



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Çarpıntı ve göğüs ağrısının 18-25 yaş arası bireylerde anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri ile ilişkisi

Relationship between palpitation and chest pain and anxiety and depression symptom levels in individuals aged 18-25 years

Fatma Yiğit¹, Soner Çakmak², Mustafa Yılmaz¹, Şükrü Uğuz³

¹Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Kardiyoloji Bölümü, Adana, Turkey

²Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

³Çağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Tarsus/Mersin, Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(3):1085-1093.

Abstract

Purpose: The aim of this study is to compare the levels of anxiety and depression according to the presence and absence of heart disease in individuals aged 18-25 years who apply to the Cardiology Outpatient Clinic for palpitations or chest pain.

Materials and Methods: Persons who 18-25 years old applied to Başkent University Adana Dr. Turgut Noyan Research and Application Center Cardiology Department for palpitation or chest pain were taken into the study. A total of 114 people, including 55 males and 60 females, were included in the study. Forty-four people those in the same ages who came as a companion were taken to the control group. Participants were asked to fill in the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) by themselves.

Results: In the case group, 77 patients did not have any heart disease. Thirty-seven people were diagnosed with a heart disease. The BAI and BDI scores of the groups were compared. The BDI and BAI scores of the groups who presented with chest pain and palpitation were significantly higher than the control group.

Conclusion: The anxiety and depression symptom levels of the patients who were diagnosed and not diagnosed with cardiac disease in 18-25 year olds who applied to the cardiology polyclinic were more than the control group.

Keywords: Emerging adulthood, anxiety, depression, palpitation, chest pain, heart disease.

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı kardiyoloji polikliniğine çarpıntı veya göğüs ağrısı yakınmasıyla başvuran 18-25 yaş aralığındaki bireylerde kalp hastalığı varlığı ve yokluğuna göre anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran 18-25 yaş aralığındaki bireyler değerlendirilmiştir. Ellidört erkek ve 60 kadın olmak üzere toplam 114 kişi çalışmaya alınmıştır. Hastaneye başvuranların yanında refakatçi olarak gelen 18-25 yaş aralığındaki sağlıklı 44 kişi kontrol grubunu oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Vaka grubunda 77 kişide herhangi bir kalp hastalığı saptanmamıştır. Otuz yedi kişiye bir kalp hastalığı tanısı konmuştur. Gruplar BDÖ ve BAÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır. Göğüs ağrısı veya çarpıntı yakınması ile başvuran kalp hastalığı olan ve kalp hastalığı olmayan gruplardaki BDÖ ve BAÖ puanları yakınması olmayan kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı veya çarpıntı yakınmasıyla başvuran 18-25 yaş aralığındaki bireylerde kalp hastalığı varlığından bağımsız olarak depresyon ve anksiyete düzeyi puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Beliren yetişkinlik, anksiyete, depresyon, çarpıntı, göğüs ağrısı, kalp hastalığı

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Soner Çakmak, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey E-mail: drsoncak@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 26.12.2018 Kabul tarihi/Accepted: 02.03.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 08.09.2019

GİRİŞ

Beliren yetişkinlik, onlu yaşların geç döneminden yirmili yaşlara uzanan, 18-25 yaşa odaklanan yeni bir gelişim dönemi olarak ilk kez Arnett (2000) tarafından tanımlanmıştır¹. Bu dönemin temel özellikleri kimlik arayışı, istikrarsızlık, kendine odaklanma, arada kalmışlık hissi ve sonsuz olanaklara sahip olma inancıdır¹. Beliren yetişkinlik dönemi önemli yaşam olaylarının olduğu bir dönemdir (yerleşik bir hayatın olmayışı, ilişki belirsizliği, ekonomik bağımsızlığın olmayışı, kişinin kendisi ve geleceği hakkındaki belirsizlik) ve bu dönemde anksiyete ve depresyon belirtileri artmıştır². 18-25 yaş arasındaki her 4 beliren yetişkinden biri depresyon tanısı almaktadır. Beliren yetişkinlerde depresyonlu bir bireydekine benzer kimlik arayışı vardır³. Psikiyatrik hastalığı olan genç erişkinlerin dörtte üçünden fazlası ilk tanılarını 11-18 yaş arasında almaktadır⁴.

Göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi belirtiler genel toplumda yaygındır ve sıklıkla geçici olmasına karşın iş göremezlik hali, stres ve kalp hastalığı ile ilgili endişe ve medikal kaynakların aşırı kullanımına neden olur^{5,6}. Çarpıntı ve göğüs ağrısı sıklıkla somatize edilen belirtiler arasındadır⁷. Göğüs ağrısı ve çarpıntının sıklıkla birbirinden etkilenen birçok nedeni vardır⁸. Panik bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte olabilir⁹.

Anksiyete bozukluğu kişinin tanımlayamadığı korkuya benzer bir gerginlik duygusudur. Anksiyete bozukluklarında kardiyak farkındalık artmıştır ve bu durum çarpıntı algısına neden olmaktadır¹⁰. Anksiyete ve çarpıntı birbirini tamamlayan iki durumdur. Anksiyetenin sebep olduğu korku, gerilim, kaygı ve endişe kişide kalp atımının hızlanmasına yol açar, nefes alıp verme ve kas gerginliği artar. Diğer taraftan çarpıntı anksiyetenin daha da tırmanmasına neden olur. Kısacası kısır bir döngü ortaya çıkar¹¹.

Anksiyete bozukluğu ve depresyon göğüs ağrısı patofizyolojinde rol oynar. Sağlık anksiyetesi ve bedensel-duyusal (sوماتosensoryal) duyarlılık göğüs ağrısı nedeniyle kardiyoloji polikliniklerine başvuruların artışına neden olmaktadır. Göğüs ağrısı olan hastada bedensel tetikte olma hali ve kardiyak anksiyete artmıştır¹². Bedensel yakınmalar, depresyonun önde gelen belirtileri olabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresif hastalar, hüznün ve çökkünlük yerine sıklıkla baş ağrısı, göğüste baskı hissi ve çarpıntı gibi bedensel

yakınmalar dile getirirler¹³.

Anksiyete ve depresyon çocukluk-ergenlikten erişkinliğe geçişte birbirlerini karşılıklı olarak öngörmektedirler (anksiyete depresyonu öngörür ve depresyon anksiyeteyi öngörür)¹⁴. Anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde kullanım bozukluğu ergenlikte artar ve erken erişkinlikte artmaya devam eder. Depresyon ve anksiyete bozuklukları yaygın olarak birlikte ortaya çıkar ve multipl risk faktörlerini paylaşırlar¹⁵. Göğüs ağrısı olan hastalarda panik bozukluk, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik eşanılar yaygındır ve bu hastaların % 75'ini etkilemektedir⁸. Psikiyatrik eşanının özellikle üçüncü basamak merkezlere gönderilen hastalarda veya uzun süreli göğüs ağrısı çeken hastalarda yüksek olduğu gösterilmiştir¹⁶.

Kalp hastalığı ile ilgili endişe, hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de panik bozukluğu olanlarda bildirilmiş en yaygın inanışlar arasındadır. Bu nedenle göğüs ağrısı ve çarpıntı yakınması olan çoğu hastada anksiyetenin bedensel belirtilerinin tanımlanması şartıdır¹⁷.

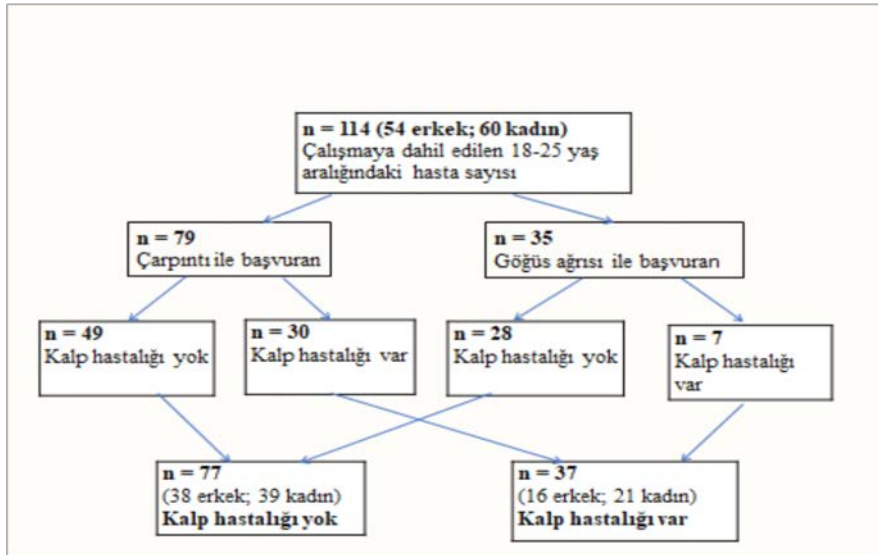
Beliren yetişkinlikteki depresyon ve anksiyete belirtileri sıklıkla erişkinliğe kadar devam eder ve bu bozuklukların erken tanınması daha ciddi bozuklukların gelişimini önleyebilir¹⁸. Bu çalışmada kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı ve çarpıntı yakınması ile başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon belirti düzeylerine bakılmış ve başvuran olgulardan kalp hastalığı tanısı almayanlar ve kalp hastalığı tanısı alanlar ile normal sağlıklı kontrol grubu arasındaki anksiyete ve depresyon belirti düzeyi farklılığına bakılmıştır. Bu yakınmalarla başvuran bireylerde kardiyak patolojiden bağımsız olarak, anksiyete ve depresif belirtilerin, normal popülasyona göre daha yüksek olacağı düşünülmüştür. Anksiyete ve depresyon belirtilerinin ne ölçüde kardiyak belirtilere eşlik ettiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın amacı kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı veya çarpıntı yakınmasıyla başvuran 18-25 yaş aralığındaki bireylerde kalp hastalığı varlığı ve yokluğuna göre anksiyete ve depresyon ölçek puanlarını karşılaştırmaktır. Bu amaçla 01 Kasım 2017- 31 Mart 2018 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı veya göğüs ağrısı yakınmasıyla başvuran 128 kişi bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan sonra

dâhil etme (18-25 yaşındaki erkek ve kadınlar, Türkçeyi anlayıp yazabilenler) ve dışlama ölçütleri (yeterli düzeyde Türkçe bilmeyenler, mental geriliği olanlar, hayatı tehdit eden bir durum nedeniyle acil müdahale gerektirenler, bir kalp hastalığı nedeniyle takip edilenler, başka bir kronik hastalığı olanlar, daha önce psikiyatrik bir tanı veya tedavi almış olanlar) doğrultusunda çalışmaya alınmıştır (Şekil 1). Araştırmaya katılmak istemeyen 5 kişi ve ölçek formlarını eksik dolduran 9 kişi çalışmadan çıkarılmış, çalışmaya toplam 114 (54 erkek, 60 kadın) katılımcı dahil edilmiştir. Hastaneye yakınlarının yanında refakatçi olarak gelen 18-25 yaşındaki 44 sağlıklı gönüllü (15 erkek, 29 kadın) kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı veya göğüs ağrısı yakınması ile başvuran katılımcılar bir kardiyolog tarafından değerlendirilmiştir. Kardiyak

değerlendirme; anamnez, fizik muayene, 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) ve transtorasik ekokardiyografi ve ek olarak kardiyologun gerekli gördüğü durumlarda efor testi, Holter monitörizasyonu, miyokard sintigrafisi veya koroner anjiyografiden oluşturulmuştur. Bu incelemelerden herhangi birinde anormallik belirlenen katılımcılar “kalp hastalığı var”, herhangi bir anormallik belirlenmeyenler “kalp hastalığı yok” olarak iki gruba ayrılmıştır (Şekil 1). Bu gruplara anksiyete ve depresyon belirti düzeylerini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.



Şekil 1. Araştırmaya alınan hastaların gruplara ayrılması

Ölçekler

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

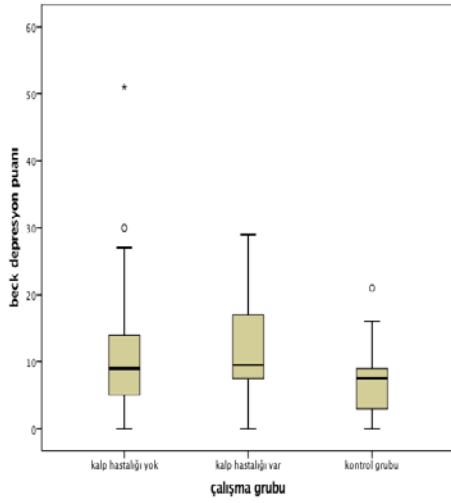
1961 yılında A.T Beck tarafından geliştirilmiştir¹⁹. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları N Hisli²⁰ ve B Teğin²¹ tarafından yapılmıştır. Güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarının ardından Türkiye’de çeşitli araştırmalarda ve klinik uygulamalarda kullanılmıştır. 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük

puan 0, en yüksek puan ise 63’tür. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. BDÖ’nün kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda ölçekten 17 ve üstü puan alanların klinik değerlendirmeyi gerektirecek depresyon düzeyinde oldukları kabul edilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

AT. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir²². Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²³. İnsanların kaygılı oldukları

zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Kişilerin her maddedeki belirtinin son bir haftadır kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini ölçekten yararlanarak belirtmeleri istenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeğinin kesme puanı 16 olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda ölçekten 16 ve üstü puan alanların klinik değerlendirmeyi gerektirecek anksiyete düzeyinde oldukları kabul edilmiştir. Anksiyete toplam puanının artması anksiyete düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

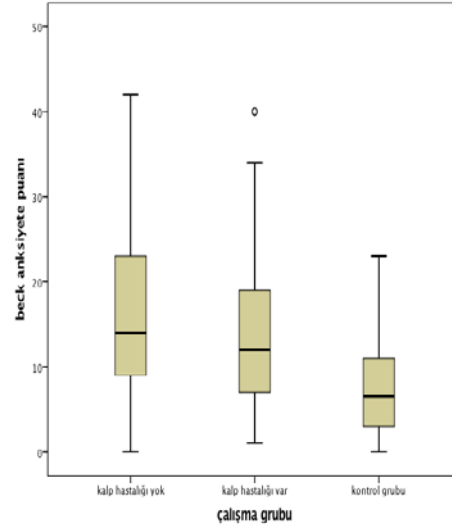


Şekil 2. Grupların BDÖ puanlarının dağılımı

“Kalp hastalığı olmayan” ve “kalp hastalığı olan” grupların ortalama Beck Depresyon Ölçek puanı kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazladır ($p = 0,03$).

İstatistiksel analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanılmıştır. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek, parametrik dağılım gösteren değişkenler için tek yönlü varyans analizi Anova, parametrik dağılım göstermeyen değişkenler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ikili karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren parametreler için Post-Hoc analizler kullanılmıştır, normal dağılım göstermeyen parametrelerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Blokların tekrarlı kullanım sonrası çıkan sonuçların karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.



Şekil 3. Gruplarının BAÖ puanlarının dağılımı

Kalp hastalığı olmayan” ve “kalp hastalığı olan” grupların ortalama Beck Anksiyete Ölçek puanı kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazladır ($p < 0,001$).

BULGULAR

Kardiyolojik muayene sonrası herhangi bir kalp hastalığı saptanmayanlar kalp hastalığı olmayan grubuna alınmıştır (77 hasta). Kalp hastalığı tespit edilenler kalp hastalığı olan gruba alınmıştır (37 hasta). Hastaneye gelenlerin 18-25 yaş aralığındaki sağlıklı yakınları kontrol grubu olarak alınmıştır (44 hasta). Buna göre 77 kişide (%68) herhangi bir kalp hastalığı saptanmazken 37 kişiye (%32) bir kalp hastalığı tanısı konmuştur. Yaş ve cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kalp hastalığı olan grupta çarpıntı nedeniyle başvuru oranı kalp hastalığı olmayan gruba göre daha fazladır, ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (Tablo 1).

Kalp hastalığı olmayan grubun BDÖ ortalama puanı $10,58 \pm 8,22$, kalp hastalığı olan grubun BDÖ ortalama puanı $11,89 \pm 8,06$ belirlenmiştir. Kontrol grubunun BDÖ puanı $7,36 \pm 4,92$ bulunmuştur. Kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan grubunun BDÖ ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p = 0,03$).

Kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan grubun ortalama BDÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2). Kalp hastalığı olmayan grubun BAÖ ortalama puanı $16 \pm 10,92$, kalp hastalığı

olan grubun BAÖ ortalama puanı $14,95 \pm 10,71$ olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun BAÖ ortalama puanı $7,59 \pm 5,67$ 'dir. Kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan grubun ortalama BAÖ puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,001$). Kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan grubunun BAÖ ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırmaya katılan kişilerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar Tablo 2, Şekil 2 ve Şekil 3'de gösterilmiştir. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında kalp hastalığı

olmayan grubun kontrol grubuna göre hem BDÖ puanının ($p = 0,048$) hem de BAÖ puanının ($p < 0,001$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Kalp hastalığı olan ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kalp hastalığı olan grupta ortalama BDÖ puanının ($p = 0,012$) ve ortalama BAÖ puanının ($p = 0,01$) kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında BDÖ puanı ($p = 0,29$) ve BAÖ puanı ($p = 0,60$) açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Grupların demografik özellikleri ve başvuru yakınmalarına göre dağılımları

	Kalp Hastalığı Olmayan (n= 77)	Kalp Hastalığı Olan (n= 37)	Kontrol Grubu (n=44)	Toplam	p
Cinsiyet					
Erkek n (%)	38 (% 49.4)	16 (% 43.2)	15 (% 34.1)	69 (% 43.7)	0.265 ^a
Kadın n (%)	39 (% 50.6)	21 (% 56.8)	29 (% 65.9)	89 (% 56.3)	
Yaş					
Yaş ort±Ss	20.8 ± 2.4	21.3 ± 2.4	21.3 ± 2.5	21.1 ± 2.4	0.42 ^b
Hastaneye Başvuru Yakınması					
Çarpıntı n (%)	49 (% 63.6)	30 (% 81.1)		79 (%69.2)	0.085 ^a
Göğüs ağrısı n (%)	28 (% 36,4)	7 (% 18,9)		35 (% 30,8)	

n: katılımcı sayısı, Ss: Standart sapma, ^aKruskal Wallis testi p değeri, ^bTek yönlü varyans analizi Anova p değeri, * $p < 0,05$

Tablo 2. Grupların BDÖ ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması

	Kalp Hastalığı Olan (n=37)		Kalp Hastalığı Olmayan (n=77)		Kontrol Grubu (n= 44)		p	Fark
	Ort ± Ss	Min-max (median)	Ort ± Ss	Min-max (median)	Ort ± Ss	Min-max (median)		
Grupların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek puanlarının karşılaştırılması								
BDÖ	11.89 ±8.06	0-29 (9.5)	10.58 ±8.22	0-51 (9)	7.36 ±4.9	0-21 (7.5)	0.03 ^b	1>3. 2>3
BAÖ	14.95 ±10.7	1-40 (12)	16 ±10.92	0-42 (14)	7.6 ±5.67	0-23 (6.5)	<0.001 ^b	1>3. 2>3
Kalp Hastalığı Olmayan ve Kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması								
BDÖ			10.58 ±8.22	0-51 (9)	7.36 ±4.9	0-21 (7.5)	0.048 ^a	
BAÖ			16 ±10.92	0-42 (14)	7.6 ±5.67	0-23 (6.5)	<0.001 ^a	
Kalp Hastalığı Olan ve Kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması								
BDÖ	11.89 ±8.06	0-29 (9.5)			7.36 ±4.9	0-21 (7.5)	0.012 ^a	
BAÖ	14.95 ±10.7	1-40 (12)			7.6 ±5.67	0-23 (6.5)	0.01 ^a	
Kalp Hastalığı Olmayan ve Kalp Hastalığı olan grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması								
BDÖ ₁	11.89 ±8.06	0-29 (9.5)	10.58 ±8.22	0-51 (9)			0.29 ^a	
BAÖ ₁	14.95 ±10.7	1-40 (12)	16 ±10.92	0-42 (14)			0.60 ^a	

BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min-max: Minimum-maksimum, ^a Ki-kare testi, ^b Tek yönlü varyans analizi Anova p değeri.

Beck depresyon ölçek puanı 17 ve üzerinde olanlar yüksek BDÖ puanı olarak kabul edilirken, BAÖ puanı 16 ve üzerinde olanlar yüksek BAÖ puanı olarak kabul edilmiştir. Kalp hastalığı olmayan grupta 14 kişide yüksek BDÖ puanı ve 31 kişide yüksek BAÖ puanı vardır. Kalp hastalığı olan grupta ise 11 kişide yüksek BDÖ puanı ve 15 kişide yüksek BAÖ puanı vardır. Kontrol grubunda sadece 1 kişide yüksek BDÖ puanı ve 3 kişide yüksek BAÖ puanı vardır. Yüksek BDÖ puanı alanların sayısı kalp

hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan gruplarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha fazladır ($p = 0,03$). Yüksek BAÖ puanı alanların sayısı da kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan gruplarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha fazladır ($p < 0,001$). Kalp hastalığı olmayan ve kalp hastalığı olan gruplar arasında yüksek BDÖ ve BAÖ puanı alanların sayısı istatistiksel açıdan birbirinden farklıdır (Tablo 3).

Tablo 3. Yüksek BDÖ ve yüksek BAÖ puan alanların gruplara göre karşılaştırılması

	Kalp Hastalığı Olan (n=37)		Kalp Hastalığı Olmayan (n=77)		Kontrol Grubu (n= 44)		p	Fark
	n	%	n	%	n	%		
Gruplardaki Yüksek BDÖ ve BAÖ puanları alanların karşılaştırılması								
BDÖ puanı ≥ 17	11	30.6	14	18.4	1	% 2.3	0.03 ^a	1>3. 2>3
BAÖ puanı ≥ 16	15	40.5	31	40.3	3	% 6.8	< 0.001 ^a	1>3. 2>3
Yüksek BDÖ ve BAÖ puanı alan kalp hastalığı olan ve olmayan grupların karşılaştırılması								
BDÖ puanı ≥ 17	11	30.6	14	18.4			0.15 ^b	
BAÖ puanı ≥ 16	15	40.5	31	40.3			0.97 ^b	

BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, ^aKruskal Wallis testi p değeri, ^bKi-kare testi

TARTIŞMA

Çalışmamızda kardiyoloji polikliniğine çarpıntı veya göğüs ağrısı ile başvuran 18-25 yaş aralığındaki bireylerde anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Beliren yetişkinlikte depresyon ve anksiyete ile yapılan çok sayıda çalışma olmasına rağmen göğüs ağrısı veya çarpıntı nedeniyle hastaneye başvuran 18-25 yaş grubunda anksiyete ve depresyonu araştıran çalışmalar literatürde az sayıdadır.

Çalışmamıza kısmen benzer bir şekilde tasarlanmış bir çalışmada Jonsbu ve arkadaşları göğüs ağrısı ve çarpıntı nedeniyle görülüp, kardiyoloji polikliniğine referans edilen yaşları 18-65 arasındaki ardışık 160 hasta incelemiştir²⁴. Bu çalışmada çalışmamızdakine benzer şekilde daha önceden bilinen bir kalp hastalığı olanlar çalışmadan dışlanmış ve kalp damar hastalığı prevalansı %4 saptanmıştır. Bizim çalışmamızda sadece kalp damar hastalıkları değil tüm kalp hastalıkları incelenmiş ve kalp hastalığı oranı %31 bulunmuştur. Çalışmamızdaki kalp hastalığı oranının bu çalışmadan fazla olmasının bir başka nedeni çalışmamızın yapıldığı hastanenin üçüncü basamak bir merkez olması ve bölgede referans bir hastane olarak kabul edilmesi olabilir. Bizim çalışmamız 18-25 yaşındakileri kapsarken, bu çalışmada 18-65 yaş grubu

dâhil edilmiştir. Bu çalışmada kardiyak değerlendirme efor testi, miyokard sintigrafisi, koroner anjiyografi veya Holter monitörizasyonu ile yapılmış, psikiyatrik değerlendirme tanısal görüşmeyle yapılmıştır. Jonsbu ve arkadaşları kalp hastalığı olmayanlar arasında psikiyatrik hastalık prevalansını %39 bulmuşlardır. Panik hastalık %14, somatoform hastalık %14 ve majör depresyon %5 olarak bulunmuştur. Biz kardiyak değerlendirme için benzer testleri kullandık, ancak psikiyatrik tanısal görüşme yapmadan Depresyon ve anksiyete belirtileri için uygulanan öz bildirim ölçek puanlarını karşılaştırdık. Bu nedenle depresyon ve anksiyete prevalansını değil BDÖ ve BAÖ puanları belli bir değerin üzerinde olan hastaların yüzdesini saptadık. Kalp hastalığı olanlarda klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde, yüksek depresyon puanı alanların yüzdesini %30,6, yüksek anksiyete puanı alanların yüzdesini %40,5 olarak bulduk. Aynı oranlar kalp hastalığı olmayanlarda sırasıyla %18,4 ve %40,3 olarak bulundu.

Barsky ve arkadaşlarının çalışmasında; çarpıntı yakınmasıyla Holter monitörizasyon yapılan 145 ardışık hasta ve 70 asemptomatik gönüllü katılımcıda psikiyatrik bozukluk prevalansı araştırılmıştır²⁵. Hastalar, monitörizasyon öncesi yapılandırılmış tanısal görüşme ve kendilerinin doldurduğu bir anket ile değerlendirilmiş ve çarpıntısı olan hastaların

neredeyse yarısında bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Katılımcıların %44,8'inde en az bir yaşam boyu anksiyete veya depresif bozukluk tespit edilmiştir. Psikiyatrik tanısı olanların monitörizasyon boyunca çarpıntı bildirme oranları psikiyatrik bozukluk olmayanlardan daha fazla bulunmuş ve belirtilerini daha şiddetli olarak tanımlamışlardır. Psikiyatrik tanısı olan hastalar genel sağlık durumunu daha kötü olarak bildirmişlerdir. Barsky ve arkadaşları tarafından yapılan bu çalışmanın tasarımı yaş gruplarının farklı olması ve sadece çarpıntısı olan hastaların dahil edilmesi dışında çalışmamıza benzemektedir. Bu çalışmada hastaların neredeyse yarısında anksiyete ve depresyon saptanmıştır²⁵. Biz de kalp hastalığı olan ve olmayanların yarısına yakınında anksiyete puanlarını klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde yüksek saptadık (sırasıyla % 40,5 ve % 40,3). Çalışmamızda kalp hastalığı olmayanların yaklaşık beşte birinde (%18,4) ve kalp hastalığı olanların üçte birinde (% 30,6) depresyon puanları klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde yüksek olarak saptandı.

Barsky ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada çarpıntı yakınması nedeniyle Holter monitörizasyonu yapılan 125 ardışık hasta prospektif olarak incelenmiştir¹⁰. Monitörizasyon sırasında kişisel görüşmeye alınmışlar ve 3 ay sonra telefonla görüşme yapılmıştır. Kırk üç hastada klinik olarak anlamlı ritim bozukluğu saptanmıştır. Geri kalan 82 hastanın 24'ünde (%29) hali hazırda mevcut bir psikiyatrik bozukluk ve bu hastaların 20'sinde (%83) majör depresyon ve panik bozukluk saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre daha genç, daha semptomatik, daha somatize ve sağlıklarıyla ilgili daha fazla hipokondriyak endişelerinin olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluğu olanların çarpıntılarını 15 dakikadan daha uzun sürmüş, eşlik eden belirtiler daha fazla ve daha yoğun saptanmıştır. Üç aylık takip sonunda her iki gruptaki hastaların %90'ında deneyimlenmiş çarpıntının devam ettiği saptanmıştır. Belirtilerin somatizasyonu, hipokondriyak endişeler ve işlevselliğin bozulması her iki grupta düzelmesine rağmen psikiyatrik hastalığı olanlarda psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde kalmıştır. Takip boyunca psikiyatrik hastalığı olanların acil servise daha sık başvurdukları saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre daha genç olması bizim yaş grubumuzda (18-25 yaş)

saptadığımız depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Weber ve Kapoor bir üniversitenin tıp merkezine çarpıntı yakınması ile gelen 190 ardışık hastanın özelliklerini tanımlamışlardır²⁶. Hastalar yapılandırılmış klinik görüşme ve psikiyatrik taramadan geçirilmiştir. Tanı koymak için standart klinik, psikiyatrik ve kardiyolojik işlemler kullanılmıştır. Hastaların %84'ünde çarpıntının nedeni, %43 kardiyak, %31 psikiyatrik, %10 muhtelif nedenler olarak belirlenmiş, %16'sında ise herhangi bir neden belirlenmemiştir. Bizim çalışmamızda da çarpıntıyla başvuran hastaların %38'inde bir kalp hastalığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda çarpıntıyla başvuran hastalarda BDÖ ve BAÖ puanı kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuş ve klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde yüksek depresyon ve anksiyete puanı alanların yüzdesi sırasıyla %20,4 ve %40,2 olarak saptanmıştır. Bu oranlar Weber ve Kapoor'un çalışmasındaki çarpıntıyla başvuran hastaların üçte birinde saptanan psikiyatrik hastalık oranıyla uyumludur.

Rohani ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Nisan-Kasım 2010 arasında göğüs ağrısının değerlendirilmesi amacıyla bir devlet hastanesinin kardiyoloji kliniğine efor testi için refere edilen 192 ardışık hasta incelenmiştir²⁷. Çalışmanın amacı hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanılarak anksiyete ve depresyon belirtilerinin prevalansını saptamaktır. Bu çalışmada, hastaların dahil edilme kriterleri çalışmamıza benzemekle beraber, 18-65 yaş grubu ve sadece göğüs ağrısı yakınması olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Diğer bir fark hastaların değerlendirmesinin hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanılarak yapılmış olmasıdır. Hastalar normal efor testi ve anormal efor testi olarak gruplara ayrılmışlardır. Sonuçta göğüs ağrısı olanların anksiyete ve depresyon belirti prevalansı sırasıyla %42 ve %31 saptanmıştır. Anormal efor testi olan erkekler de depresif belirtiler, kadınlarda ise anksiyete belirtileri daha yüksek bulunmuştur. Efor testi normal olanlarda anksiyete ve depresyon puanları efor testi bozuk olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda göğüs ağrısı olanlarda yüksek depresyon puanı olanlar %32 ve yüksek anksiyete puanı olanlar %42 idi. Bu oranlar mevcut çalışma ile uyumlu gözükmektedir. Bu çalışmada efor testi bozuk olanlarda anksiyete ve depresyon puanları daha fazlaydı, ancak bizim çalışmamızda kalp hastalığı olan ve olmayanlar arasında depresyon ve anksiyete puanları açısından anlamlı fark belirlenmemiştir.

Mayou ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 2 Ocak ile 30 Ağustos 1991 arasında acil servis, dahiliye ve cerrahi kliniklerinden göğüs ağrısı ve çarpıntıyla kardiyoloji polikliniğine refere edilen ardışık 90 hasta incelenmiştir²⁸. Hastaların fiziksel ve psikolojik belirtileri, aktivite kısıtlılıkları, bakım becerisi ve sağlık hizmetlerini kullanımları araştırılmıştır. Hastalara Genel Sağlık Anketi ve Somatizasyon Tarama Testi uygulanmış ve bu testlerden belli bir puanın üzerinde alanlar Psikiyatrik Tanısal Görüşmeye alınmış ve yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak, majör depresyon ve/veya somatizasyon hastalığı için incelenmiştir. Hastaların yarısından fazlasında önemli bir fiziksel bozukluk saptanmamıştır. Otuz dokuz hastada (%43,3) bir kalp hastalığı tanısı konmuş iken 51 hastaya (%56,6) herhangi bir kalp hastalığı tanısı veya başka bir fiziksel hastalık tanısı konmamıştır. Bizim çalışmamızda kalp hastalığı oranı %31 idi. Aradaki fark yaş gruplarının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmaya 21-69 yaş grubundaki kişiler alınmıştır. Bu çalışmada da bizim çalışmamızdaki gibi belli bir zaman diliminde başvuran hastaları incelemiş ve çalışmamıza benzer şekilde kalp hastalığı saptanan ve saptanmayanlarda ölçeklerden alınan puanlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Başka bir çalışmada Channer ve arkadaşları tarafından göğüs ağrısı nedeniyle efor testi yapılması planlanan 87 ardışık hasta (65 erkek, 22 kadın) anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmişlerdir²⁹. Efor testinin 50'sinde bozukluk saptanmış, 37 hastada efor testi normal bulunmuştur. Negatif efor testi olan hastalarda anksiyete ve depresyon puanı pozitif efor testi olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Deprese hastalar, anlamlı derecede daha kısa süre yürüyebilmişlerdir. Efor testi sonuçları kalp hastalığını tam yansıtmasa da negatif efor testi kalp hastalığı yok olarak, pozitif efor testini kalp hastalığı var olarak değerlendirdiğimizde bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bu durum yaş gruplarının ve tanı kriterlerinin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Husser va arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada; göğüs ağrısı olan ve kalp hastalığı dışlanan yaş ortalaması 61±12 olan 37 hastanın 21'inde (% 58) bir psikiyatrik bozukluk saptanmış ve bu kişilerin 10'unda anksiyete ve depresyon birlikteliği tespit edilmiştir³⁰. Bu çalışmanın yaş grubu bizim çalışmamızdan tamamıyla farklıdır, ancak ileri yaşta da psikiyatrik bozukluklardan kaynaklanan bedensel belirtilerin sık olduğunu göstermesi açısından

önemlidir.

Bu çalışmada Kardiyoloji polikliniğine başvuran 18-25 yaşındaki hastalarda kalp hastalığı olan ve olmayanlarda anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubundan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kardiyak yakınma ile başvuran bireylerde kardiyak patolojiden bağımsız olarak anksiyete ve depresyon belirtilerinin normal popülasyona göre yüksek olabileceği ile ilgili çalışma hipotezimiz doğrulanmıştır. Kalp hastalığının olması veya olmaması BDÖ ve BAÖ'den alınan puanlarda farklılık yaratmamıştır. Bu durum hastaneye göğüs ağrısı ve çarpıntı belirtisi ile başvuran 18-25 yaş aralığında ki olgularda depresyon ve anksiyete belirti düzeyinin yüksek olma olasılığını göz önünde bulundurmaya gerektirmektedir. Hastaneye başvuran 18-25 yaşındakilerin sağlık algularıyla ilgili bir endişe içinde oldukları varsayılmalı ve bu hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmeleri akılda bulundurulmalıdır. Bu çalışmada örneklem grubunun 18-25 yaş aralığını kapsamaması ve tek bir merkezden alınmış olması ve tanısal görüşmenin yapılmayarak, anksiyete ve depresyon düzeylerinin öznel değerlendirme ölçekleri kullanılarak belirlenmesi bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Psikiyatrik hastalıklar için tarama özellikle kalp hastalığı doğrulanmış veya doğrulanmasın göğüs ağrısı veya çarpıntısı olan hastaların kapsamlı değerlendirmenin bir parçası olmalıdır. Ne yazık ki birbirini dışlayan etiyolojiler çoğu kez çoklu nedenlerin olduğunu ve özellikle psikolojik ve psikiyatrik faktörlerin etkileştiğini hesaba katmaz. Çalışmamız, göğüs ağrısı veya çarpıntıyla gelen 18-25 yaşındaki hastalarda psikiyatrik hastalıkları tespit etmek için bir değerlendirmenin olmasının önemini göstermektedir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: FY, ŞU, SC; Veri toplama: FY, MY, ŞU; Veri analizi ve yorumlama: SC, FY; Yazı taslağı: SC, MY, FY, ŞU; İçerinin eleştirel incelenmesi: SC, FY, MY, ŞU; Son onay ve sorumluluk: FY, SC, MY, ŞU; Teknik ve malzeme desteği: FY, MY; Süpervizyon: ŞU, MY, SC; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : FY, ŞU, SC; Data acquisition: FY, MY, ŞU; Data analysis and interpretation: SC, FY; Drafting manuscript: SC, MY, FY, ŞU; Critical revision of manuscript: SC, FY, MY, ŞU; Final approval and accountability: FY, SC, MY, ŞU; Technical or material support: FY, MY; Supervision: ŞU, MY, SC; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55:469-80.
2. Cano MA, Castro Y, de Dios MA, Schwartz SJ, Lorenzo-Blanco EI, Roncancio AM et al. Associations of ethnic discrimination with symptoms of anxiety and depression among Hispanic emerging adults: a moderated mediation model. *Anxiety Stress Coping.* 2016;29:699-707.
3. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52:1015-25.
4. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:709-17.
5. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:427-35.
6. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol.* 2005;12:1-27.
7. Cohen P, Pine DS, Must A, Kasen S, Brook J. Prospective associations between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood. *Am J Epidemiol.* 1998;147:323-9.
8. Bass C, Wade C, Hand D, Jackson G. Patients with angina with normal and near normal coronary arteries: clinical and psychosocial state 12 months after angiography. *Br Med J.* 1983;287:1505-8.
9. Mayou RA. Chest pain, palpitations and panic. *J Psychosomatic Res.* 1998;44:53-70.
10. Barsky AJ, Delamater BA, Clancy SA, Antman EM, Ahern DK. Somatized psychiatric disorder presenting as palpitations. *Arch Intern Med.* 1996;156:1102.
11. Ehlers A, Breuer P. Increased cardiac awareness in panic disorder. *J Abnorm Psychol.* 1992;101:371-82.
12. Lipsitz JD, Masia-Warner C, Apfel H, Marans Z, Hellstern B, Forand N et al. Anxiety and depressive symptoms and anxiety sensitivity in youngsters with noncardiac chest pain and benign heart murmurs. *J Pediatr Psychol.* 2004;29:607-12.
13. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry.* 1998;59:15-21.
14. Hofstra MB, Van Der Ende J, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:850-8.
15. Waszczuk MA, Zavos HMS, Gregory AM, Eley TC. The stability and change of etiological influences on depression, anxiety symptoms and their co-occurrence across adolescence and young adulthood. *Psychol Med.* 2016;46:161-75.
16. Eslick GD, Jones MP, Talley NJ. Non-cardiac chest pain: prevalence, risk factors, impact and consulting - a population-based study. *Aliment Pharmacol.* 2003;17:1115-24.
17. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract.* 2001;18:586.
18. Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Ho MR, Rohde P. Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *J Affect Disord.* 2018;228:248-53.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
20. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi.* 1988;6:118-22.
21. Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi.* 1987;6:116-21.
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:893-7.
23. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother.* 1998;12:28-35.
24. 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. *Scand Cardiovasc J.* 2009;43:256-9.
25. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, Ruskin JN. Psychiatric disorders in medical outpatients complaining of palpitations. *J Gen Intern Med.* 1994;9:306-13.
26. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med.* 1996;100:138-48.
27. Rohani A, Akbari V, Zarei F. Anxiety and depression symptoms in chest pain patients referred for the exercise stress test. *Heart Views.* 2011;12:161-4.
28. Mayou RA, Bryant B, Forfar C, Clark D. Non-cardiac chest pain and palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J.* 1994;72:548-53.
29. Channer KS, Papouchado M, James MA, Rees JR. Anxiety and depression in patients with chest pain referred for exercise testing. *Lancet.* 1985;2:820-3.
30. Husser D, Bollmann A, Kühne C, Molling J, Klein HU. Evaluation of noncardiac chest pain: diagnostic approach, coping strategies and quality of life. *Eur J Pain.* 2006;10:51-5.