• Aktivite (dinlenme, uyku, spor veya normal egzersiz sırasında, postüral değişiklik, egzersiz sonrası) • Pozisyon (sırtüstü veya ayakta) • Predispozan faktörler (duygusal stres, egzersiz, çömelme veya eğilme)
Çarpıntının başlangıcı	• Ani veya yavaş yavaş ortaya çıkan • Öncesinde başka semptomlar (göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi, yorgunluk vb)
Çarpıntı atağı	• Çarpıntı tipi (düzenli mi, hızlı mı, kalıcı mı) • İlişkili semptomlar (göğüs ağrısı, senkop veya baygınlık hissi, terleme, pulmoner ödem, anksiyete, bulantı, kusma vb.)
Atağın sonlanması	• Eşlik eden semptomların aniden veya yavaşça azalması; sona ermesi veya devam etmesi, süresi; idrara çıkma • Kendiliğinden sonlanması veya vagal manevralar ya da ilaç uygulaması ile sonlanması
Altta yatan sebepler	• İlk atak zamanı, önceki atakların sayısı, geçen yıl veya aydaki sıklığı • Kalp hastalığı • Psikosomatik bozukluklar • Sistemik hastalıklar • Tiroid disfonksiyonu

	• Ailede kalp hastalığı, taşikardi veya ani kardiyak ölüm öyküsü • Kullanılan ilaçlar • Madde kullanımı (alkol vb.) • Elektrolit dengesizliği

Çarpıntıyla ilgili anahtar klinik bulgular ve önerilen tanı Tablo 4' te belirtilmiştir (10).

Tablo 4. Çarpıntıyla ilgili anahtar klinik bulgular ve önerilen tanı

Bulgu	Önerilen Tanı
Tekleyen/atlayan vuruşlar	Benign ektopi
Nefes alamama hissi	Ventriküler prematüre atımlar
Tek vuruş hissi	Ventriküler prematüre atımlar
Boyunda hızlı, düzenli vurma	Supraventriküler aritmiler
Geceleri daha kötü çarpıntı	Benign ektopi veya atriyal fibrilasyon
Duygusal sıkıntı ile ilişkili çarpıntı	Psikiyatrik etiyoloji veya katekolamin duyarlı aritmi
Fiziksel aktivite ile ilişkili çarpıntı	Koroner kalp hastalığı
Genel kaygı	Panik atak
İlaç tedavisi veya eğlence amaçlı uyuşturucu kullanımı	İlaca bağlı çarpıntı
Egzersizle hızlı çarpıntı	Supraventriküler aritmi, atriyal fibrilasyon
Pozisyonel çarpıntı	Atriyoventriküler nodal taşikardi, perikardit
Isı intoleransı, titreme, tiromegali	Hipertiroidi
Çocukluktan beri çarpıntı	Supraventriküler taşikardi
Hızlı, düzensiz ritim	Atriyal fibrilasyon, değişken bloklu taşikardi
Vagal manevralarla sonlandırılan çarpıntılar	Supraventriküler taşikardi

Kalpte üfürüm	Kalp kapak hastalığı
Midsistolik klik	Mitral kapak prolapsusu
Sürtünme sürtünmesi	Perikardit

Fizik muayene, hastanın çarpıntıya neden olabilecek kardiyak veya diğer patolojileri taşıyıp taşımadığını saptamak için öncelikli olarak yapılır. Kalbin detaylı bir şekilde değerlendirilmesi, üfürüm, ek ses veya kardiyomegali gibi bulguları ortaya çıkarabilir. Mitral kapak prolapsusu, çarpıntının sık eşlik ettiği bir durumdur ve midsistolik klik ile karakterizedir. Doktor, hipertiroidizm (örneğin, sinirlilik, ısı intoleransı), ilaç kullanımı veya diğer ciddi hastalıkların belirtilerini göz önünde bulundurmalıdır. Son olarak, egzersizle ara sıra çarpıntısı olan hastalarda, egzersiz sonrası yapılan muayene, artan kalp hızı ve debisi ile alevlenen bir aritmi veya üfürümü tespit edebilir (10).

Elektrokardiyografi

Çarpıntı durumunda elde edilen EKG kaydı, tanının konulmasında kritik bir rol oynamaktadır. Ancak, çoğu vakada, EKG kaydının semptomlar sona erdikten sonra alındığı bilinmektedir. Çarpıntı yakınması olan hastalarda 12 derivasyonlu EKG analizi daha elverişli görülmektedir. EKG'de saptanan sağ veya sol ventriküler hipertrofi, atriyal dilatasyon, atrioventriküler blok, kısa P-R mesafesi, delta dalgaları, uzun QT mesafesi veya önceki miyokard enfarktüsü ile ilgili işaretler gibi birçok bulgu, ileri seviyede kardiyak değerlendirme ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (10).

Ekokardiyografi

Çarpıntının ayırıcı tanısında, hipertrofik veya dilate kardiyomiyopati nedenli çarpıntıların araştırılmasında, temeldeki yapısal kalp hastalıkları ve kapak bozuklukları ile ventrikül fonksiyonlarının incelenmesinde EKO' nun önemli bir katkısı vardır. Ayrıca, fizik muayene esnasında tanısı gözden kaçmış olabilecek mitral kapak prolapsusunun tanımlanmasına ve şiddetinin saptanarak tedavisinin planlanmasına katkı sağlamaktadır (17).

Ritim Holter

Çarpıntı ile elektrokardiyografik kayıt arasında korelasyon kurulabilmesi halinde ritim holter tanısal niteliktedir. Bu sebeple, izleme sürecinde semptom göstermeyen hastalarda, bu muayene genel olarak katkısızdır. İzleme esnasında çarpıntısı bulunmayan bazı hastalarda, asemptomatik (yani çarpıntı ile bağlantılı olmayan) klinik açıdan önemli aritmilerin mevcudiyeti muhtemel bir tanıyı önermekte ve/veya ilave araştırmalara başvurma kararını etkilemektedir. Ritim holterin özgüllüğü, aritmik çarpıntı veya aritmik olmayan çarpıntı tanısının konulmasında en iyidir, ancak duyarlılık oldukça değişkendir ve şu faktörlere bağlıdır: kullanılan izleme teknikleri, izleme süresi, hasta uyumu ve en mühimi atakların sıklığı (16).

2.2. ÇARPINTI VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Anksiyeteye bağlı çarpıntılar, hastalar tarafından bir huzursuzluk hali olarak algılanmaktadır. Kalp atım hızı hafifçe artmakta, fakat hiçbir zaman hastanın yaşına göre hesaplanan maksimum kalp atım hızını aşmamaktadır. Bu çarpıntılar, paroksismal veya kronik olsun, yavaşça başlayıp bitmekte ve hastalar genellikle çarpıntıdan önce ellerde ve yüzde karıncalanma, boğazda düğümlenme, bilişsel bulanıklık, huzursuzluk, atipik göğüs ağrıları ve solunum güçlüğü gibi diğer birçok ilişkili spesifik olmayan semptomları ifade etmektedirler. Anksiyete ile ilişkili çarpıntılar psikosomatik bozukluklardan kaynaklanmakta ve genelde semptomların aritmik bir sebebinin ekarte edilmesini gerektirmektedir (16).

Anksiyete durumları veya panik atak esnasında meydana gelen çarpıntılar, çoğunlukla zihinsel bozukluğa sekonder olarak ortaya çıkan hızlı veya çok hızlı sinüs taşikardisi ataklarının sonucudur. Ancak, bazı vakalarda, hasta çarpıntıların anksiyete veya panik atağın başlamasından evvel mi yoksa sonrasında mı gerçekleştiğini ayırt etmekte güçlük çekebilir ve bu sebeple çarpıntıların psikolojik sıkıntının sebebi mi yoksa neticesi mi olduğunu belirtemeyebilir (16).

Kalp hastalığı endişesi, genel anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu tanısı almış hastalarda yaygın olarak rapor edilen bir durumdur. Bu nedenle, göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi semptomları olan çok sayıda hastada, anksiyetenin somatik işaretleri belirlenmesi beklenir (18).

2.3. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.3.1. Tanım

Anksiyete, diğer duygulanım şekillerinden farklı olarak hoş olmayan bir duygulanım şekli olarak tanımlanabilir. Kaygı veya bunaltı da denir. Fizyolojik olarak taşikardi, dispne, hiperventilasyon, ellerde ve ayaklarda tremor, aşırı terleme gibi semptomlar ortaya çıkar. Psikolojik olarak ise anksiyete, ajitasyon, ani ve yoğun bir felaket beklentisi ve korku duyulur (19).

Anksiyete bozukluğu, tanımlanamayan korkuya benzer bir gerilim duygusu olarak tanımlanır. Anksiyete bozukluklarında kardiyak hassasiyet artmıştır ve bu durum çarpıntı algısını tetikler. Anksiyete ve çarpıntı arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Anksiyetenin neden olduğu korku, gerginlik, kaygı ve endişe, bireyde kalp atış hızının, solunum ve kas tonusunun yükselmesine sebep olur. Diğer yandan çarpıntı da anksiyetenin şiddetlenmesine neden olur. Böylece bir kısır döngü oluşur (20,21).

Anksiyete, çeşitli etiyolojik faktörlere bağlı ve non-spesifik klinik işaretler sergileyen bir belirtidir. Fizyolojik düzeyde taşikardi, terleme gibi duyumlar, korku ve endişe algılanması temel iki bileşendir. Anksiyete, periferik motor ve organ sistemlerine ilişkin belirtilerin yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da bozukluğa neden olur. Bu bozulma; konfüzyon, algı değişikliği, dikkat konsantrasyonunda azalma, hafızada zayıflama, durumlar arası ilişki kurmada güçlük ve öğrenme kapasitesinde düşüş şeklinde kendini gösterir (22).

Anksiyetenin periferik göstergeleri: huzursuzluk, taşikardi, diyare, vertigo, ataksi, reflekslerde yükselme, hipertansiyon, midriyazis, diaforez, senkop, ekstremitelerde parestezi, tremor, dispepsi, poliüri (22).

Anksiyetenin; nedenleri henüz tam olarak bilinmemektedir, doğal veya fizyolojik bir tehdide karşı yaşanan bir durum veya bozukluktur. Anksiyete, kişinin kaç ya da savaş tepkisi vermesine neden olan stres yaratan veya travmatik tür uyarı duygusudur. Bu tehdit, bazen bir kayıptan, bazen de psikolojik karmaşadan kaynaklanır (23,24).

2.3.2. Epidemiyoloji

Anksiyete türlerinin epidemiyolojisi Tablo 5' te belirtilmiştir (22)

Tablo 5. Epidemiyoloji

	Panik Bozukluk	**Yaygın Anksiyete Bozukluğu**	**Fobi**	**Obsesif-Kompulsif Bozukluk**	**Post Travmatik Stres Bozukluğu**
Yaşam boyu prevalans	%1,5-4	%3-8	%3-5	%2-3	%1-3
Erkek/kadın oran	1/1(agora fobisiz) 1/2(agora fobili)	1/2	1/2	1/1	1/2
Başlangıç yaşı	20'li yaşlar	Değişken; adölesan dönem	Geç çocukluk	Ergenlik ve adölesan dönem	Herhangi bir yaşta
Aile öyküsü	Agorafobik hastaların birinci derece akrabalarının %20'si	Birinci derece akrabalarda %25	Özellikle kan, yaralanma, enjeksiyon tipinde ailesel geçiş	Birinci derece akrabalarda %35	-
İkiz çalışmaları	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-

2.3.3. Sınıflandırma

DSM-V'e göre anksiyete bozuklukları sınıflandırması:

-Ayrılık anksiyetesi bozukluğu

-Seçici mutizm

-Özgül fobi

-Sosyal kaygı bozukluğu; sosyal fobi

-Panik bozukluk

-Panik atak

-Agorafobi

-Yaygın anksiyete bozukluğu
-Madde / ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu
-Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
-Diğer anksiyete bozuklukları
-Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

Çarpıntı ve kardiyolojik sebeplerle sıklıkla iç içe olan yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluktan bahsedelim.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), kontrolsüz bir biçimde ortaya çıkan yoğun endişe, sürekli endişe ve huzursuzluk semptomları ile karakterize edilen, kronik seyirli ve yaygın görülen bir rahatsızlıktır (25). Anksiyete, içsel sıkıntı, endişe, korku veya kuruntu gibi duyguların neden olduğu psişik gerginlik ile karakterize bir rahatsızlık durumudur. Anksiyete kelimesi Latince 'boğulma', 'tıkanma', 'sıkışma' anlamına gelen 'angere' sözcüğünden türemiştir. Türkçe' de bunalım, can sıkıntısı veya hoşnutsuzluk yaratan bir kaygı durumu olarak da ifade edilebilir. Anksiyete, vücudun tehlike karşısında reaksiyon göstermesini sağlayan fizyolojik değişimleri tetikler (26).

YAB, sürekli korku ve kaygı duyulan bir hastalıktır. Çoğu gün, pek çok durum ya da aktivite ile ilgili yoğun kaygı ve üzgünlük hali görülür, endişe ve üzüntü kontrol edilemez, kaygı ve üzüntüye karşı huzursuzluk, kolayca yorulma, dikkat dağılması veya zihnin boşalması, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku sorunları görülür. YAB olan hastalar, korkularının çok fazla olduğunu bilmelerine rağmen söylemeyebilirler, korkularının seviyesinden rahatsız olurlar (27).

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), depresyon ile ayrıştırılarak, kendine özgü bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlanmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında %10 gibi yüksek bir görülme sıklığına sahiptir. Bununla birlikte, genel tıp pratiğinde tanı konma oranı düşüktür. Bu sebeple, hastaların fonksiyonelliği ve yaşam kalitesi önemli ölçüde azalır; semptomların şiddeti iyileşme sürecini uzatır ve doktora başvurma oranı artar (22).

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), günlük sosyal ve mesleki faaliyetlerde ciddi düşüşlere yol açan çeşitli fiziksel belirtiler ile görülür (28). YAB, kognitif ve affektif anksiyete semptomlarının yanında, sıcak basması, taşikardi, diaforez ve tremor gibi otonom sinir sistemi (OSS) semptomlarının daha belirgin seyrettiği bir hastalıktır (29).

YAB'nin etiyolojisi, diğer mental bozukluklarda olduğu gibi, henüz aydınlatılamamıştır. Normal anksiyete, normal ve adaptif bir reaksiyon olduğundan, patolojik anksiyeteden farklılaştırmak ve biyolojik değişkenleri psikososyal değişkenlerden ayrıştırmak güçtür. Biyolojik ve psikososyal değişkenler muhtemelen bir arada rol oynamaktadır (30). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sık görülme oranına ve birçok alanda bozukluğa yol açmasına rağmen, yeterince tanınmayan bir hastalıktır. Etyopatogenezinde, nöropsikolojik etmenler, gelişimsel ve kişilik etmenleri, biyolojik etmenler, aşırı kaygılı kognitif yapılanma gibi etmenler rol oynamaktadır. (31,32).

YAB, psikolojik ve fiziksel semptomlarla kendini gösteren bir rahatsızlıktır. Hastaların çoğu fiziksel semptomlar nedeniyle tıbbi yardım aramaktadır. Araştırmalar, bu hastaların psikiyatri uzmanlarına başvurma oranının, diğer tıp dallarındaki uzmanlara başvurma oranının yarısı kadar olduğunu ortaya koymaktadır(33,34). YAB hastaları, panik bozukluğu hastalarına yakın bir sıklıkla kardiyoloji kliniklerine müracaat etmektedir (35).

DSM-V Tanı Kriterleri (36,37)

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı kaygı ve kuruntu mevcuttur.

B. Kişi, kuruntularını kontrol altına almakta zorlanır.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üç ya da daha fazlası eşlik eder:

1. Huzursuzluk veya gergin ya da sürekli diken üzerinde olma

2. Çabuk yorulma

3. Odaklanmada güçlük çekme veya zihnin boşalması

4. Çabuk öfkelenme

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan uyku uyuma)

D. Kaygı, kuruntu veya bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle ilgili alanlarda veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik Bozukluk

Panik bozukluk (PB), ani ve tekrarlayan panik ataklar (PA) ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Panik bozuklukta, ataklar arasında da sürekli belirtiler ve kaygılar görülür. Hastalar, sonraki ataklardan korkar ve bunlardan kaçınmaya çalışır. Panik bozukluk, kronik bir seyir izler (38).

PA, bedensel olarak sıcak basması, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi belirtilerle; bilişsel olarak ise kalp krizi geçirme, ölme veya kontrolü yitirme korkusu gibi belirtilerle kendini gösteren yoğun bir kaygı durumudur. Belirtiler ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkar ve yaklaşık 10 dakika içinde zirveye ulaşır. PA, PB'ye özgü bir durum değildir. Çeşitli kaygı bozukluklarında ve diğer ruhsal hastalıkların seyrinde de panik atak görülebilir. PB'de görülen PA'ların ayırt edici özelliği, "istemsiz ve öngörülemez" olmalarıdır.

Panik atak bireyleri ciddi şekilde rahatsız eder ve acil tıbbi yardıma başvurmalarına neden olur. Bu hastalar ilk olarak acil servislere, daha sonra da kardiyolog ve nörolog gibi farklı uzmanlık alanlarına müracaat ederler. Genelde yapılan ilk muayene ve tetkiklerde (biyokimya, EKG vb.) normal sonuçlar elde edilir ve semptomların psikolojik kaynaklı olabileceği belirtilir. Birçok hasta gereksiz yere

çok sayıda inceleme geçirir. Yapılan bir araştırmada hastaların psikiyatristlere ulaşmadan önce en az 6-7 farklı hekim tarafından değerlendirildikleri saptanmıştır. Tablo 6'da hastaların hangi bölümlere hangi semptomları nedeniyle başvurdukları gösterilmektedir (39).

Tablo 6. Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı başvurulan bilim dalları

Göğüs hastalıkları	Nefes darlığı, hiperventilasyon
Kardiyoloji	Çarpıntı, göğüs ağrısı, göğüste baskı hissi
Nöroloji	Dengeyi kaybetme hissi, ellerde uyuşma, gerçek dışılık, depersonalizasyon, titreme, baş dönmesi
Dermatoloji	Titreme, üşüme, terleme
KBB	Ağızda kuruma, yutkunma güçlüğü
Kadın-Doğum	Sıcak basması, terleme
Üroloji	Sık idrara çıkma
Gastroenteroloji	Bulantı, ishal, karın ağrısı

Anksiyete yoğunluğu arttıkça, kişi kendini veya çevresini gerçek dışı olarak algılayabilir. Panik atak yaşayan kişiler, felaketle yüz yüze olduklarını hissederler. Kalp atım hızı, taşikardi, göğüs ağrısı gibi semptomlar sebebiyle miyokard enfarktüsü yaşadıklarını veya ölüm riski taşıdıklarını varsayarlar. PA çoğunlukla 10-15 dakika içerisinde hafifler, fakat daha uzun da devam edebilir. Hastalığın seyri boyunca panik atakların sıklığı ve şiddeti değişebilir (40).

Panik atak ardından, yeni bir atak yaşama korkusu şeklinde tanımlanan beklenti anksiyetesi gelişmektedir. Hastalar, yeni bir atak yaşayacağı kaygısının yanı sıra, atak neticesinde meydana gelecek sonuçlarla alakalı da aşırı bir endişe hissederler. Beklenti anksiyetesi, şiddeti oranında PA eşiğini düşürerek, yeni atakların ortaya çıkma ihtimalini arttırır (40).

Panik bozukluğunun başlıca göstergesi olan ani panik ataklar çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir. Panik ataklar esnasında solunum güçlüğü, boğuluyormuş gibi hissetme gibi solunumla ilgili belirtilerin bulunduğu haller için panik bozukluğunun "solunumsal alt tipi" tanımlanmıştır. Solunumla ilgili belirgin semptomları bulunanlar daha çok boğulma hissi, göğüs ağrısı, parestezi ve ölüm korkusu tecrübe ederken;

solunumla ilgili belirgin semptomları olmayan grup daha çok taşikardi, vertigo, sıcak basması, tremor, diaforez, delirmekten ya da kontrolü kaybetmekten korku, bulantı ve depersonalizasyon yaşadıklarını rapor etmişlerdir (41).

Panik bozukluğunun gelişiminden önce stresli yaşam olaylarına maruz kalınabilmektedir. Bu hususta yapılan bir araştırmada, vakaların yaklaşık 2/3'ünde, hastalığın ortaya çıkışından önceki 6 ay içinde stresli yaşam olaylarının var olduğu belirlenmiştir (42). Bu olaylar sıklık sırasına göre şöyle sıralanmıştır; sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehlikesi yaşama, iş değiştirme, hamilelik, göç etme, evlenme, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık. Bu hususta gerçekleştirilen diğer bir araştırmada, panik bozukluğu hastalarında ilk panik atak öncesinde stresli bir yaşam olayına rastlama oranı %80 olarak tespit edilmiştir (43). Panik bozukluk tanısı konulan 57 hastada yapılan bir araştırmada ise, vakaların %84'ünde ilk panik atak öncesindeki altı aylık sürede stresli bir yaşam olayının mevcut olduğu saptanmıştır. Araştırma neticeleri en yüksek oranlarda görülen yaşam olaylarının yakın bir kişinin vefatı (%17), işle alakalı problemler (%17), sevilen bir kişiden ayrılma (%14) olduğunu göstermiştir (40).

Hastalığın nedenleri arasında genetik/ailevi faktörler, kişisel çevresel etkenler ve bilişsel-davranışsal özellikler bulunur. Panik bozukluk, kalp krizi (akut miyokard enfarktüsü) ile sıklıkla karıştırılır. Aile hekimleri, panik bozukluğun tanı ve tedavisinde önemli bir rol oynarlar (22).

DSM-V Tanı Kriterleri(37)

A. Tekrarlayan beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içerisinde zirveye ulaşan ve o anda aşağıdaki belirtilerin dört tanesinin (veya daha fazlasının) görüldüğü, ani bir şekilde şiddetli bir korku ya da yoğun bir içsel gerginliğin yaşandığı durumdur.:

   1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
   2. Terleme
   3. Titreme ya da sarsılma
   4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi

5. Nefesin tıkanması
6. Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik veya bayılacak gibi olma
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması
10. Uyuşma, karıncalanma
11. Gerçek dışı olma (kendinden kopma ya da yabancılaşma)
12. Aklını kaybetme ya da delirme korkusu
13. Ölüm korkusu

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay(ya da daha uzun bir süreyle) olur:

1. Başka panik atakların olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örneğin, aklını kaybetme, kalp krizi geçirme, delirme) ile ilgili sürekli bir endişe duyma, tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğu ile giden davranış değişiklikleri (örneğin, spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir hastalık belirtilerine (hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir bozuklukla açıklanamaz.

2.3.4. Tedavi

Kaygı bozukluklarının şiddetli düzeyde olanlarında bilişsel davranışçı terapi ve antidepresanlar eş zamanlı kullanılırken, daha hafif olanlarında yalnızca bilişsel davranışçı davranışçı terapiye müracaat edilmesi daha iyi prognozlu ve uzun vadeli olmaktadır. Tedavi başarısı için en mühim kural doğru teşhisi koymaktır, kaygı bozukluklarının fiziksel hastalıklardan ayırıcı tanısı gerçekleştirilmelidir. İkinci önemli husus, hastanın ilaç kullanımına olan yaklaşımıdır yani; bir ilaç başlatıldıktan sonra hastaların %50' si ilk 3 ay içerisinde ilaç kullanmayı terk eder; az sayıda hasta ise yazdırılan reçeteyi asla almaz. Tedaviye uyum temeldir. Hastanın bu hususstaki çekinceleri açıkça görüşülmelidir. Diğer yandan uygun tedavi uygulanmazsa kaygı

bozukluğu bulunan hastalar sıkça hekime müracaat ederler. Hususen panik bozukluğu bulunan hastalar aile hekimleri, kardiyoloji ve acil servise sıkça müracaat ederler. Bu durum ekonomik zarara da uğratmaktadır. Bu sebeple birinci basamak ve acil servislerde başta panik bozukluk olmak üzere, tıbbi hizmetlerin her kademesinde kaygı bozuklukları iyi tanınmalı ve tedavi edilmelidir (22).

YAB tedavisinin temel hedefi, psikolojik ve fiziksel semptomları hafifletmek, hastanın fonksiyonlarını geliştirmek ve hayat kalitesini yükseltmektir (44). YAB için NICE klinik kılavuzu 2011 yılında yayımlanmıştır. Birinci basamakta psikolojik eğitim, bakım verenlerin desteklenmesi ve hastalığın izlenmesi tavsiye edilmiştir. Birinci basamaktan sonra semptomlarında iyileşme görülmeyenlerde kendine yardım yöntemleri ve psikoeğitim grupları tavsiye edilmektedir. Bu noktada da yanıt alınamayan ya da işlevselliğinde ciddi gerileme olan hastalarda bilişsel davranışçı tedaviler (BDT), gevşeme egzersizleri ve ilaç tedavileri tavsiye edilmektedir (45).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun ilk tercih edilen tedavi SSRI (Selektif Seratonin Geri Alım İnhibitörü)'lardan paroksetin,essitalopram, sertralindir. SNRI (Seratonin Nöradrenalin Geri Alım İnhibitörü)' lardan venlafaksin de verilebilir. Doğru tedavi süresiyle ilgili çok az bilgi bulunmaktadır. Paroksetinle gerçekleştirilen relaps önleme çalışmaları minimum 6 ay devam etmesi gerektiğini göstermektedir. Birinci tercih edilen tedavilere cevap alınamayan hastalara ne yapılacağı belirsizdir; hastaların bazısı buspiron, trisiklik antidepresanlar ve pregabalinden fayda görmüştür (22).

Panik bozukluğu hastalarının anksiyete durumunu tetikleyen kafeinli içecek ve yiyeceklerden kaçınmaları önerilir. Bu hastalara kahve, çay, kolalı içecekler, çikolatada kafein bulunduğu kesinlikle hatırlatılmalıdır (39).

Panik Bozukluk tedavisinde ilk tercih ise yine bilişsel davranışçı terapi edilen yöntemdir; gerekiyorsa ilaç olarak SSRI' ler öncelikli olarak seçilmelidir (22).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Kesitsel olarak planlanan çalışmamız, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniklerine çarpıntı şikayetiyle başvurmuş olan ve çalışmaya katılmakta gönüllü olan 18-65 yaş aralığındaki hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışma için hazırlanan veri toplama formunda; sosyodemografik özellikler, çarpıntının özellikleri, çarpıntıya eşlik eden semptomları, bu semptomlarla daha önce herhangi bir sağlık kuruluşuna müracaat edip etmediği gibi sorular bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda kaygı bozukluğu görülüp görülmediği ve bunun sosyodemografik özellikler ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışma bulguları sayesinde farkındalık oluşturarak kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda anksiyete bozukluğunun da düşünülmesine, bu hastaların psikiyatriye yönlendirilerek etkili tedaviyi daha erken almalarını sağlayacaktır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri 01.03.2022-31.12.2022 tarihleri arasında, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğine bağlı polikliniklerine ‘Çarpıntı’ şikayeti ile başvuran hastalarda yüz yüze görüşme tekniği ile anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; planlanan çalışma süresi içinde, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği’ ne bağlı polikliniklere çarpıntı şikayeti olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Kardiyoloji polikliniklerine ayaktan başvuran, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 106 kişi oluşturmuştur.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve bağlı

polikliniklerine müracaat etmiş olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.
2. 18 yaşından büyük olmak ve 65 yaşından küçük olmak.
3. Çarpıntı şikayetinin olması.

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. 18 yaşından küçük olmak veya 65 yaşından büyük olmak.
2. Daha önce psikiyatri hekimi tarafından kaygı bozukluğu tanısı almış olmak ve/veya ilaç tedavisi almak.
3. Çarpıntı şikayetinin olmaması.
4. Rutin biyokimyasal laboratuvar testlerini yaptırmamış olmak.
5. Anket veya ölçek formlarını eksik doldurmak.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara, sosyodemografik özelliklerini ve çarpıntının özelliklerini sorgulayan anket formu, 21 soruluk Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır.

3.5. Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların cinsiyeti, boy, kilo, vital bulgular (vücut ısısı, tansiyon, nabız, oksijen), eğitim durumu ve mesleği, medeni hali, oturduğu yer, aylık gelir düzeyi, ikamet ettiği yerde kiminle yaşadığı, alkol ve sigara kullanım öyküsü, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, egzersiz yapıp yapmadığından oluşan 17 soru soruldu.

3.6. Çarpıntının Özellikleri

Ailede kalp hastalığı ya da psikiyatrik hastalık varlığı, günde kaç saat çalıştığı, uyku düzeni, çarpıntının tarifi, ritmi, nasıl başladığı, ne sıklıkla olduğu ne kadar sürdüğü, en son ne zaman olduğu, günün hangi saatlerinde daha sık olduğu, çarpıntı esnasındaki nabzı, çarpıntının uykudan uyandırıp uyandırmadığı, çarpıntıya eşlik eden başka bir şikayet olup olmadığı, çarpıntıya sebep olan herhangi bir durum olup olmadığı, çay, kahve tüketimi ve sıklığı, çarpıntıyı rahatlatan herhangi bir durum olup olmadığı, çarpıntısı için daha önce bir doktora başvurup vurmadığı,

başvurduysa sayısı, çarpıntı için kardiyolojide yapılan EKG, EKO ve ritim holter sonuçlarından oluşan 24 soru soruldu.

3.7. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilmiş, anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla sıklıkla kullanılan, hastanın kendisinin yanıtladığı 21 soruluk bir ölçektir (46). Farklı toplumlarda uygun geçerlik ve güvenilirliğe sahiptir. Her bir soru 0-3 arasında değerlendirilir, değer yükseldikçe anksiyete düzeyi yükselir. Psikolojik incelemenin sonucunda bu 21 soruya verilen her bir değer toplanır. Anksiyete toplam değerinin yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Beck Anksiyete Ölçek değerinin 8-15 arasında olması hafif Anksiyete, 16-25 orta anksiyete 26- 63 puan arası ise ciddi anksiyete belirtisi demektir. BAÖ puanı 16 ve üzerinde olanlar yüksek anksiyete düzeyi olarak kabul edilmiştir (47).

Türk toplumunda bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir (47).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programı ile analiz edildi.

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilirken, sayısal veriler aritmetik ortalama±standart sapma (ss), ortanca (1.çeyreklik-3.çeyreklik) ve minimum-maksimum kullanılarak verildi.

Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymadığı tespit edilen sayısal değişkenler için; iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskall-Wallis testi kullanıldı. Aralarında anlamlı fark bulunan gruplarda ikili karşılaştırmalar için post hoc Mann Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi yapıldı.

Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi kullanıldı.

İki sayısal değişken arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile incelendi. Korelasyon ilişkileri: r =0,05-0,30 ise düşük derecede korelasyon, r=0,30-0,40 ise düşük-orta derecede korelasyon, r=0,40-0,60 ise orta derecede korelasyon, r=0,60-0,70 ise iyi derecede korelasyon, r=0,70-0,75 ise çok iyi derecede korelasyon, r= 0,75-1,00 ise mükemmel korelasyon olarak kabul edildi.

Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Gönüllülere; araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları, araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri, çalışmaya özel hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

Çalışma protokolü için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulunun 17 Şubat 2022 tarihli kurul toplantısında alınan 2022/77 karar numarası ile, Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)' nun 04.11.2021 tarihli toplantısında alınan 19 numaralı karar ile onay alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamındaki 106 hastadan 82 (%77,4)'si kadın, 48(%45,3)'i ilköğretim mezunu, 79 (%74,5)'u evli, 63 (%59,4)' ünün mesleği yoktu. 67 (%63,2)'sinin ailesinde kalp hastalığı, 20 (%18,8)'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmakta, 76 (%71,7)' sı mevcut bir işte çalışmıyordu. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 7' de verilmiştir.

Tablo 7. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	82	77,4
	Erkek	24	22,6
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6	5,7
	İlköğretim	48	45,3
	Ortaöğretim	25	23,6
	Üniversite	27	25,5
Medeni durum	Evli	79	74,5
	Bekar	18	17,0
	Boşanmış/Dul	9	8,5
Meslek	Emekli	11	10,4
	Memur	10	9,4
	İşçi	4	3,8
	Diğer	18	17,0
	Çalışmıyor	63	59,4
Gelir durumu	Geliri giderinden az	40	37,7
	Geliri giderine eşit	59	55,7
	Geliri giderinden fazla	7	6,6
Yaşadığı yer	İl merkezi	97	91,5
	İl merkezi dışında	9	8,5
Kiminle yaşıyor	Tek başına	9	8,5
	Çekirdek aile	90	84,9
	Geniş aile	7	6,6
Sigara kullanımı	Kullanıyor	36	34,0
	Kullanmıyor	65	61,3
	Bırakmış	5	4,7
Alkol kullanımı	Kullanıyor	8	7,5
	Kullanmıyor	98	92,5
Kronik hastalık	Var	63	59,4
	Yok	43	40,6

Tablo 8. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Devamı)

Özellikler	Grup	n	%
Düzenli kullanılan ilaç	Var	71	67,0
	Yok	35	33,0
Egzersiz	Yapmıyor	61	57,5
	Düzensiz yapıyor	26	24,5
	Düzenli yapıyor	19	17,9
Ailede kalp hastalığı	Var	67	63,2
	Yok	39	36,8
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	86	81,1
	Var (Anksiyete bozukluğu/Panik bozukluk)	7	6,6
	Var (Depresyon)	8	7,5
	Var (Diğer)	5	4,7
Günde kaç saat çalışıyor?	Çalışmıyor	76	71,7
	5 saatten az	1	0,9
	5-6 saat	4	3,8
	7-8 saat	12	11,3
	9-10 saat	11	10,4
	11-12 saat	1	0,9
	12 saatten fazla	1	0,9
Uyku düzeni	Düzensiz	53	50,0
	Düzenli 4 saatten az	1	0,9
	Düzenli 5 saat	0	0,0
	Düzenli 6 saat	12	11,3
	Düzenli 7 saat	18	17,0
	Düzenli 8 saat	18	15,1
	Düzenli 9 saat	1	0,9
	Düzenli 10 saat	4	3,8
	Düzenli 10 saatten fazla	1	0,9
Gün içinde çay/kahve tüketimi ne sıklıkta?	Çay ve kahve tüketimi yok	14	13,2
	Günde 1 kez	17	16,0
	Günde 2 kez	28	26,4
	Günde 3 kez	13	12,3
	Günde 3'ten fazla	34	32,1

Hastaların nabız sayısı ortalaması 83,08±23,43, sigara kullanan ve kullanıp bırakanların paket/yıl sayısı ortalaması 17,87±17,80, Beck Anksiyete Ölçeği Puanı ortalaması 20,58±12,03 idi. Hastaların nabız sayısı, sigara paket/yıl sayısı ve ölçek puanı dağımı Tablo 8' de verilmiştir.

Tablo 9. Hastaların nabız sayısı, sigara paket/yıl sayısı ve ölçek puanı dağımı

	Ortalama±SS	**Ortanca (Q1-Q3)**	**Min-Max**
Nabız	83,08±23,43	80,00 (70,00-90,00)	56,00-238,00
Sigarayı halen kullanan ve kullanıp bırakanlar (paket/yıl) (n=41)	17,87±17,80	14,00 (6,00-29,00)	1,00-100,00
Beck anksiyete ölçeği puanı	20,58±12,03	19,50 (11,00-28,25)	1,00-54,00

Hastaların 45 (%42,5)'i çarpıntı şikayetini göğüs üzerinde küt küt atımlar şeklinde tarifliyor, 102 (%96,2)'sinin çarpıntısı düzensiz, 92 (%86,8)'sinin çarpıntısı aniden başlıyor. Hastalardan 51 (%48,1)'i çarpıntıya duygusal stresin sebep olduğunu, 42 (%39,6)'si çarpıntı şikayetini rahatlatan herhangi bir durum olmadığını ifade etti. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri Tablo 9' da belirtilmiştir.

Tablo 10. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri

Özellikler	**Grup**	**n**	**%**
Çarpıntı şikayetini nasıl tarifliyor?	Göğüste kuş kanadı çırpması	28	26,4
	Göğüs üzerinde küt küt atımlar	45	42,5
	Ajitasyon	27	25,5
	Diğer	6	5,7
Çarpıntı şikayetinin ritmini nasıl tarifliyor?	Düzenli	4	3,8
	Düzensiz	102	96,2
Çarpıntı şikayeti nasıl başlıyor?	Yavaş yavaş	14	13,2
	Aniden	92	86,8

Tablo 11. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri (Devamı)

Özellikler	Grup	n	%
Çarpıntı şikayeti ne sıklıkla oluyor?	Her gün	33	31,1
	Haftada 1 gün	10	9,4
	Haftada 2-3 gün	21	19,8
	Haftada 4-5 gün	6	5,7
	Nadiren	36	34,0
Çarpıntı şikayeti ne kadar sürüyor?	Saniyeler	29	27,4
	Dakikalar	58	54,7
	Saatler	15	14,2
	Günler	4	3,8
Çarpıntı şikayeti en son ne zaman oldu?	Şu anda	14	13,2
	1 gün önce	41	38,7
	1 hafta önce	27	25,5
	1 ay önce	19	17,9
	1 yıl önce	5	4,7
Çarpıntı şikayeti günün hangi saatlerinde daha sık oluyor?	Sabah	9	8,5
	Öğle	7	6,6
	Akşam	25	23,6
	Gece	15	14,2
	Gün boyu	5	4,7
	Belirsiz	45	42,5
Çarpıntı şikayeti olduğunda nabzı kaç oluyor?	Saymadım	70	66,0
	<60	1	0,9
	60-100	11	10,4
	100-120	9	8,5
	120-140	4	3,8
	140-160	1	0,9
	>160	10	9,4
Çarpıntı şikayetiyle uykudan uyanıyor mu?	Hayır	71	67,0
	Her gün	5	4,7
	Haftada 1 gün	6	5,7
	Haftada 2-3 gün	5	4,7
	Haftada 4-5 gün	1	0,9
	Nadiren	18	17,0
Çarpıntı şikayetine neden olan durum	Yok	27	25,5
	Duygusal stres	51	48,1
	Fiziksel egzersiz	15	14,2
	İlaç kullanımı	0	0,0
	Çay veya kahve tüketimi	7	6,6
	Yemek sonrası	6	5,7
Çarpıntı şikayetini rahatlatan durum	Yok	42	39,6
	Dinlenmek	30	28,3
	Nefes egzersizi	12	11,3
	Diğer	22	20,8

Hastaların 85 (%80,2)'inde çarpıntı şikayetine eşlik eden başka bir şikayet mevcuttu. Hastaların 43 (%40,6)'ünde terleme, 50 (%47,2)'sinde nefes darlığı, 34 (%32,1)'ünde göğüs ağrısı çarpıntı şikayetine eşlik ediyordu. Hastaların çarpıntı şikayetine eşlik eden durumlar Tablo 10'da belirtilmiştir.

Tablo 12. Hastaların çarpıntı şikayetine eşlik eden durumlar

Özellikler	Grup	N	%
Çarpıntı şikayetine eşlik eden başka şikayet var mı?	Var	85	80,2
	Yok	21	19,8
Terleme	Var	43	40,6
	Yok	63	59,4
Titreme	Var	14	13,2
	Yok	92	86,8
Nefes darlığı	Var	50	47,2
	Yok	56	52,8
Göğüs ağrısı	Var	34	32,1
	Yok	72	67,9
Bulantı	Var	20	18,9
	Yok	86	81,1
Bayılma	Var	6	5,7
	Yok	100	94,3
Baygınlık hissi	Var	24	22,6
	Yok	82	77,4
Diğer	Var	7	6,6
	Yok	99	93,4

Hastalardan 42 (%39,5)'si çarpıntı şikayeti için daha önce kardiyoloji bölümüne başvurmuştu. Hastaların 41 (%38,7)'inde tetkiklerden herhangi birinde kardiyak patoloji saptanmıştır. Hastaların çarpıntı şikayeti için hekim başvurusu ve yapılan tetkikleri Tablo 11'de belirtilmiştir.

Tablo 13. Hastaların çarpıntı şikayeti için hekim başvurusu ve yapılan tetkikler

Özellikler	Grup	n	%
Çarpıntı şikayeti için daha önceki hekim başvurusu	Yok	37	34,9
	Aile Hekimi	1	0,9
	Kardiyoloji	42	39,5
	Psikiyatri	8	7,5
	Diğer	18	17,0
Çarpıntı şikayeti için daha önceki sağlık kuruluşu başvuru sayısı (n=69)	1 kez	25	23,6
	2 kez	11	10,4
	3 kez	10	9,4
	4 kez ve üzeri	23	21,7
Çarpıntı şikayeti için daha önce ilaç kullandı mı?	Evet	39	36,8
	Hayır	67	63,2
Elektrokardiyografi	Yapılmadı	0	0,0
	Yapıldı sonucu normal	76	71,7
	Yapıldı sonucu patolojik	30	28,3
Ekokardiyografi	Yapılmadı	8	7,5
	Yapıldı sonucu normal	93	87,7
	Yapıldı sonucu patolojik	5	4,7
Ritim Holter	Yapılmadı	33	31,1
	Yapıldı sonucu normal	45	42,5
	Yapıldı sonucu patolojik	28	26,4
Kardiyak patoloji	Var	41	38,7
	Yok	65	61,3

Cinsiyet ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Kadınların ölçek puan ortancasının erkeklere göre daha yüksek olduğu görüldü.

Meslek ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,013$). Çalışmayanların ölçek puan ortancasının emekli ve memurlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Sigara kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,006$). Sigara kullananların ölçek puan ortancasının bırakmış olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Ailede psikiyatrik hastalık varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0,005). Ailesinde anksiyete bozukluğu olanların ölçek puan ortancasının ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Çalışma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0,028). Çalışmayanların ölçek puan ortancasının çalışanlara olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Uyku düzeni ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0,021). Uykusunun düzensiz olduğunu ifade edenlerin ölçek puan ortancasının düzenli olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 14. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması

Katılımcıların Özellikleri		**n**	**Beck Anksiyete Ölçeği** Ortanca (Q1-Q3)	**p**
Cinsiyet	Kadın	82	23,50 (14,00-30,25)	**<0,001**[1]
	Erkek	24	9,00 (4,00-15,75)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6	18,50 (10,50-26,25)	0,347[2]
	İlköğretim	48	20,00 (12,50-27,75)	
	Ortaöğretim	25	22,00 (14,50-34,50)	
	Üniversite	27	16,00 (8,00-28,00)	
Medeni durum	Evli	79	19,00 (12,00-28,00)	0,881[2]
	Bekar	18	20,00 (9,75-33,00)	
	Boşanmış/Dul	9	21,00 (11,50-23,50)	
Meslek	**Emekli**	11	9,00 (4,00-21,00)	**0,013**[2]
	Memur	10	10,00 (2,50-22,00)	
	İşçi	4	20,50 (4,25-38,25)	
	Diğer	18	18,50 (12,00-30,25)	
	Çalışmıyor	63	22,00 (14,00-29,00)	
Gelir durumu	Geliri giderinden az	40	19,50 (12,50-29,75)	0,706[2]
	Geliri giderine eşit	59	18,00 (10,00-28,00)	
	Geliri giderinden fazla	7	20,00 (5,00-37,00)	
Yaşadığı yer	İl merkezi	97	20,00 (11,50-28,00)	0,856[1]
	İl merkezi dışında	9	18,00 (9,50-29,50)	
Kiminle yaşıyor	Tek başına	9	19,00 (11,50-28,50)	0,192[2]
	Çekirdek aile	90	18,00 (11,00-28,00)	
	Geniş aile	7	26,00 (21,00-31,00)	

Tablo 15. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması (Devamı)

Katılımcıların Özellikleri		n	Beck Anksiyete Ölçeği	p
			Ortanca (Q1-Q3)	
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	65	17,00 (10,50-27,50)	**0,006**[2]
	Kullanıyor	36	22,50 (15,25-31,75)	
	Bırakmış	5	12,00 (1,50-13,00)	
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	98	19,50 (11,00-28,25)	0,971[1]
	Kullanıyor	8	20,50 (10,25-29,50)	
Kronik hastalık	Var	63	21,00 (14,00-28,00)	0,463[1]
	Yok	43	17,00 (9,00-30,00)	
Düzenli kullanılan ilaç	Var	71	19,00 (12,00-28,00)	0,845[1]
	Yok	35	20,00 (11,00-30,00)	
Egzersiz	Yapmıyor	61	20,00 (12,00-28,00)	0,494[2]
	Düzensiz yapıyor	26	19,00 (13,50-31,50)	
	Düzenli yapıyor	19	20,00 (5,00-28,00)	
Ailede kalp hastalığı	Var	67	21,00 (12,00-29,00)	0,428[1]
	Yok	39	17,00 (10,00-28,00)	
Ailede psikiyatrik hastalık	**Yok**	86	17,00 (9,75-26,00)	**0,005**[2]
	Var (Anksiyete bozukluğu /Panik bozukluk)	7	33,00 (21,00-41,00)	
	Var (Depresyon)	8	27,00 (13,75-31,75)	
	Var (Diğer)	5	28,00 (24,50-37,50)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	76	21,50 (12,50-29,00)	**0,028**[1]
	Çalışmıyor	30	15,00 (8,50-23,50)	
Uyku düzeni	Düzensiz	53	22,00 (14,50-29,00)	**0,021**[1]
	Düzenli	53	15,00 (8,00-28,00)	
Gün içinde çay/kahve tüketimi	Çay ve kahve tüketimi yok	14	18,50 (9,50-33,25)	0,959[1]
	Çay veya kahve tüketimi var	92	19,50 (12,00-28,00)	

1 Mann Whitney U testi
2 Kruskal Wallis testi

Çarpıntı şikayeti başlangıcı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0,045). Çarpıntı şikayeti aniden başlayanların ölçek puan ortancasının yavaş yavaş başlayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Çarpıntı şikayetinin gün içinde sık görüldüğü zaman ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi

(p=0,017). Çarpıntı şikayeti gün boyu olanların ölçek puan ortancasının öğlen ve belirsiz olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Çarpıntı şikayetiyle uykudan uyanma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0,001). Çarpıntı şikayetiyle uykudan uyananları ölçek puan ortancasının uyanmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Çarpıntı şikayetine neden olan durum ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0,029). Çarpıntı şikayetine duygusal stres sebep olduğunu düşünenler ölçek puan ortancasının herhangi bir sebep olmadığını ifade edenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılmasına ait değerler Tablo 13' te belirtilmiştir.

Tablo 16. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması

Katılımcıların Özellikleri		**n**	**Beck Anksiyete Ölçeği** Ortanca (Q1-Q3)	**p**
Çarpıntı şikayeti tarifi	Göğüste kuş kanadı çırpması	28	19,50 (11,75-29,00)	0,310[2]
	Göğüs üzerinde küt küt atımlar	45	17,00 (11,00-26,00)	
	Ajitasyon	27	25,00 (12,00-31,00)	
	Diğer	6	14,50 (5,50-25,00)	
Çarpıntı şikayetinin ritmi	Düzenli	4	13,00 (9,50-33,00)	0,601[1]
	Düzensiz	102	20,00 (11,75-28,25)	
Çarpıntı şikayeti başlangıcı	Yavaş yavaş	14	13,50 (7,00-22,50)	**0,045**[1]
	Aniden	92	20,50 (12,00-29,00)	
Çarpıntı şikayeti sıklığı	Hergün	33	22,00 (13,50-30,00)	0,499[2]
	Haftada 1 gün	10	21,00 (10,25-31,25)	
	Haftada 2-3 gün	21	19,00 (13,00-29,00)	
	Haftada 4-5 gün	6	13,50 (4,75-26,25)	
	Nadiren	36	18,00 (9,25-27,50)	
Çarpıntı şikayeti süresi	Saniyeler	29	17,00 (6,00-28,00)	0,145[2]
	Dakikalar	58	21,00 (12,75-29,25)	
	Saatler	15	22,00 (15,00-28,00)	
	Günler	4	14,50 (3,75-23,75)	

Tablo 17. Hastaların çarpıntı şikayetine dair özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması (Devamı)

Katılımcıların Özellikleri		n	Beck Anksiyete Ölçeği	p
			Ortanca (Q1-Q3)	
Çarpıntı şikayeti en son ne zaman oldu?	Şu anda	14	21,00 (15,75-27,25)	0,191[2]
	1 gün önce	41	24,00 (12,50-31,50)	
	1 hafta önce	27	20,00 (11,00-29,00)	
	1 ay önce	19	14,00 (8,00-26,00)	
	1 yıl önce	5	9,00 (4,50-25,50)	
Çarpıntı şikayeti günün hangi saatlerinde daha sık oluyor?	Sabah	9	27,00 (17,00-32,00)	**0,017**[2]
	Öğle	7	18,00 (10,00-20,00)	
	Akşam	25	22,00 (13,00-28,00)	
	Gece	15	20,00 (8,00-32,00)	
	Gün boyu	5	33,00 (26,50-48,00)	
	Belirsiz	45	15,00 (9,00-24,50)	
Çarpıntı şikayeti olduğunda nabız sayımı	Saydım	36	19,50 (9,50-29,75)	0,865[1]
	Saymadım	70	19,50 (11,75-28,00)	
Çarpıntı şikayetiyle uykudan uyanma	Var	35	28,00 (17,00-33,00)	**<0,001**[1]
	Yok	71	16,00 (9,00-26,00)	
Çarpıntı şikayetine neden olan durum	**Yok**	27	14,00 (5,00-26,00)	**0,029**[2]
	Duygusal stres	51	22,00 (14,00-31,00)	
	Fiziksel egzersiz	15	19,00 (11,00-30,00)	
	Çay veya kahve tüketimi	7	15,00 (12,00-30,00)	
	Yemek sonrası	6	22,00 (15,25-30,25)	
Çarpıntı şikayetini rahatlatan durum	Yok	42	18,00 (8,75-30,00)	0,132[2]
	Dinlenmek	30	14,50 (9,75-26,50)	
	Nefes egzersizi	12	25,50 (19,50-32,50)	
	Diğer	22	23,00 (11,75-28,25)	

1 Mann Whitney U testi
2 Kruskal Wallis testi

Çarpıntı şikayetine eşlik eden şikayet varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0,001). Çarpıntı şikayetine eşlik eden herhangi bir şikayeti olanların ölçek puan ortancasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Çarpıntı şikayetine terleme, titreme, nefes darlığı, bulantı, baygınlık hissi eşlik edenlerin ölçek puan ortancasının eşlik etmeyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla; p<0,001, p=0,012, p=0,001, p=0,011, p=0,001). Hastaların çarpıntı şikayetine eşlik eden şikayet varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği Karşılaştırılmasına ait değerler Tablo 14'te ifade edilmiştir.

Tablo 18. Hastaların çarpıntı şikayetine eşlik eden şikayet varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği Karşılaştırılması

Katılımcıların Özellikleri		**n**	**Beck Anksiyete Ölçeği** Ortanca (Q1-Q3)	**p**
Çarpıntı şikayetine eşlik eden başka şikayet var mı?	Var	85	22,00 (14,00-30,00)	**<0,001**
	Yok	21	8,00 (4,00-16,00)	
Terleme	Var	43	27,00 (20,00-33,00)	**<0,001**
	Yok	63	15,00 (9,00-23,00)	
Titreme	Var	14	27,00 (20,75-32,50)	**0,012**
	Yok	92	17,50 (10,25-28,00)	
Nefes darlığı	Var	50	25,00 (15,00-31,00)	**0,001**
	Yok	56	14,50 (8,00-25,75)	
Göğüs ağrısı	Var	34	20,00 (11,75-31,50)	0,473
	Yok	72	19,00 (11,00-28,00)	
Bulantı	Var	20	26,50 (16,00-33,00)	**0,011**
	Yok	86	17,50 (9,75-27,25)	
Bayılma	Var	6	23,50 (14,75-32,25)	0,356
	Yok	100	19,00 (11,00-28,00)	
Baygınlık hissi	Var	24	29,00 (18,50-38,50)	**0,001**
	Yok	82	17,00 (10,50-26,00)	
Diğer	Var	7	16,00 (12,00-21,00)	0,380
	Yok	99	20,00 (11,00-29,00)	

Mann Whitney U testi

Çarpıntı şikayeti için daha önceki hekim başvurusu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0,045). Daha önce psikiyatri bölümüne başvuranların ölçek puan ortancasının daha önce herhangi bir hekime başvurmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların çarpıntı şikayeti için hekim başvurusu ve yapılan tetkikler ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılmasına ait değerler Tablo 15' te ifade edilmiştir.

Tablo 19. Hastaların çarpıntı şikayeti için hekim başvurusu ve yapılan tetkikler ile Beck Anksiyete Ölçeği karşılaştırılması

Katılımcıların Özellikleri		**n**	**Beck Anksiyete Ölçeği** Ortanca (Q1-Q3)	**P**
Çarpıntı şikayeti için daha önceki hekim başvurusu	**Yok**	37	18,00 (11,00-27,00)	**0,045**[2]
	Kardiyoloji	42	21,50 (12,00-29,00)	
	Psikiyatri	8	30,50 (25,00-40,00)	
	Diğer	19	15,00 (9,00-26,00)	
Çarpıntı şikayeti için daha önceki sağlık kuruluşu başvuru sayısı (n=69)	1 kez	25	16,00 (9,50-29,50)	0,123[2]
	2 kez	11	20,00 (9,00-24,00)	
	3 kez	10	18,00 (7,50-30,00)	
	4 kez ve üzeri	23	26,00 (21,00-31,00)	
Çarpıntı şikayeti için daha önce ilaç kullandı mı?	Evet	39	26,00 (9,00-31,00)	0,162[1]
	Hayır	67	17,00 (11,00-26,00)	
Elektrokardiyografi	Yapıldı Sonucu Normal	76	20,00 (11,00-28,75)	0,836[1]
	Yapıldı Sonucu Patolojik	30	17,50 (11,75-27,50)	
Ekokardiyografi	Yapılmadı	8	28,00 (10,25-37,25)	0,430[2]
	Yapıldı Sonucu Normal	93	19,00 (11,00-28,00)	
	Yapıldı Sonucu Patolojik	5	28,00 (13,00-29,50)	
Ritim holter	Yapılmadı	33	25,00 (16,50-29,50)	0,135[2]
	Yapıldı Sonucu Normal	45	19,00 (11,00-28,00)	
	Yapıldı Sonucu Patolojik	28	14,50 (8,00-27,75)	
Kardiyak patoloji	Var	41	17,00 (9,00-26,50)	0,162[1]
	Yok	65	21,00 (14,00-29,50)	

1 Mann Whitney U testi
2 Kruskal Wallis testi

Hastaların BAÖ' den aldıkları puanlara kesim noktasına göre bakıldığında 15 (%14,2)'inin yok denecek seviyede, 27 (%25,5)'sinin hafif seviyede, 25 (%23,6)'inin orta seviyede, 39 (%36,8)'unun şiddetli seviyede anksiyeteye sahip olduğu görüldü. BAÖ puanı 16 ve üzerinde olanlar yüksek BAÖ puanı olarak kabul edildiği için çarpıntı şikayeti ile başvuran toplam 106 hastanın 64 (%60,3)'ünün yüksek BAÖ puanına sahip olduğu görülmüştür.

Kardiyak patolojisi olanların 22 (%53,7)'sinde, kardiyak patolojisi olmayanların 42 (%64,6)'sinde yüksek anksiyete olduğu görüldü. Karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05). Hastalarda kardiyak patoloji varlığı ile yüksek Beck Anksiyete Ölçek puanı alanların karşılaştırılmasına ait değerler Tablo 16' da verilmiştir.

Tablo 20. Hastalarda kardiyak patoloji varlığı ile yüksek Beck Anksiyete Ölçek puanı alanların karşılaştırılması

	Kardiyak Patoloji Olan (n=41)	**Kardiyak Patoloji Olmayan** (n=65)	**p**
	n(%)	n(%)	
Beck anksiyete ölçek puanı ≥16	22 (%53,7)	42 (%64,6)	0,261

Ki kare testi

Kardiyak patoloji olanların ve kardiyak patoloji olmayanların BAÖ puanlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05). Hastalarda kardiyak patoloji varlığı ile Beck Anksiyete Ölçek puanı karşılaştırılması Tablo 17' de verilmiştir.

Tablo 21. Kardiyak Patoloji Varlığı ile Beck Anksiyete Ölçek Puanı Karşılaştırılması

Beck Anksiyete Ölçek Puanı	**Kardiyak Patoloji Olan** (n=41)	**Kardiyak Patoloji Olmayan** (n=65)	**p**
	n(%)	n(%)	
Yok denecek seviyede	7 (%17,1)	8 (%12,3)	0,609
Hafif seviyede	12 (%29,3)	15 (%23,1)	
Orta seviyede	10 (%24,4)	15 (%23,1)	
Yüksek seviyede	12 (%29,3)	27 (%41,5)	

Ki kare testi

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda çarpıntı şikayetiyle başvuran ve kardiyoloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi yapılan hastaların sonucunda yarısından fazlasında yüksek düzeyde anksiyete anksiyete belirtileri görülmüştür. Çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda kardiyak patolojisi olanların yarısında kardiyak patolojisi olmayanların üçte ikisinde yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Çalışmamızda kardiyolojik patolojisi bulunanlarla bulunmayanların yüksek düzeyde anksiyete belirtileri açısından karşılaştırılmasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Sosyodemografik özelliklere baktığımızda; çoğunlukla kadınlar çarpıntı şikayetiyle başvurmuş olup, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Çalışmayanlarda, sigara kullananlarda, ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanlarda, uykusu düzensiz olanlarda daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir. Çarpıntı şikayeti aniden başlayanlarda, gün boyu görülenlerde, çarpıntıyla uykudan uyananlarda, çarpıntısına eşlik eden başka belirtileri (terleme, titreme, nefes darlığı, bulantı, baygınlık hissi) olanlarda, çarpıntısına duygusal stres sebep olduğunu ifade edenlerde daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür.

Araştırmamızda çarpıntıyla başvuran hastaların %77,4' si kadındır. Ayrıca çalışmamızda anksiyete puanlarının da kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde, benzer şekilde yapılan çalışmalarda Jonsbu ve çalışma arkadaşlarının, Barsky ve çalışma arkadaşlarının ve de Ehlers ve çalışma arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada da kadın cinsiyetin daha fazla başvurduğu görülmüştür (48–50). Lochen ve Rasmussen'in gerçekleştirdiği araştırmada çarpıntı prevalansı kadınlarda %24,7 ve erkeklerde %14,9 olarak belirlenmiştir (51). Ehlers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çarpıntı şikayetiyle kadın cinsiyet ve anksiyetenin ilişkili olduğu bildirilmiştir (50). Ancak Jonsbu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (48). Çalışmamızı literatürle de destekleyerek, cinsiyet açısından çarpıntıya kadınların daha duyarlı olduğunu, kadın cinsiyetle çarpıntı şikayeti ve anksiyete arasında bir ilişki bulunduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda çarpıntı şikayetiyle başvuran hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında %45,3'i ilköğretim mezunudur. Literatürde de benzer şekilde Dammen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çarpıntıyla başvuran hastalar anlamlı derecede daha az eğitim yılına sahip bulunmuştur (52). Jonsbu ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (48). Eğitim düzeyi düştükçe çarpıntı şikayetinin farkındalığında bir artışın olabileceğini kısmen literatürlerle de destekleyerek söyleyebiliriz.

Çalışmamızda medeni halle yüksek düzeyde anksiyete belirtileri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde de Dammen ve arkadaşlarının çalışmasında, Jonsbu ve arkadaşlarının çalışmasında medeni halde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (48,52). Literatürle de uyumlu olan veriler doğrultusunda medeni halle anksiyete bozukluğu arasında bir ilişki olmadığı söylenebilir.

Araştırmamızda çalışmayanlarda daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Literatürde Dammen ve arkadaşlarının çalışmasında da işsizlerde anlamlı yüksek bulunmuştur (52). İşsizliğin anksiyeteye yol açarak çarpıntıyı tetikleyebileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda aile öyküsünde psikiyatrik hastalık olanlarda daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Yani ailede anksiyete bozukluğu görülmesiyle hastada anksiyete bozukluğu olma ihtimali açısından önemlidir. Bu konuyla alakalı literatürlerde yeterli veri bulunmamaktadır. Ayrıca çalışmamızda çarpıntı şikayeti için daha önce psikiyatriye başvuranlarda herhangi bir hekime başvuranlara göre anksiyete puanının daha yüksek olduğu görüldü. Barsky ve arkadaşlarının çalışmasında ise çarpıntılarını takip ettikleri sürede psikiyatrik bozukluğu olanların çarpıntı için acil servise daha çok müracaat ettikleri belirlenmiştir (53). Anksiyetenin çarpıntı farkındalığını artırarak daha çok hekime müracaata sebep olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda uykusu düzensiz olanlarda daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda çarpıntıyla uykudan uyanma durumunun da anksiyete belirtileriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Ancak literatürde Summerton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uykudan etkilenen çarpıntı yaşayanların çarpıntıları daha çok kardiyak bir aritmi olarak değerlendirilmiş ve

anksiyete ile ilişkilendirilmemiştir (54). Literatürle uyumsuz gelen bu veri için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanımıyla yüksek düzeyde anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ayrıca sigara kullananlarda bırakmış olanlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir. Bu konuyla alakalı literatürlerde yeterli veri bulunmamaktadır. Daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çarpıntı şikayetine duygusal stres sebep olduğunu ifade edenlerde herhangi bir sebep olmadığını ifade edenlere göre daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Albert ve çalışma arkadaşlarının panik bozukluk tanılı 129 hastanın incelendiği araştırmada son bir yıl içinde aile bireylerinde kayıp veya fiziksel hastalık, bireyde fiziksel hastalık, iş durumunda değişiklik, aile içinde çatışma ve göç gibi stresli yaşam olaylarının semptomları tetiklediği/uyardığı hastalar tarafından rapor edilmiştir (55). Suzuki ve çalışma arkadaşlarının paroksismal atriyal taşikardi tanısı konulan bir hasta grubunu inceledikleri bir çalışmada aritmi şiddetini ve sıklığını artıran önemli faktörün psikolojik stres olduğunu belirledikleri saptanmıştır (56). Literatürde yer alan bu bilgilere dayanarak duygusal stresin çarpıntıyı tetikleyen bir etken olduğu ifade edilebilir.

Çarpıntı şikayetine eşlik eden herhangi bir şikayeti olanların (terleme, titreme, nefes darlığı, bulantı, baygınlık hissi) daha yüksek düzeyde anksiyete belirtilerine sahip olduğu görülmüştür. Barsky ve çalışma arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada çarpıntı şikayeti nedeniyle 125 hasta prospektif olarak incelenmiştir (53). Klinik olarak anlamlı ritim bozukluğu olan 43 hasta tespit edilmiştir. Mevcut psikiyatrik bozukluğu olan 82 hastanın 24 (%29) PB ve majör depresyon bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olanların psikiyatrik hastalığı olmayanlara kıyasla daha fazla semptom gösterdikleri, daha yüksek somatizasyon düzeyine sahip oldukları ve sağlık durumlarıyla ilgili daha çok kaygı duydukları belirlenmiştir. Psikiyatrik bozukluğu olanların eşlik eden semptom sayısı ve şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Barsky ve çalışma arkadaşlarının gerçekleştirdiği başka bir araştırmada çarpıntı yakınması nedeniyle 145 hasta ve 70 asemptomatik gönüllü psikiyatrik hastalık prevalansını göstermek için değerlendirilmiştir (57). Hastalar tanısal değerlendirme

için görüşme yapılmış ve doldurdukları bir anket ile değerlendirilmiştir. Çarpıntı şikayeti olan hastaların yaklaşık %50 sinde psikiyatrik bir hastalık saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığı olanların çarpıntı rapor etme oranları psikiyatrik hastalığı olmayanlardan yüksek bulunmuş ve belirtilerini daha yüksek düzeyde olarak tanımlamışlardır. Barsky ve çalışma arkadaşlarının yaptığı çalışmanın tasarımı ve depresyon ve anksiyeteyi birlikte değerlendirmesi açısından bizim çalışmamızdan farklıydı. Bizim çalışmamızda psikiyatrik tanısal görüşme yapılmadığı için kesin bir tanı koymak yerine BAÖ puanları değerlendirilmiştir. Bu literatürlerle de uyumlu olarak çalışmamız değerlendirildiğinde; anksiyetenin çarpıntı farkındalığını artırdığı ve de bedensel belirtilere sebep olarak daha fazla semptom görüldüğü söylenebilir. Anksiyete şiddetlendikçe bedensel semptom miktarı ve şiddetinin arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda çarpıntı şikayeti aniden başlayanlarda yavaş yavaş başlayanlara göre, çarpıntısı gün boyu görülenlerde daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Bu verilere dair literatürde yeterli veri bulunamamıştır.

Çalışmamızda kardiyolojik bir patolojisi bulunanlarla bulunmayanlar arasında yüksek düzeyde anksiyete belirtileri açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamızla kısmi benzerlik gösteren Yiğit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kardiyoloji polikliniğine çarpıntı ve göğüs ağrısı şikâyetiyle başvuran 18-25 yaş arası hastalarda kalp hastalığı olan ve olmayanlarda anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (58). Kardiyak yakınma nedeniyle başvuran bireylerde kardiyak patolojiden bağımsız olarak anksiyete ve depresyon semptomları normal popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. Kalp hastalığı varlığı veya yokluğu BDÖ ve BAÖ puanları arasında farklılık oluşturmamıştır. Bizim çalışmamızda sadece çarpıntı şikayetiyle başvuranlar ele alınmıştır. Depresyon değerlendirilmeyip sadece anksiyete değerlendirilmiştir. Literatürdeki verilerle birlikte çalışmamızı yorumlarsak çarpıntıyla başvuran hastalarda yüksek düzeyde anksiyete belirtileri açısından kardiyak patoloji bulunanlarla bulunmayanlar arasında bir ilişki bulunmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda kardiyak bir patolojisi olanların %53,7'sinde, kardiyak bir patolojisi olmayanların %64,6'sında yüksek düzeyde anksiyete belirtileri olduğu görüldü. Ehlers ve çalışma arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada aritmi grubuna

dahil edilen hastaların psikolojik sorun rapor etmediği, sinüs ritmi grubuna dahil edilen hastaların ise çoğunun artan anksiyete ve depresif belirtiler rapor ettiği belirlenmiştir (50). Bu çalışma bizimkiyle uyumsuz bulunmuştur. Bizimkinde kardiyak patolojisi olanlarda da yüksek anksiyete puanları görülmüştür. Uyumsuzluğun sebebi çalışmanın yapıldığı popülasyon ve belirtiler için kullanılan yöntem olduğu düşünülmektedir. Buna karşın, Barsky ve arkadaşlarının ve de Mayou ve arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmalarda çarpıntısının sebebi kardiyak aritmi olan hastalarda psikiyatrik hastalık eşlik etmesinin kötü prognoza neden olduğu saptanmıştır (53,59). Bizim çalışmamızda hastalar prognoz açısından incelenmese de kısmen literatürlerle de desteklenerek çarpıntı şikayetinin kardiyak patolojiden bağımsız olarak şiddetli anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda çarpıntıyla başvuran hastaların toplam %60,3' ünde yüksek düzeyde anksiyete belirtileri saptanmıştır. Mayou ve çalışma arkadaşlarının çarpıntı şikayeti olan 184 hastayı inceledikleri bir çalışmada 62 hastaya PA (%35), 27 hastaya majör depresyon, 20 hastaya anksiyete bozukluğu ve 18 hastaya PB tanısı konulduğu belirlenmiştir (60). Bizim çalışmamızda kesin tanı konulmayıp BAÖ puanlarına bakılmıştır. Bu literatürle de destekleyerek çarpıntı şikayeti olan hastalar başta anksiyete bozukluğu olmak üzere psikiyatrik bozukluklar açısından mutlaka değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda hastaların %38,7'inde tetkiklerden herhangi birinde kardiyak patoloji saptanmıştır. Kardiyak patolojisi olanların %53,7' sinde, kardiyak patolojisi olmayanların %64,6' sinde yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Çalışmamızla kısmi benzerlik gösteren başka bir çalışmada, 18-65 yaş aralığında göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayetiyle başvuran 160 hasta incelenmiştir (48). Çalışmada 18-65 yaş değerlendirilmesi de bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Mevcut çalışmada kardiyovasküler hastalık prevalansı %4 olarak görülmüştür. Bizim çalışmamızda daha yüksek olma sebebi sadece kardiyovasküler hastalık değil EKG, EKO ve Ritim Holter de görülebilen kardiyak patolojilerin hepsi değerlendirilmiştir. Jonsbu ve arkadaşlarının araştırmasında kardiyak değerlendirme için efor testi, miyokard sintigrafisi, koroner anjiyografi veya Holter monitörizasyonu kullanılmış, psikiyatrik tanı görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Psikiyatrik hastalık prevalansını

Jonsbu ve çalışma arkadaşları kalp hastalığı olmayanlar arasında %39 bulmuşlardır. Somatoform hastalık, %14 panik atak %14 ve majör depresyon %5 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda psikiyatrik tanısal görüşme yapılmadı. Bunun yerine anksiyete ölçek puanlarını karşılaştırdık. Mayou ve çalışma arkadaşlarının bir çalışmasında çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayeti olan 94 hastayı inceledikleri bir araştırmada 8 hastada paroksismal aritmi ve 31 hastada anjina bulunarak toplam 39 hastaya (%41) kardiyak tanı konulduğu belirlenirken kardiyak patolojisi olmayan 51 hastalık grubunun ise daha çok kadın hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Bu gruptaki 21 hastaya (%42) anksiyete ve depresyon tanısı konulmuştur (59). Bizim çalışmamızda sadece çarpıntı şikayeti incelenmiştir ve depresyon değerlendirilmemiştir. Weber ve Kapoor' un gerçekleştirdiği başka bir araştırmada çarpıntı şikayeti nedeniyle gelen 190 hastanın özellikleri tanımlanmıştır (61). Hastalar, klinik görüşme ve psikiyatrik tarama yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Çarpıntının nedeni hastaların %84 net bir şekilde saptanmıştır: %43 kardiyak, %31 psikiyatrik, %10 çeşitli nedenler ve %16 bilinmeyen nedenler. Literatürlerde çarpıntısı olan hastalarda çarpıntı etiyolojisine bakıldığında kardiyak bir sebep olmayan hastalarda psikiyatrik hastalık prevalansı yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda da kardiyak bir patolojisi olmayan hastaların üçte ikisinde yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmesi literatürlerdeki gibi psikiyatrik hastalık ihtimalini akla getirir. Literatürlerle birlikle çalışmamızı değerlendirdiğimizde kardiyak bir patoloji saptanmayan hastaların mutlaka psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

-Çalışmanın üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesi olan tek bir merkezden ve belirli bir sayıda yapılmış olması sebebiyle tüm ülkeye genellenemez.

-Kesitsel tipte yapıldığı için uzun dönem hakkında bilgi vermez.

-Yaş gruplarına göre dağılım yapılmamıştır.

-Anksiyete bozukluğu için psikiyatrik değerlendirme yapılmayıp ölçek kullanılarak belirti taranmış olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çalışmanın güçlü yönü; anksiyete ve çarpıntı ile yapılan birçok çalışma olmasına rağmen çarpıntı şikayetiyle kardiyoloji polikliniğine başvuran 18-65 yaş grubunda anksiyeteyi ve bunun sosyodemografik özelliklerle ilişkisini araştıran çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Diğer çalışmalar genelde çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayetini birlikte ele almış ve de depresyon ve anksiyete belirtileri ile birlikte değerlendirmişlerdir. Çalışmamızın daha spesifik olması bu araştırmamızı daha değerli kılmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çarpıntı şikayetiyle kardiyoloji polikliniğine başvuran ve kardiyoloji uzmanı tarafından değerlendirilen hastaların kardiyak patolojiden bağımsız olarak yarısından fazlasında yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmesi, hastaların anksiyete bozukluğu açısından mutlaka değerlendirilmesi ve erken tanı, tedavi için ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirilmesi gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır. Bu konuda, sağlık hizmet sunumunda başta birinci basamak hekimleri olmak üzere tüm hekimler tarafından bir farkındalık oluşturulmalı ve hastalar kapsamlı olarak değerlendirilmelidir.

Hastalarda kardiyolojik patolojisi bulunanlarla bulunmayanların yüksek düzeyde anksiyete belirtileri açısından karşılaştırılmasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Kardiyak patolojisi olan hastalarda yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmesi her ne kadar doğal bir durum olsa da bu hastaların yaşam kaliteleri açısından gerektiğinde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından anksiyete bozukluğu durumu değerlendirilebilir. Aynı şekilde kardiyak patolojisi olmayan bir hastada da anksiyete belirtilerinin görülmesi kardiyak bir hastalık olmadığı teyit edildikten sonra anksiyete bozukluğu durumu değerlendirilmesi için ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir. Kardiyak patolojisi olan ve olmayan çarpıntı şikayeti olan hastalarda yüksek düzeyde anksiyete belirtileri görülmesi hastalarda kardiyak patolojiden bağımsız mutlaka anksiyete bozukluğu açısından psikiyatrik bir değerlendirme yapılması gerektiğini gösterir.

Sosyodemografik özellikler açısından değerlendirdiğimizde; çarpıntı şikayetiyle daha çok kadın cinsiyetin başvurduğu ve kadınların daha şiddetli anksiyete belirtilerine sahip olduğu görülmüştür. Çalışmayanlarda, eğitim düzeyi daha düşük olanlarda, ailesinde psikiyatrik hastalığı olanlarda, sigara kullananlarda, uykusu düzensiz olanlarda daha şiddetli anksiyete belirtileri görülmüştür. Çarpıntı ve anksiyete bozukluğunun sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirecek daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of Patients with Palpitations. New England Journal of Medicine. 1998;338(19):1369–73.
2. Jonsbu E, Dammen T, Morken G, Lied A, Vik-Mo H, Martinsen EW. Cardiac and psychiatric diagnoses among patients referred for chest pain and palpitations. Scandinavian Cardiovascular Journal. 2009;43(4):256–9.
3. Yildirim O. Çarpıntılı Hastaya Psikiyatrik Bakış. Abant Medical Journal. 2013;2(3):261–4.
4. Rajagopalan K, Potts JE, Sanatani S. Minimally invasive approach to the child with palpitations. Expert Rev Cardiovasc Ther 2006;4(5):681–93.
5. Koenig P, Hijazi Z, Zimmerman F. Essential Pediatric Cardiology. New York McGraw Hill. 2004. In McGraw Hill; 2004.
6. Alvensleben V, Johannes C. Syncope and Palpitations. Pediatr Clin North Am. 2020;67(5):801–10.
7. Booth-Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. Psychol Bull. 1987;101(3):343–62.
8. Lessmeier TJ. Unrecognized Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. Arch Intern Med. 1997;157(5):537.
9. Ayhan SS, Yazıcı M, Öztürk S, Özlü MF, Yıldırım O, Canan F, et al. Anxiety levels and quality of life assessment in patients that underwent an electrophysiologic study due to unexplained palpitations. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology. 2013;41(2):136–40.
10. Abbott A V. Diagnostic Approach to Palpitations. Am Fam Physician. 2005;71(4):743–50.
11. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. Arch Intern Med. 1990;150(8):1685–9.
12. Rajagopalan K, Potts JE, Sanatani S. Minimally invasive approach to the child with palpitations. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2006;4(5):681–93.
13. Sedaghat-Yazdi F, Koenig PR. The Teenager with Palpitations. Pediatr Clin North Am. 2014;61(1):63–79.
14. Mayou R. Chest pain, palpitations and panic. J Psychosom Res. 1998;44(1):53–70.
15. Kroenke K. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. Arch Intern Med. 1990;150(8):1685–9.
16. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, Blanc JJ, Blomstrom-Lundqvist C, Mont L, et al. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. Europace. 2011;13(7):920–34.
17. Madhuri Y, Anand K, Lynn Smaha M. Evaluation of palpitations: Etiology and Diagnostic Methods. Hosp Physician. 2003;53–8.
18. Geraldine McMahon C, Yates DW, Hollis S. Unexpected mortality in patients discharged from the emergency department following an episode of nontraumatic chest pain. European Journal of Emergency Medicine. 2008;15(1):3–8.

19. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital. 2011;2(2):45.

20. Barsky AJ, Delamater BA, Clancy SA, Antman EM, Ahern DK. Somatized psychiatric disorder presenting as palpitations. Arch Intern Med. 1996;156(10):1102–8.

21. Ehlers A, Breuer P. Increased cardiac awareness in panic disorder. J Abnorm Psychol. 1992;101(3):371–82.

22. Kocabasoglu Nese. Anksiyet bozukluklarina genel bakis. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. 2008;175–84.

23. Merikangas KR. Anxiety Disorders. Epidemiology. In: Sadock BJ SVe, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed) Lippincott Williams & Wilkins New York, pp.1720-8.

24. Özer Ş, Tükel R, Aklın T. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. Ankara; 2006. 3–4 p.

25. Kim K, Lee S, Kim JH. Diminished autonomic neurocardiac function in patients with generalized anxiety disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:3111–8.

26. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E,editors Psikiyatri Temel Kitabı Ankara; Hekimler Yayın Birliği . 1997;449–526.

27. Kaplan & Sadock Comperehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). Sadock BJ, Sadock VA (eds). Türkçe Çevirisi; Aydın H, Bozkurt A (çeviri ed.). Güneş Kitabevi, Ankara 2007.

28. Miloyan B, Pachana NA. Clinical significance of worry and physical symptoms in late-life generalized anxiety disorder. Int J Geriatr Psychiatry. 2015;30(12):1186–94.

29. Tully PJ, Cosh SM, Baune BT. A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. Psychol Health Med. 2013;18(6):627–44.

30. Merikangas KR. Anxiety Disorders. Epidemiology. In: Sadock BJ SVe, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed) Lippincott Williams & Wilkins New York. 2016. 1720–1728 p.

31. Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, et al. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. Depress Anxiety. 2010;27(2):134–47.

32. UpToDate.. Yetişkinlerde yaygın anksiyete bozukluğu: Epidemiyoloji, patogenez, klinik bulgular, seyir, değerlendirme ve tanı. https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis/print?source=search_result&search=gad&selectedTitle=1~55 Erişim tarihi: 30.08.2023

33. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2004;65(suppl 13):15590.

34. Kessler RC, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. J Clin Psychiatry. 2002;63(suppl 8):14022.

35. Logue MB, Thomas AM, Barbee JG, Hoehn-Saric R, Maddock RJ, Schwab J, et al. Generalized anxiety disorder patients seek evaluation for cardiological symptoms at the same frequency as patients with panic disorder. J Psychiatr Res. 1993;27(1):55–9.

36. Yilmaz T. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayısal el kitabının (DSM) son. 2019.

37. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), 2014. Köroğlu E (Çeviri Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

38. Saygılı S, Karamustafalıoğlu O. Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2010;23(1):32–7.

39. Tamam L. Panik Bozukluk. Actual A M Medicine. 2009.(1):32-38

40. Tükel R. Panik Hastasına Yaklaşım: Klinik Görünüm, Ayırıcı tanı ve tedavi ilkeleri. Klinik Gelişim. Cilt: 22 / No:4 2009

41. Biber B, Alkin T. Panic disorder subtypes: differential responses to CO2 challenge. Am J Psychiatry. 1999;156(5):739–44.

42. Breier A, Charney DS, Heninger GR (1986) Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. Arch Gen Psychiatry, 43: 1029-1036.

43. Uhde TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP, Geraci MF, Vittone BJ, Post RM. Longitudinal course of panic disorder: Clinical and biological considerations. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1985;9(1):39–51.

44. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu KO. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde karşılanmamış gereksinimler: Yeni bir seçenek pregabalin. Anadolu Psikiyatri Derg. 2012;13(3):232–8.

45. NICE. Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and Community care. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2011

46. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7.

47. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. J Cogn Psychother. Article in Journal of Cognitive Psychotherapy. 1998;163–72.

48. Jonsbu E, Dammen T, Morken G, Lied A, Vik-Mo H, Martinsen EW. Cardiac and psychiatric diagnoses among patients referred for chest pain and palpitations. Scandinavian Cardiovascular Journal. 2009;43(4):256–9.

49. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, Ruskin JN. The clinical course of palpitations in medical outpatients. Arch Intern Med. 1995;155(16):1782–8.

50. Ehlers A, Mayou RA, Sprigings DC, Birkhead J. Psychological and Perceptual Factors Associated With Arrhythmias and Benign Palpitations. Psychosom Med. 2000;62(5):693–702.

51. Lochen ML, Rasmussen K. Palpitations and lifestyle. Scand J Soc Med. 1996;24(2):140–4.

52. Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, Husebye T, Friis S. Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatient investigation. J Intern Med. 1999;245(5):497–507.

53. Barsky AJ. Somatized Psychiatric Disorder Presenting as Palpitations. Arch Intern Med. 1996;156(10):1102.

54. Summerton N, Mann S, Rigby A, Petkar S, Dhawan Summerton JN. New-onset palpitations in general practice: assessing the discriminant value of items within the clinical history. Vol. 18, Family Practice. 2001.

55. Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F. Nocturnal panic and recent life events. Depress Anxiety. 2005;22(2):52–8.

56. Suzuki S ichi, Kasanuki H. The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: Investigation in paroxysmal atrial fibrillation. Int J Behav Med. 2004;11(2):104–9.

57. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, Ruskin JN. Psychiatric disorders in medical outpatients complaining of palpitations. J Gen Intern Med. 1994;9(6):306–13.

58. Yiğit F, Çakmak S, Yılmaz M, Uğuz Ş. Çarpıntı ve göğüs ağrısının 18-25 yaş arası bireylerde anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri ile ilişkisi. Cukurova Medical Journal. 2019;44(3):1085–93.

59. Mayou R, Bryant B, Forfar C, Clark D. Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. Heart. 1994;72(6):548–53

60. Mayou R. Characteristics of patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. QJM. 2003;96(2):115–23.

61. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. Am J Med. 1996;100(2):138–48.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Tuğba Nur ALTINOK

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Bekar

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aksaray Fen Lisesi, Kanber Gülizar Demir İlköğretim Okulu

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Tıp Doktoru, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniğinde Uzmanlık Öğrencisi

Aksaray 112 Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

-

VI- Bilimsel İlgi Alanları

-

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar:-

Ödüller:-

Projeleri:

Verdiği konferans ya da seminerler:-

Katıldığı paneller (panelist olarak):-

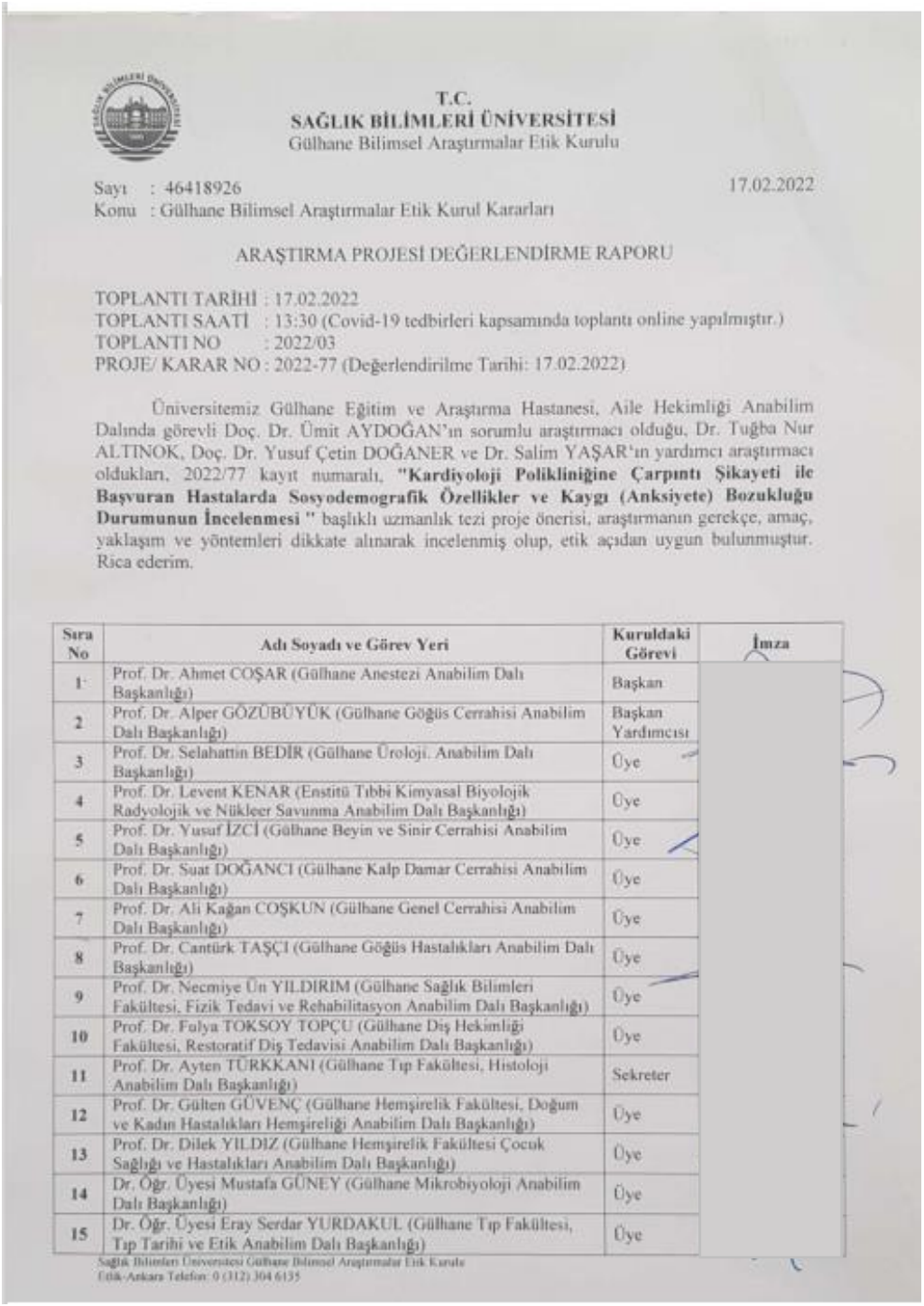
VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. İş Yeri Hekimliği

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 17.02.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 17.02.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/03
PROJE/ KARAR NO : 2022-77 (Değerlendirilme Tarihi: 17.02.2022)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Tuğba Nur ALTINOK, Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER ve Dr. Salim YAŞAR'ın yardımcı araştırmacı oldukları, 2022/77 kayıt numaralı, **"Kardiyoloji Polikliniğine Çarpıntı Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Sosyodemografik Özellikler ve Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu Durumunun İncelenmesi "** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2. Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

Çarpıntı, kardiyoloji polikliniğine müracaat eden hastalarda sık karşılaşılan bir şikayettir. Çarpıntının kalp dışı veya kalple ilgili birçok hastalıkla birlikte olabileceği bilinse de, çoğunlukla kişilerin içinde bulundukları psikolojik durumla ilişkili olduğu bilinmektedir. Çarpıntı ile ilişkili psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde ise en sık kaygı bozukluğu ile karşılaşılmaktadır.

Bu çalışma, kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayeti ile başvuran hastalarda kaygı bozukluğu sıklığını araştırmak için yapılmakla birlikte, uzmanlık öğrencisi Dr. Tuğba Nur ALTINOK'un tez çalışmasıdır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer çalışmayı kabul ediyorsanız, veri toplama formundaki sorular size uzmanlık öğrencisi Dr. Tuğba Nur ALTINOK tarafından sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt altına alınacaktır. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 5-10 dakika sürecektir. Veri toplama sürecinde verdiğiniz bilgiler, bilimsel araştırma amaçlı kullanılacak olup, cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Bu çalışma; hastalığınızın tanı sürecine veya size zararı olmayacak ve tedavi sürecinizi etkilemeyecektir. Çalışma ile ilgili olarak kardiyoloji doktorunuz tarafından istenmiş olan tetkikleriniz Hastane Bilgi Yönetim Sistemi olan FONET'ten geriye yönelik kayıt altına alınacaktır. Çalışma ile ilgili olarak tüm sorularınızı 0 312 304 3144 no'lu telefon aracılığıyla uzmanlık öğrencisi Dr. Tuğba Nur ALTINOK ile iletişim kurarak iletebilirsiniz.

İlgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Katılımcı

Adı ve Soyadı: Telefonu:

Tarih: İmza:

1. Adı ve Soyadı: _____
2. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. T.C. Kimlik No:
4. Boyunuz: ____cm
5. Kilonuz: ____kg
6. Vital bulgular: Vücut ısısı: ……..C., Nabız: ……vuru/dk, TA: ……/……mmHg, Oksijen saturasyonu:……
7. Eğitim durumunuz: ☐ Okuryazar Değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Üniversite
8. Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış /Dul
9. Mesleğiniz: ☐ Emekli ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Çalışmıyor ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..
10. Geliriniz: ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla
11. Oturduğunuz yer: ☐ İl merkezi ☐ İl merkezi dışında (köy, kasaba ilçe, vb)
12. İkamet ettiğiniz yerde kiminle yaşıyorsunuz? ☐ Tek başına ☐ Çekirdek aile (eş, çocuk)

☐ Geniş aile (dede, anneanne, babaanne, vb)

13. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet → __paket/gün, __aydır/yıldır

☐ Bıraktım → __paket/gün, __aydır/yıldır

14. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet → __kadeh/gün/hafta, __aydır/yıldır

15. Kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Hayır

☐ Evet (belirtiniz): ……..

16. Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz): ……

17. Egzersiz yapıyor musunuz? ☐ Hayır

☐ Evet → ☐ Düzensiz

☐ Düzenli (haftanın en az beş günü ve 30 dk. süren) ☐ Yüzme ☐ Koşma ☐ Yürüme

☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

18. Ailenizde kalp hastalığı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz): ……

19. Ailenizde psikiyatrik bir hastalık var mı? ☐ Hayır

☐ Evet → ☐ Anksiyete bozukluğu/Panik bozukluk ☐ Depresyon

☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

20. Günde ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

☐ Çalışmıyorum ☐ 4 saatten az ☐ 5-6 saat ☐ 7-8 saat ☐ 9-10 saat ☐ 11-12 saat

☐ 12 saatten fazla

21. Uyku düzeninizi nasıl tarif edersiniz? ☐ Düzensiz (uykuya dalma veya sürdürmede güçlük)

☐ Düzenli (belirtiniz) → ☐ 4 saatten az ☐ 4 saat ☐ 5 saat ☐ 6 saat ☐ 7 saat ☐ 8 saat

☐ 9 saat ☐ 10 saat ☐ 10 saatten fazla

22. Çarpıntı şikayetinizi nasıl tariflersiniz?

☐ Atlayan/kaybolan (tekleyen) atımlar ☐ Göğüste kuş kanadı çırpması

☐ Göğüs üzerinde "küt küt" atımlar ☐ Ajitasyon (huzursuzluk, rahatsızlık veren)

☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

23. Çarpıntı şikayetinizin ritmini nasıl tariflersiniz? ☐ Düzenli ☐ Düzensiz

24. Çarpıntı şikayetiniz nasıl başlıyor?

☐ Yavaş yavaş ☐ Aniden ☐ Bazen yavaş bazen de aniden/belli olmuyor

25. Çarpıntı şikayetiniz ne sıklıkla oluyor? ☐ Her gün ☐ Haftada bir gün ☐ Haftada 2-3 gün ☐ Haftada 4-5 gün ☐ Nadiren

26. Çarpıntı şikayetiniz ne kadar sürüyor? ☐ Saniyeler ☐ Dakikalar ☐ Saatler ☐ Günler

27. Çarpıntı şikayetiniz en son ne zaman oldu? ☐ 1 gün önce ☐ 1 hafta önce ☐ 1 ay önce ☐ 1 yıl önce ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

28. Çarpıntı şikayetiniz günün hangi saatlerinde daha sık oluyor? ☐ Sabah ☐ Öğle ☐ Akşam ☐ Gece ☐ Gün boyu ☐ Diğer (Belirtiniz): ……

29. Çarpıntı şikayetiniz olduğunda nabzınızı hiç saydınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet → (Belirtiniz) ☐ 60 altında ☐ 60-100 ☐ 100-120 ☐ 120-140 ☐ 140-160 ☐ 160'tan fazla

30. Çarpıntı şikayetiyle uykunuzdan uyandığınız oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet → ☐ Her gün ☐ Haftada bir gün ☐ Haftada 2-3 gün ☐ Haftada 4-5 gün ☐ Nadiren

31. Çarpıntı şikayetinize eşlik eden başka bir şikayetiniz mevcut mu? ☐ Hayır ☐ Evet (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) → ☐ Terleme ☐ Titreme ☐ Nefes darlığı ☐ Göğüs ağrısı ☐ Bulantı ☐ Bayılma ☐ Baygınlık hissi (bayılacak gibi olma) ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

32. Çarpıntı şikayetinize neden olan ve farkında olduğunuz herhangi bir durum mevcut mu? ☐ Hayır ☐ Evet → ☐ Duygusal stres ☐ Fiziksel egzersiz ☐ İlaç kullanımı ☐ Çay veya kahve tüketimi ☐ Yemek sonrası ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

33. Çay/kahve tüketiminiz gün içerisinde ne sıklıktadır? ☐ Çay tüketimim yok ☐ Kahve tüketimim yok ☐ Çay veya kahve tüketimim yok ☐ Nadiren ☐ Günde 1 kez ☐ Günde 2 kez ☐ Günde 3 kez ☐ Günde 3'ten fazla

34. Çarpıntı şikayetinizi rahatlatan ve farkında olduğunuz herhangi bir durum mevcut mu? ☐ Hayır ☐ Evet → ☐ Dinlenmek ☐ Nefes egzersizi yapmak ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

35. Çarpıntınız için daha önce bir sağlık kuruluşu/hekime müracaat ettiniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet → ☐ Aile Hekimi ☐ Kardiyoloji Uzmanı ☐ Psikiyatri Uzmanı ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

36. Daha önce sağlık kuruluşuna başvurduysanız sayısını belirtiniz:

☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 4 kez ☐ 4'ten fazla

37. Çarpıntınız için daha önceden hekim tarafından önerilen herhangi bir ilaç kullandınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz): ……

38. Çarpıntı şikayeti ile kardiyoloji polikliniğinde yapılan tetkiklerinize ait sonuçlarınız:

EKG: ☐ Yapılmadı

☐ Yapıldı → ☐ Normal ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

EKO: ☐ Yapılmadı

☐ Yapıldı → ☐ Normal ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

RİTİM HOLTER: ☐ Yapılmadı

☐ Yapıldı → ☐ Normal ☐ Diğer (Belirtiniz): ……..

EK-3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et-kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor-landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
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. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 04

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayeti ile başvuran hastalarda sosyodemografik özellikler ve kaygı (anksiyete) bozukluğu durumunun incelenmesi

Sorumlu Araştırıcının Adı: Ümit AYDOĞAN
Diğer Araştırıcıların Adı: Tuğba Nur ALTINOK, Yusuf Çetin DOĞANER, Salim YAŞAR,

"Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayeti ile başvuran hastalarda sosyodemografik özellikler ve kaygı (anksiyete) bozukluğu durumunun incelenmesi'' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin çarpıntı şikayetinizin olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN ve uzmanlık öğrencisi Dr. Tuğba Nur ALTINOK' un sorumluluğu altındadır.

1. **Araştırmanın amacı nedir?**

Çalışmamızda kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran hastalarda kaygı bozukluğu görülüp görülmediği ve bunun sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

2. **Gönüllünün sorumlulukları nedir?**

Çalışmaya katılmayı kabul eden çarpıntı şikayeti olan hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 38 soruluk anket uygulanmaktadır.

3. **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler nedir?**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

4. **Çalışmaya katılan gönüllülerin bilgilerinin gizliliği ve hakları nelerdir?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir. Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır, ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

5. **Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre ne kadar?**

Araştırma, 01.03.2022-31.12.2022 tarihleri arasında 10 ay sürecektir.

6. **Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı?**

Çalışmaya Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde olmak üzere en az 100 hastanın katılması planlanıyor.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Uzmanlık öğrencisi Dr. Tuğba Nur ALTINOK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar ettirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim *{Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ı 0312 304 3141 'den veya Araştırma Görevlisi Dr. Tuğba Nur ALTINOK 'u 0312 304 3144'ten arayabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir

Katılımcı	**Görüşme tanığı**
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:
Tel:	Tel:
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

Katılımcı ile Görüşen Hekim
Adı soyadı, unvanı: Tuğba Nur ALTINOK, Araştırma Görevlisi
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tel: 0 312 304 31 44
İmza:
Tarih:

EK-5. TUEK Onayı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Tuğba Nur ALTINOK)

Sayın: Dr. Tuğba Nur ALTINOK
(Aile Hekimliği Kliniği Birimi)

"Kardiyoloji Polikliniğine Çarpıntı Şikayeti İle Başvuran Hastalarda Sosyodemografik Özellikler ve Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu Durumunun İncelenmesi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 04.11.2021 tarih ve 19 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Etlik/ANK
Telefon: Faks No:
e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr
Bilgi için: Meral AYDIN
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 06