



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN GÖĞÜS AĞRISI
OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA SÜREKLİ DURUMLUK KAYGI
DÜZEYİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. AYŞE ZÜLAL HALİFEOĞLU ELSAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2025



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN GÖĞÜS AĞRISI
OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA SÜREKLİ DURUMLUK KAYGI
DÜZEYİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. AYŞE ZÜLAL HALİFEOĞLU ELSAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. PAKİZE GAMZE ERTEN BUCAKTEPE
DİYARBAKIR-2025**

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunmaktayım. Yoğun emek ve sabır gerektiren bu çalışmanın ortaya çıkmasında ve uzmanlık eğitim sürecimde her daim destek olan değerli tez danışman hocam Doç. Dr. P.Gamze Erten Bucaktepe'ye, kendi bünyelerinde bir çalışma yapmama olanak sağlayan ve yardımlarını esirgemeyen Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndan kıymetli hocam Doç. Dr. Mehmet Özbek'e;

Uzmanlık eğitimimde tecrübelerini ve desteklerini esirgemeyen başta anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Tahsin Çelepkolu'na ve bölümümüzün değerli hocaları Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye Demir Pervane, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz'a;

Bilgi ve birikimiyle beni aydınlatıp bana yol gösteren ve bu süreçte desteğini esirgemeyen kıymetli arkadaşım Uzm. Dr. Berçem Aktaş'a, bu çalışmanın ortaya çıkmasında desteklerini esirgemeyen kıymetli arkadaşlarım ve meslektaşlarım Uzm. Dr. Lütfiye Gür Elez ve Uzm. Dr. Zeynep Aybek Dinler'e, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, ekip olarak beraber çalıştığım hemşirelere, sağlık personeline, verilerin toplanmasında yardımcı olan Kardiyoloji'deki asistan doktor arkadaşlarıma, emeğini eksik etmeyen değerli bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a;

Koşulsuz sevgisini her zaman hissettiren anneme, babama, sonsuz sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen sevgili kardeşime, verilerin toplanmasında büyük katkısı olan ve desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Mazlum Elsan'a;

En içten teşekkürlerimle...

Dr.Ayşe Zülal Halifeoğlu Elsan

ÖZET

Giriş ve Amaç: Göğüs ağrısı acil servisler, kardiyoloji poliklinikleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine en sık başvuru nedenlerinden birisidir. Bu ağrı kardiyak, pulmoner, gastroenterolojik, muskuloskeletal ve psikiyatrik nedenlere bağlı olabilir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda ağrı kalp dışı nedenlere bağlıdır ve psikiyatrik nedenlere bağlı göğüs ağrısı önemli bir oranda görülmektedir. Bu çalışmada göğüs ağrısıyla kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar ve başka bir nedenle aile hekimliğine başvuran hastaların sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılarak ağrının anksiyeteye ilişkili olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Kesitsel ve prospektif tipteki çalışmamızda 01.06.2024-31.08.2024 tarihleri arasında göğüs ağrısıyla başvuran 18-65 yaş aralığındaki 105 hastadan oluşan vaka grubu ve bu hastalarla aynı yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinde göğüs ağrısı dışında bir nedenle başvuran 105 kişilik kontrol grubu prospektif olarak değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik verilerin ve göğüs ağrısının karakterinin sorgulandığı bir form ve Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (STAI) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 27.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %54.3'ü kadın, %45.7'si erkekti. Yaş ortalamaları 34.6 ± 10.7 idi. Göğüs ağrısı olan hastaların STAI-I puan ortalaması 42.8 ± 10.4 , STAI-II puan ortalaması 47.6 ± 8.8 idi. Göğüs ağrısı olmayan hastaların ise STAI-I puan ortalaması 40 ± 10.4 , STAI-II puan ortalaması 44.5 ± 8.07 idi. Göğüs ağrısı olan hastaların STAI-II ölçek puanları göğüs ağrısı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.006$). Göğüs ağrısı olan hastalarda kadınların STAI-I ve STAI-II ölçek puanları erkeklere göre daha yüksek iken göğüs ağrısı olmayan grupta ölçek puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.012$ ve $p=0.031$). Göğüs ağrısı olan hastalarda çarpıntı ($p<0.001$), nefes darlığı ($p<0.001$), çabuk yorulma ($p=0.019$), ateş ($p=0.039$), halsizlik ($p<0.001$), kas-eklem ağrısı ($p=0.008$) ve stres ($p=0.012$) gibi ek şikayetlerin göğüs ağrısı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde ve daha büyük bir oranda mevcut olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Göğüs ağrısı olan kişilerin olmayanlara kıyasla kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu hastaların birinci basamakta detaylı öyküsünün

alınması, fizik muayene ve ek tetkiklerle değerlendirilmesiyle doğru şekilde yönlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu sayede hastaların tekrarlayan hastane başvurularının önüne geçilebilir ve doğru tedaviye erişimleri sağlanır.

Anahtar Kelimeler: Göğüs ağrısı, Anksiyete, Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri.



ABSTRACT

Introduction and Objective: Chest pain is one of the most common reasons for presentation to emergency departments, cardiology outpatient clinics and primary health care centers. This pain may be due to cardiac, pulmonary, gastroenterologic, musculoskeletal and psychiatric causes. In the majority of patients, pain is due to non-cardiac causes and chest pain due to psychiatric causes is seen in a significant proportion. In this study, we aimed to determine whether pain is related to anxiety by comparing trait and state anxiety levels of patients presenting to cardiology outpatient clinic with chest pain and patients presenting to family medicine for another reason.

Materials and Methods: In our cross-sectional and prospective study, a case group of 105 patients aged 18-65 years who presented with chest pain between 01.06.2024 and 31.08.2024 and a control group of 105 patients of the same age, gender and educational level who presented with a reason other than chest pain were prospectively evaluated. A form inquiring sociodemographic data and the nature of chest pain and the Trait-State Anxiety Inventory (STAI) were used as data collection tools. The data obtained were analyzed using SPSS 27.0 program.

Results: Of the patients, 54.3% were female and 45.7% were male. The mean age was 34.6 ± 10.7 years. The mean STAI-I score of patients with chest pain was 42.8 ± 10.4 and the mean STAI-II score was 47.6 ± 8.8 . In patients without chest pain, the mean STAI-I score was 40 ± 10.4 and the mean STAI-II score was 44.5 ± 8.07 . STAI-II scale scores of patients with chest pain were significantly higher than those of patients without chest pain ($p=0.006$). While STAI-I and STAI-II scale scores of women were higher than men in patients with chest pain, no significant difference was found between genders in terms of scale scores in the group without chest pain ($p=0.012$ and $p=0.031$, respectively). Additional complaints such as palpitations ($p<0.001$), shortness of breath ($p<0.001$), fatigue ($p=0.019$), fever ($p=0.039$), malaise ($p<0.001$), muscle-joint pain ($p=0.008$) and stress ($p=0.012$) were found to be present at a significantly higher rate in patients with chest pain than in patients without chest pain.

Conclusion: It was found that patients with chest pain had higher anxiety levels compared to those without chest pain. It is important to take a detailed history of these patients in primary care, evaluate them with physical examination and additional

examinations, and refer them correctly. In this way, recurrent hospital admissions can be avoided and access to the right treatment can be ensured.

Keywords: Chest pain, Anxiety, Trait-State Anxiety Inventory.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
KISALTMA DİZİNİ.....	viii
TABLO DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Göğüs Ağrısı	2
2.1.1. Epidemiyoloji.....	2
2.1.2. Göğüs ağrısına yaklaşım	2
2.1.3. Anamnez	3
2.1.4. Fizik muayene	11
2.1.5. Tanısal testler	13
2.1.6. Tedavi.....	15
2.2. Anksiyete Bozuklukları.....	15
2.2.1. Tarihçe.....	15
2.2.2. Korku ve kaygı.....	17
2.2.3. Anksiyete belirtileri.....	17
2.2.4. Anksiyetenin gelişimi.....	17
2.2.5. Ayrılma kaygısı bozukluğu	18
2.2.6. Seçici konuşmazlık (Selektif mutizm)	20
2.2.7. Özgül fobi	21
2.2.9. Panik bozukluk.....	23

2.2.10. Yaygın anksiyete bozukluğu	25
2.2.11. Madde/İlaç ile ilişkili anksiyete bozukluğu	26
2.2.12. Anksiyete bozukluklarına eşlik eden hastalıklar.....	27
2.2.13. Tedavi.....	27
3. MATERYAL VE METOD.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri	29
3.2. Araştırmanın Evreni	29
3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli	30
3.4. İstatiksel Analiz.....	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuç.....	62
6.2. Öneriler	62
7. KAYNAKLAR	64
8. EKLER.....	72
8.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	72
8.2. Göğüs Ağrısının Özellikleri	72
8.3. Özgeçmiş ve Aile Öyküsü.....	73
8.4. Laboratuvar	73
8.5. STAI Formu	74
8.6. İntihal Raporu.....	76

KISALTMA DİZİNİ

AMI:	Akut Miyokard Enfarktüsü
AP:	Anjina Pektoris
ASD:	Atrial Septal Defekt
BKI:	Beden Kitle İndeksi
CRP:	C-reaktif protein
DSM-5:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5
DVT:	Derin Ven Trombozu
EKG:	Elektrokardiyografi
EKO:	Ekokardiyografi
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LAD:	Sol ön inen arter
M.Ö:	Milattan önce
MRI:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MVP:	Mitral Valve Prolapsusu
NSAİİ:	Non-steroidal Antiinflamatuvar İlaçlar
SNRI:	Serotonin- Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI:	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
STAI:	Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
PDA:	Patent Duktus Arteriosus
VSD:	Ventriküler Septal Defekt

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri	34
Tablo 2. Vaka grubunda göğüs ağrısının özellikleri	35
Tablo 3. Vaka ve kontrol grubunda yaş, BMI, ağrı özellikleri, STAI ölçek puanı ve laboratuvar değerlerinin ortalamaları	36
Tablo 4. Vaka ve kontrol grubunun STAI ölçek puanı ve BMI değerlerinin karşılaştırılması	38
Tablo 5. Vaka ve kontrol grubunun çarpıntı varlığı açısından karşılaştırılması	38
Tablo 6. Vaka ve kontrol grubunun nefes darlığı varlığı açısından karşılaştırılması	39
Tablo 7. Vaka ve kontrol grubunun senkop varlığı açısından karşılaştırılması	39
Tablo 8. Vaka ve kontrol grubunun çabuk yorulma açısından karşılaştırılması	41
Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun öksürük varlığı açısından karşılaştırılması	39
Tablo 10. Vaka ve kontrol grubunun ateş varlığı açısından karşılaştırılması	40
Tablo 11. Vaka ve kontrol grubunun halsizlik varlığı açısından karşılaştırılması	40
Tablo 12. Vaka ve kontrol grubunun başka yerde ağrı varlığı açısından karşılaştırılması	40
Tablo 13. Vaka ve kontrol grubunun kas-eklem ağrısı varlığı açısından karşılaştırılması	41
Tablo 14. Vaka ve kontrol grubunun stres varlığı açısından karşılaştırılması	41
Tablo 15. Vaka ve kontrol grubunun astım varlığı açısından karşılaştırılması	42
Tablo 16. Vaka ve kontrol grubunun travma öyküsü varlığı açısından karşılaştırılması	42
Tablo 17. Vaka ve kontrol grubunun tiroid hastalığı varlığı açısından karşılaştırılması	43
Tablo 18. Vaka ve kontrol grubunun kalp hastalığı varlığı açısından karşılaştırılması	43
Tablo 19. Vaka ve kontrol grubunun diyabet varlığı açısından karşılaştırılması	43
Tablo 20. Vaka ve kontrol grubunun hipertansiyon varlığı açısından karşılaştırılması	44
Tablo 21. Vaka ve kontrol grubunun mide şikayeti varlığı açısından karşılaştırılması	44

Tablo 22. Vaka ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların STAI ölçek puanlarının ek semptomlara göre karşılaştırılması.....	46
Tablo 23. Vaka ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların STAI ölçek puanlarının özgeçmişe göre karşılaştırılması	48
Tablo 24. Vaka grubundaki katılımcıların ağrı düzeyinin diğer sosyodemografik veriler ve ek belirtiler ile ilişkisi	51
Tablo 25. Vaka ve Kontrol grubundaki katılımcıların BMI ve STAI ölçek puanlarının cinsiyet ile karşılaştırılması.....	52
Tablo 26. Vaka grubundaki katılımcıların STAI ölçek puanlarının eğitim düzeyi, meslek ve ağrı niteliği ile karşılaştırılması.....	52
Tablo 27. Kontrol grubundaki katılımcıların STAI ölçek puanlarının eğitim düzeyi ve meslek ile karşılaştırılması.....	53
Tablo 28. Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş, BMI ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu.....	54
Tablo 29. Bütün katılımcıların yaş, BMI ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu	54
Tablo 30. Vaka grubundaki katılımcıların yaş, BMI, ağrı özellikleri ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu.....	55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Göğüs ağrısı acil servislere, kardiyoloji polikliniklerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurularda en sık görülen şikâyetler arasında bulunmaktadır (1). Bu ağrının sebebinin doğru olarak saptanması ve yaşamı tehdit eden bir durum olup olmadığının belirlenmesi tedavinin temelini oluşturmaktadır. Göğüs ağrısı şikâyeti bulunan hastaların %40-60'ında kalple ilgili akut bir hadise bulunamamakta ve bu hastalar nonspesifik göğüs ağrısı tanısıyla taburcu edilmektedir (2,3). Bununla birlikte göğüs ağrısı olan hastaların %80'ine kardiyologların kalp dışı göğüs ağrısı tanısı koyduğu da bildirilmiştir (4).

Bu kalp dışı göğüs ağrısının gastroenterolojik, muskuloskeletal, pulmoner ya da psikiyatrik olmak üzere pek çok nedeni olabilir (2). Psikiyatrik hastalıklar kalp dışı göğüs ağrısının en sık nedenlerinden biridir. Panik atak, anksiyete ve depresyon, post travmatik stres bozukluğu gibi pek çok rahatsızlıkta göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi semptomlar sık görülmektedir (4).

Göğüs ağrısının hastane başvurularında sık görülen bir semptom olduğundan bu ağrının kalple ilişkili ve kalple ilişkili olmayan olarak ayrımının doğru yapılması hasta yönetimi, ilgili branşlara yönlendirme ve etkin tedavi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniği'ne göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran hastaların süreklilik durumluluk kaygı düzeyinin değerlendirilmesi ve göğüs ağrısı olmayan hastalarla bu değerlerin karşılaştırılması, böylece göğüs ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyerek hastaları doğru yönlendirip tanı ve tedavilerine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Ağrı; hoş olmayan, rahatsız edici duyu şeklinde tanımlanır. Visseral ve somatik ağrı liflerinin uyarılması ile iki farklı ağrı durumu meydana gelir. Dermis ve pariyetal plevra somatik ağrı lifleri tarafından innerve edilir. Visseral ağrı lifleri ise kalp ve kan damarları, yemek borusu, visseral plevra gibi iç organların innervasyonunu sağlar. Somatik liflerden kaynaklanan ağrı genellikle kolayca tanımlanabilen ve kesin olarak lokalize edilebilen bir ağrıdır ve keskin bir duyu olarak deneyimlenir; oysa iç organlardan kaynaklanan ağrının tanımlanması daha zordur ve kesin olarak lokalize edilemez. Bu yüzden visseral ağrı genellikle rahatsızlık, ağırlık, ağrı hissi olarak tarif edilir (5)

2.1. Göğüs Ağrısı

Göğüs ağrısı, hasta tarafından toraksın ön kısmında, ksifoid ve suprasternal çentik arasında ve sağ ve sol orta aksiller çizgiler arasındaki bölgede hissedilen ağrı olarak tanımlanır.

2.1.1. Epidemiyoloji

Göğüs ağrısı birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelere en sık başvuru nedenlerinden birisidir (6). Bu başvurular akut koroner sendrom gibi kardiyak kökenli olabileceği gibi pulmoner, kas iskelet sistemi ile ilişkili, psikiyatrik ya da gastroözefageal sistem sorunlarına bağlı olabilmektedir (7). Göğüs ağrısının en yaygın sebepleri birinci basamak ve acil servislere başvuran hastalar arasında da değişmektedir. Acil servislere göğüs ağrısıyla başvuran hastaların %50'sinden fazlasında kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü ya da pulmoner emboli gibi sebepler saptanırken bu oran birinci basamaklarda daha düşüktür. Birinci basamağa göğüs ağrısıyla başvuran hastalarda en sık saptanan nedenler ise kas iskelet sistemi hastalıkları, gastrointesinal hastalıklar, panik bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar ve akciğer hastalıklarıdır (8)

2.1.2. Göğüs ağrısına yaklaşım

Göğüs ağrısı aile hekimliği, acil serviler, kardiyoloji poliklinikleri gibi birimlere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu ağrının karakteristik özellikleri ileri derecede

çeşitlilik gösterdiği ve sık ölüm nedeni olan patolojilerin ortak bulgusu olduğu için doğru değerlendirilmelidir (9).

Göğüs ağrısının sebebi çoğunlukla kalp dışı nedenlere bağlı olsa da akut koroner sendrom, aort diseksiyonu, pulmoner emboli, pnömoni gibi önemli nedenler atlanmamalıdır (6). Bunun için hastanın genel durumu değerlendirilmeli, ateş, solunum sayısı, kan basıncı, nabızı ölçülmelidir. Hastanın stabilizasyonu sağlanmalıdır. Detaylı bir anamnez alınmalı, ağrının süresi, yayılımı, şiddeti, lokalizasyonu, solunumla ilişkisi sorgulanmalıdır (6, 9). Hastanın anamnezindeki ağrıyla ilişkili faktörler, hastanın öz geçmişi ve fizik muayene bulguları önemlidir, (10) şöyle ki:

- Ağrının sıkıştırıcı tarzda olması, 30 dakikadan uzun sürmesi, sol kol, boyun, çene, epigastrium gibi bölgelere yayılması, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi hastalık öyküsünün varlığı akut koroner sendromu (10);
- Ani başlangıçlı, şiddetli, kürek kemiklerinin ortasında hissedilen yırtıcı ağrı varlığı ve hastanın özellikle kontrolsüz hipertansiyon öyküsünün olması aort diseksiyonunu;
- Göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı, öksürük, hemoptizi gibi şikayetlerin var olması, bacaklarda ağrı ya da şişlik gibi derin ven trombozunu düşündüren semptomların varlığı veya yakın zamanda operasyon geçirme, uzun süreli immobilisasyon öyküsünün olması pulmoner emboliyi;
- Ani başlangıçlı, keskin, tek taraflı göğüs ağrısının varlığı ve oskültasyonda solunum seslerinin tek taraflı azalmış olması pnömotoraksi;
- Hastanın şiddetli kusma sonrası başlayan keskin bir göğüs ağrısı tariflemesi özefagus rüptürünü;
- Ağrının yatarken artıp öne eğilir pozisyonda azalması ve hastanın enfeksiyon öyküsünün ya da bilinen romatolojik bir hastalığının bulunması perikarditi düşündürür (11).

Detaylı anamnez ve fizik muayene sonrasında hastadan gerekli radyolojik ve laboratuvar tetkikleri istenmelidir (12).

2.1.3. Anamnez

Göğüs ağrısıyla başvuran bir hastanın dolaşım kollapsı veya solunum yetmezliği nedeniyle acil müdahale ihtiyacı yoksa hastadan detaylı bir anamnez almak gerekir.

Ağrının lokalizasyonu, karakteri, ne kadar sürdüğü, ağrıyı tetikleyen faktörler, eşlik eden semptomlar detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır (12).

Hastanın koroner girişim öyküsü, egzersiz intoleransı, ilaç ve sigara kullanımı, aile öyküsü, diyabet, hipertansiyon gibi tanıların varlığı da değerlendirilmelidir (9).

Göğüs ağrısının kalp kökenli ya da kalp dışı nedenlere bağlı olduğunun ayrımını yapılması da önemlidir.

Kalple ilişkili nedenler;

Angina Pektoris: Kalp kasına azalmış kan akışının neden olduğu göğüs ağrısına anjina pectoris denir. Anjina tipik olarak sternum arkasında 5-15 dakika süren, dinlenme ve nitrat ile geçen, bastırıcı, sıkıştırıcı tarzdaki göğüs ağrısıdır (10). Ağrı kollara, boyuna, çene ve sırta da yayılabilir (13). Anjina pectorisin üç tane semptomatik kriteri vardır. Bunlar;

- Tipik sürede ve karakterde olan sternum arkasında yerleşimli göğüs ağrısı,
- Egzersiz ya da stres ile tetiklenebilen göğüs ağrısı,
- İstirahat etmekle ya da nitratla iyileşen göğüs ağrısıdır. Bu üç kriterin tamamı mevcutsa tipik anjina, kriterlerin iki tanesi karşılanıyorsa atipik anjina olarak adlandırılır (13).

Anjina pectoris stabil ve anstabil olarak ikiye ayrılır (12).

Anginanın sıklığı, şiddeti ve süresinde önemli değişiklikler olmaksızın haftalarca aynı karakterde ortaya çıkması durumuna "stabil angina = kararlı angina" denir. Stabil anjina pectorisin temel özelliği ağrının egzersiz, stres gibi faktörlerle tetiklenmesi ve dinlenme ya da dilaltı nitratla geçmesidir. Anginanın ortaya çıkmasındaki temel sebep koroner arterlerin daralmasına bağlı olarak egzersiz gibi efor sarfedilen ve kalbin oksijen ihtiyacını arttıran durumlarda koroner damarlardaki kan akımının yetersiz kalmasıdır. Kan akımının artan oksijen ihtiyacını karşılayamaması için darlık seviyesinin en az %50-70 olması gerekmektedir. Bu darlığa bağlı gelişen miyokarda yeterli oksijen taşınamama durumu da genellikle egzersiz, duygusal stres gibi durumlarda gerçekleşmektedir (14).

Stabil anjinası olan hastalar değerlendirilirken hastanın hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi ek hastalıkları ve sigara içip içmediği sorgulanmalıdır. Hastalardan tam kan, açlık kan şekeri, lipit paneli gibi tetkikler de istenmelidir. Sonrasında hastaya EKG çekilmelidir. Hastada daha önceden miyokard enfarktüsü geçirme öyküsü ya da

sol ventrikül hipertrofisi gibi durumlar yoksa genelde istirahat EKG'si normaldir. Hastadaki iskemi göstermek amacıyla bazı stres testleri uygulanır. Bunlar egzersiz EKG'si ya da miyokard perfüzyon sintigrafisidir. Egzersiz esnasasında çekilen EKG'deki herhangi bir derivasyonda ST segmentinde 1mm den fazla çökme olması iskemi açısından pozitif olarak kabul edilir. Yeterli egzersiz yapamayan ya da egzersiz EKG çekimine uygun olmayan hastalara dipiridamol ve dobutamin gibi farmakolojik stres ajanları uygulanır ve sintigrafi çekilir. Stres ekokardiyografisi ve stres radyonüklid anjiyografisi de iskeminin ve koroner arter hastalığının değerlendirilmesi için kullanılabilmektedir (13,14).

Stabil anjinası olan hastalarda anjina semptomlarının giderilmesi, hastanın yaşam konforunun artırılması, miyokard enfarktüsü ve ölüm olasılığının azaltılması hedeflenir. Hastalara bu amaçla yaşam tarzı değişiklikleri, beslenmede sebze, meyve ve balık tüketiminin artırılması, sigara kullanımı varsa bırakması ve diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi ek hastalıkları varsa bunların da kontrol altında olması gerektiği anlatılır. Stabil anjinada semptomların giderilmesi için farmakolojik tedavide beta blokörler, nitratlar ve kalsiyum kanal blokörleri kullanılmaktadır. Medikal tedaviye rağmen semptomların devam ettiği, ilaçlar ve yaşam tarzı değişikliklerinin yetersiz kaldığı hastalarda revaskülarizasyon tedavisi uygulanmaktadır (13,14).

Akut miyokard enfarktüsünün tipik EKG ve enzimatik değişikliklerinin olmamasına ek olarak aşağıdaki özelliklerden herhangi biri:

- Gittikçe artan ve eskilerden farklı, şiddetli, uzamış anjina pektoris (AP)
- Yeni başlayan (genellikle ilk bir aylık) AP
- Çok hafif eforlarla veya istirahatte bile angina olması tabloya eklendiğinde klinik anstabil angina olarak tanımlanır (14).

Kararsız anjina da genellikle koroner arter darlığına bağlı oluşur. Bu darlık da aterosklerotik plaklara bağlı olarak gelişir. Stabil anjinada lümeni daralrsa da stabil olan bir plak vardır, fakat kararsız anjinada plak rüptürü ve buna bağlı olarak trombüs oluşumu, vazokonstriksiyon gibi nedenlere bağlı olarak stabil olmayan bir plak mevcuttur (14).

EKG’de ST segmentinde çökmeler ve T dalga negatiflikleri görülebilir fakat kardiyak enzimlerde artış olmaz (15). Hastalar genelde sinüs ritmindedir ancak sinüs taşikardisi, ventriküler taşikardi gibi aritmiler de görülebilir (15).

Medikal tedavide hastaya aspirin, nitrat, beta blokörler ve kalsiyum kanal blokörleri verilir. Nitratlar kalbin oksijen ihtiyacını azaltır, koroner damarları genişleterek kan akımını arttırır. Kararsız anjında heparinin tedavide faydalı olduğu da yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (16).

Hastalarda kardiyak kataterizasyon tedavisi medikal tedaviye rağmen semptomlar devam ediyorsa, kardiyojenik şok, kararsız aritmiler gibi durumlar mevcutsa uygulanmalıdır (14,16).

Akut Miyokard Enfarktüsü: Miyokard enfarktüsü (MI) veya akut miyokard enfarktüsü (AMI), kalp krizini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. MI kalbe giden kan akımının bir kısmının durması ve oksijen desteğinin yetersizliği nedeniyle kalp kasının yaralanması durumunda ortaya çıkar. Kalbe kan akımı sağlayan koroner arterlerden biri dengesiz plak, beyaz kan hücresi, kolesterol ve yağ birikmesi nedeniyle tıkanmıştır. Eğer olay ciddileşirse buna akut miyokard enfarktüsü (AMI) denir. Bu tıkanıklık nedeniyle sol kola veya boynun sol tarafına yayılan göğüs ağrısı, nefes darlığı, terleme, bulantı, kusma, anormal kalp atışı gibi belirtiler görülür (17). Miyokard enfarktüsü tanısı konulmasında EKG çekilmesi ve kalpteki hasarı gösteren laboratuvar testlerinin istenmesi de gerekmektedir. EKG’de ST segmentlerinde elevasyon ya da ST depresyonu ve T negatifliği gibi iskemik değişikliklerle birlikte kardiyak biyokimyasal testlerde yükselme olması akut miyokard enfarktüsü tanısını koymamızı sağlar (18).

AMI tanısı konan ya da AMI şüphesi olan hastaların yönetiminde öncelikle hastanın hava yolu açıklığı sağlanmalı, solunum ve dolaşımı değerlendirilmeli, hastaya oksijen desteği verilmeli, damar yolu açılmalıdır. Hastaya 300 mg aspirin çiğneme tableti olarak verilmelidir (18). Hastanın ağrısının morfin gibi analjeziklerle giderilmesi hastanın rahatlamasını sağlar ve sempatik sistem aktivitesini düşürerek kalbin oksijen tüketimini ve malign aritmi riskini azaltır (19). ST elevasyonu olan MI’da hastalara klopidoğrel, prasugrel, tikagrelor gibi P2Y12 reseptör antagonistleri de verilmeli, heparin tedavisi de uygulanmalıdır. Hastalara en kısa sürede reperfüzyon tedavisi de uygulanmalıdır. Eğer hasta perkutan koroner girişim yapılacak bir merkeze

başvurduysa hemen koroner girişim yapılmalı, eğer koroner girişim yapılamayan bir hastaneye başvurduysa ve koroner girişim yapılan bir merkeze 120 dakika içerisinde nakledilebilecekse hasta hemen sevk edilmeli, 120 dakika içinde nakil edilemeyecekse ve fibrinolitik tedavi için kontrendikasyon oluşturabilecek bir durum yoksa 30 dakika içerisinde fibrinolitik verilmelidir (20).

Akut Perikardit: Göğüs ağrısı yapan kalple ilişkili bir diğer neden akut perikardittir. Akut perikardit, enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan sebeplerle kalbin etrafını saran perikard tabakasının iltihaplanmasıdır (21). Acil bir durum olmasa da MI ile sık karıştığı ve bazen tamponada ilerleyebildiği için önemlidir. Perikardit ağrısı uzanmakla artar öne eğilmekle azalır, antiinflamatuvar ilaçlara yanıt verir. Fizik muayenede perikardiyal sürtünme sesi en önemli bulgulardan birisidir (12). Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP gibi inflamatuvar belirteçler de artış da görülebilir. EKG’de yaygın ST elevasyonları ve PR çökmesi görülür. İlerleyen evrelerde T dalga negatiflikleri görülebilir. Ekokardiyografi de perikardit tanısı ve değerlendirilmesinde önemli rol oynar (22). Özellikle tamponad gelişimi, konstriktif perikardit ve perikariyal efüzyon gibi komplikasyonların gösterilmesinde EKO’dan yararlanılır (23).

Perikarditin tedavisinde ilk olarak kolşisin ve ibuprofen, naproksen, indometazin gibi nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar verilir. NSAİİ’lere karşı alerji, intolerans ya da kontrendikasyon durumlarında tedavide kortikosteroidler de kullanılabilir. Tekrarlayan ya da dirençli perikardit vakalarında anakinra, rilonacept gibi immünoterapi ilaçları da kullanılabilir (22).

Miyokardit: Kalbin miyokard tabakasının iltihaplanmasıdır. Miyokardit, inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu ile karakterizedir. Bu inflamatuvar hücre çeşitlerine göre miyokardit sınıflandırılabilir. Örneğin; viral enfeksiyonlar, ilaçlar, otoimmün hastalıklara bağlı gelişen miyokarditte lenfosit infiltrasyonu, paraziter enfeksiyonlar, aşırı duyarlılık reaksiyonları ile ilişkili miyokarditte eozinofil infiltrasyonu görülür.

Miyokarditte göğüs ağrısıyla beraber ateş görülür. Hastaların çoğunda C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı yükselir (24). Kalp enzimlerinde de yükselme olur (25). Hastalarda romatolojik hastalık taranması amacıyla çoğunlukla romatoid faktör ve anti-nükleer antikor da istenir. Eğer romatolojik hastalığı düşündürecek belirtiler varsa daha detaylı inceleme yapılabilir (26).

Tanıda EKG ve ekokardiyogram gibi görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılır. Bu tetkikler hem miyokardit tanısının konulması hem de diğer göğüs ağrısı nedenlerinin dışlanması açısından faydalıdır. EKG’de genellikle sinüs taşikardisi görülür fakat ST segment depresyonu, T dalga anormallikleri de görülebilmektedir. Ekokardiyogramla sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, tedavi yanıtı gibi parametreler değerlendirilir. Tanıda endomiyokardiyal biyopsi altın standart olsa rutin olarak kullanılmamaktadır.

Tedavide hastalara genellikle 6 ay kadar fiziksel aktivite kısıtlaması önerilir. Aritminin önlenmesi amacıyla beta blokörler, amiodaron gibi antiaritmik ilaçlar kullanılabilir. Hastalarda inflamasyona bağlı dilate kardiyomiyopati gelişebileceği için yakın klinik takip yapılmalıdır (11,26).

Kalp dışı nedenler;

Pulmoner Emboli: Pulmoner arterin pıhtı nedeniyle ani olarak tıkanmasıdır. En sık nedeni derin ven trombozudur. Endotel hasarı, venöz staz ve hiperkoagülasyon gibi durumlar DVT oluşuma neden olur. Oluşan bu trombüs olduğu yerden ayrılır, venöz sistem yoluyla pulmoner arteriyel dolaşıma katılır ve pulmoner arteri tıkar. İmmobilizasyon, uzun süreli uçak yolculukları, kanser, obezite, gebelik, oral kontraseptif kullanımı, cerrahi operasyon geçirme pulmoner emboli gelişimi açısından risk faktörlerindendir (27).

Hastalarda plöretik göğüs ağrısı, dispne, hemoptizi gibi semptomlar görülür. (28). Kan gazı, d-dimer ve göğüs röntgeninden tanı koyulurken yararlanılır (12). Bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi ise tanı koyma ve ayırıcı tanısı açısından altın standart görüntüleme yöntemidir (12).

Tedavide hastaların öncelikle klinik olarak stabil olması gerekir. Hipotansiyon ve şok durumlarında vazopressör tedavi uygulanır. Yeni pıhtı oluşumunu ve mevcut pıhtının genişlemesini önlemek amacıyla antikoagülan tedavi uygulanır. Antikoagülan tedavide heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin, trombolitikler kullanılabilir. İntrakraniyal kanama öyküsü, kanama diyatezi gibi trombolitik tedavi için kontrendikasyon oluşturan durumların varlığında perkütan kateter ile girişimsel tedavi uygulanabilir. Sağ kalpte trombüs varlığında, patent foramen ovalede paradoksal emboli görülmesi durumunda cerrahi embolektomi uygulanması düşünülmelidir (29).

Pnömotoraks: Plevral boşluğa hava girmesiyle oluşur (30). Ani başlayan şiddetli bir göğüs ağrısı ve dispne mevcuttur (12). Fizik muayenede juguler venöz dolgunluk, trakeal deviasyon ve aynı taraf solunum seslerinde azalma görülebilir. Pnömotoraks spontan ve travmaya bağlı olarak gelişebilir. Spontan pnömotoraks da primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer pnömotoraks altta yatan bir akciğer hastalığı olmayan kişilerde gelişen pnömorakstır. Sigara içmek, uzun boylu olmak risk faktörlerindendir. Akciğerin tabanından apeksine doğru plevral basınç azalır, apekte alveolar negatif basıncın daha fazla olması da bleb oluşumu arttırmaktadır. Bu yüzden uzun boylu olmak riski artırır. FLCN geni folliculin adlı proteinin yapımını sağlar ve folliculinin de akciğer onarımında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bu gendeki mutasyonlar da spontan pnömotoraks gelişmesine zemin hazırlar (31). Sekonder spontan pnömotoraksta ise altta yatan bir akciğer hastalığı vardır, en sık KOAH hastalarında gelişir. Göğüs bölgesine etki eden künt veya penetran travmalara bağlı olarak da pnömotoraks gelişebilmektedir (31). Pnömotoraks tanısı için çekilen akciğer grafisinde; akciğer parankimi küçülmüş olarak görülür ve parankim olması gereken yerde radyolüsen hava boşluğu vardır (32).

Tanı koyulduktan sonra tedavide pnömotoraks alanı %10-15'in altındaysa hastalar oksijen desteğiyle takip edilebilir. %15'ten daha büyük pnömotoraks alanı olan hastalarda iğne aspirasyonu uygulanabilir. Perkütan drenaj ve tüp torakostomi de diğer tedavi seçenekleridir. Nüks eden hastalarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır (33).

Aort Diseksiyonu: Yüksek tansiyon, aortun genişlemesi gibi sebeplere bağlı olarak aortun intima tabakası yırtılır. Bu yırtığa bağlı olarak aort duvarının katmanları arasına kan akışı olur ve aort duvarında yalancı bir lümen meydana gelir (34). Göğüs ağrısı genelde ani başlangıçlı ve şiddetlidir. Yırtılır tarzda sırt ve göğüs ağrısı mevcuttur. Marfan ve Ehler-Danlos Sendromları, biküspid aort kapağı, gebelik, hipertansiyon, vaskülitler, travma aort diseksiyonu için başlıca risk faktörleridir (32). Aort diseksiyonunun sınıflaması Stanford ve DeBakey sınıflama sistemlerine göre yapılır. Çıkan aort tutulumunun olup olmaması önemlidir. Manyetik rezonans görüntüleme kullanılan diğer bir tanı yöntemidir ama işlem süresi uzun olduğu için hemodinamik olarak stabil olmayan hastalara uygun değildir. EKO da aortun değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer tanı yöntemidir fakat en önemli dezavantajı diseksiyon flebine benzer artefaktların görülebilmesidir (32).

Tedavide aort duvarı gerilimi azaltılmalıdır. Bu yüzden aort diseksiyonu şüphesi olan tüm hastalara beta bloker başlanmalı ve kalp hızı 60 atım/dk'nın altına düşürülmelidir. Daha sonrasındakan basıncı düşürülmelidir. Çıkan aortun tutulduğu aort diseksiyonlarında cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Çıkan aort tutulumu olmayan Tip B diseksiyonlarda peruktan endovasküler aort onarımı yapılabilmektedir (35).

Aort diseksiyonu tanısını koyarken hastanın klinik bulguları sonrası görüntüleme yapılır. EKG akut koroner sendromun dışlanması için mutlaka çekilmelidir. Tomografi aort diseksiyonu tanısını koymada en sık tercih edilen görüntüleme yöntemidir (35).

Gastrointestinal Sistem Hastalıkları: Gastroözefagial reflü, peptik ülser gibi hastalıklar da göğüs ağrısı yapabilir (2). Alkol, bazı ilaçlar ve yiyeceklerle artan asit reflüsü ve buna bağlı gelişen özefagus irritasyonu yanıcı tarzda göğüs ağrısına sebep olabilir (2,32). Gastroözefagial reflü kalp dışı göğüs ağrısının en sık nedenlerindendir. Reflüye bağlı göğüs ağrısı birkaç dakika ya da birkaç saat sürebilir. Göğüs ağrısının miyokard enfarktüsü, aort diseksiyonu, pnömotoraks gibi acil müdahale gerektiren sebepleri dışlandıktan sonra gastrointestinal sebepler düşünülür. Ağrının proton pompa inhibitörlerine yanıt vermesi tanı koymayı kolaylaştırır (2). Şikayetleri reflüyle uyumlu olan ve alarm semptomları olmayan hastalarda ampirik proton pompa inhibitörleri tedavisi başlanabilir. Hastada disfaji, odinofaji, kilo kaybı gibi alarm semptomları mevcutsa endoskopiyle değerlendirme gerekmektedir. Reflü tedavisinin etkisiz kaldığı hastalarda en muhtemel sebeplerden biri de özefageal hiperestezidir. Bu hastalara trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri, teofilin ve trazadon ağrı modülatörü olarak verilebilmektedir (36).

Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları: Kostokondrit, miyalji ve yaralanmalar da acil olmayan göğüs ağrısı nedenlerindendir (37).

Psikiyatrik Hastalıklar: Anksiyete bozuklukları, panik bozukluk, depresyon, post travmatik stres bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik hastalıkta da göğüs ağrısı görülebilmektedir (38). Göğüs ağrısına neden olan organik bir sebeple başvuran hastalarda da anksiyete görülebilse de birinci basamak sağlık hizmetlerine göğüs ağrısıyla başvuran hastaların çoğunda ve acil servise başvuran hastaların üçte birinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Özellikle panik bozukluk hastalarının %70'inde göğüs ağrısı semptomu görülür ve bu hastalar sıklıkla bu şikâyetle hastanelere

başvurmaktadır. Detaylı bir anamnez ve fizik muayene sonrası görüntüleme yöntemleriyle de göğüs ağrısının diğer nedenleri dışlandıktan sonra hastaya tanı konulur. Hastalara tedavide psikoterapi ve farmakoterapi uygulanmaktadır (38).

2.1.4. Fizik muayene

Fizik muayenede öncelikle hastanın genel görünümüne bakılır. Hastanın huzursuz olması, hareket etmesi ve elleri ile göğsünü tutması akut koroner sendromu, dik pozisyonda daha rahat etmesi konjestif kalp yetmezliğini, öne doğru eğilir pozisyonda rahatlaması akut perikarditi düşündürür (39). Hastada Marfan sendromunu düşündürücek sendromik bir görünümle beraber göğüs ağrısının olması aort diseksiyonu olasılığını akla getirir (5).

Sonrasında hastanın nabzına bakılmalıdır. Normalde istirahat halinde nabız sayısı 60-80 arasındadır. Nabız sayısının dakikada 60'ın altında olmasına bradikardi, 100'ün üstünde olmasına taşikardi denir (39). Akut koroner sendromda sinüs taşikardisi ya da bradikardi görülebilir. Hastada nefes darlığı ve taşikardi olması pulmoner emboliyi de düşündürür (5).

Hastanın vücut ısısı ve tansiyonu da ölçülmelidir. Yüksek ateş pnömoni, perikardit gibi nedenleri akla getirir. Akut koroner sendrom, pulmoner emboli gibi durumların varlığında hastada hipotansiyon görülebilir (5).

Hastanın genel görünümü değerlendirilip vital bulgularına bakıldıktan sonra oskültasyona geçilir. Oskültasyona kalbin apeksinden başlanır ve triküspit, mezokardiak, aort ve pulmoner odaklar dinlenir. Her odakta öncelikle birinci ve ikinci kalp sesi dinlenip değerlendirilir, sonrasında ek seslerin ve üfürümlerin varlığı araştırılır (39).

Kalp seslerinin değerlendirilmesi

S1: Mitral ve triküspid kapakların kapanmasıyla oluşur. Ventriküler septal defekt (VSD), patent duktus arteriosus (PDA) ve diğer yüksek debili durumlarda, taşikardi gibi diastol süresini kısaltan durumlarda S1 daha sert duyulur (39).

S2: Aort ve pulmoner kapakların kapanmasıyla oluşur. Sistemik hipertansiyon, aort koarktasyonu gibi durumlarda ikinci kalp sesinin aortik komponenti daha sert olarak duyulur. S2'nin pulmoner komponentinin sertleşmesine neden olan en önemli faktör ise pulmoner hipertansiyondur (39).

S3: Erken diyastolde, ventrikülün hızlı doluş fazında duyulur. Sağlıklı gençlerde ve hamilelerde bazen duyulabilir ama 40 yaş üstündeki erkekler ve 50 yaş üstündeki kadınlarda duyulması patolojiktir. S3 ile taşikardinin birlikteliği ventriküler gallop olarak adlandırılır ve konjestif kalp yetmezliğinin en önemli dinleme bulgusudur (39).

S4: Diyastol sonunda atrial kontraksiyonla aktif olarak sol ventriküle atılan kanın ventrikül duvarına çarparak hala açık olan atrioventriküler kapakları titreştirmesiyle oluşur. S4'ün taşikardi ile birlikte olması atrial gallop olarak adlandırılır ve sol ventrikül diyastolik yetersizliğinin bir bulgusudur, hipertansiyon, aort darlığı, hipertrofik kardiyomiyopati ve koroner arter hastalığı gibi durumlarda görülebilir (39).

Üfürümler

Üfürümler türbülant akımın vasküler sistem duvarlarına çarparak oluşturduğu vibrasyonlara denir. Üfürümlerin oluşumunda esas olarak kanın kalp boşlukları ve büyük damarlardaki türbülansı etkilidir. Üfürümlerin şiddeti 1'den 6'ya kadar derecelendirilir. Duyuldukları zamana göre de sistolik, diyastolik, sistolo-diyastolik ve devamlı üfürümler olarak adlandırılırlar (40).

Aort ve pulmoner kapak darlığı, triküspit ve mitral kapak yetersizliği, ventriküler septal defekt sistolik üfürüm duyulan durumların bazılarındandır. Diyastolik üfürümler ise başlıca aort ve pulmoner kapak yetersizliği ya da atrioventriküler kapakların darlığıyla ilişkilidir.

Devamlı üfürümler sistolde başlarlar ve ikinci sesi örterek diyastolün tamamı ve bir kısmına yayılan üfürümlerdir. Patent duktus arteriosus, aort koarktasyonu, koroner arter fistülleri devamlı üfürümün duyulduğu durumların bazılarıdır (40).

Akciğer seslerinin değerlendirilmesi

Solunan havanın göğüs duvarı, trakea ve bronşlara çarpmasıyla oluşan türbülans ile duyduğumuz seslere solunum sesleri denir. Normal solunum sesleri yumuşak, müzikal olmayan nitelikte, sakın soluma esnasında inspiryum ve ekspiryumda duyulan seslerdir (41).

Solunum seslerinin normalden daha az veya daha şiddetli duyulması akciğer patolojilerine bağlı olabilir. Solunum sesleri obezler ve kas hipertofisi olanlarda daha az şiddette duyulurken, zayıf kişiler ve çocuklarda daha şiddetli duyulma eğilimindedir. Pnömotoraks, hidrotoraks, tümoral oluşumlar, solunum kas güçsüzlüğü

gibi durumlarda solunum seslerinin şiddeti azalır. Egzersiz, anemi, hiperpne, ateş varlığı gibi durumlarda ise solunum sesleri daha şiddetli duyulur (41).

Ek sesler

Sağlıklı bir insanın respiratuvar siklusunda duyulmayıp bronşial ya da parankimal bir hastalık varlığında duyulabilen sesler ek sesler olarak adlandırılır (41).

Stridor: Havanın daralmış larenks ve trakea gibi üst hava yollarından geçerken oluşturduğu türbülant akımın sesine stridor denir. Steteskop kullanılmadan da duyulabilir (41).

Wheezing: Hava akımının daralmış bronş duvarından hızla geçerken oluşturduğu titreşimlere denir. Isık sesine benzeyen tiz bir sestir. Steteskop kullanılmadan da duyulur (41).

Ronküs: İntraluminal sekresyonlara bağlı olarak havanın içinde sıvı olan havayollarından geçerken oluşturduğu vizingin düşük perdeli varyantıdır. Astım, kronik bronşit gibi durumlarda duyulur (41).

Ral: Çoğunlukla inspirasyonda duyulan, kısa ve patlayıcı seslerdir. Karda yürüme, çıtırtı sesi olarak tanımlanır. Bronkopnömoni, konjesif kalp yetmezliği, pulmoner ödem gibi durumlarda duyulabilir (41).

Plevral sürtünme sesi (plevra frotmanı): İnflamasyon olmuş paryetal ve visseral plevranın göğüs duvarında yaptığı vibrasyona bağlı oluşan patlayıcı sese denir. Plevral sıvının azalması ya da kaybolması nedeniyle yaprakların birbiri üzerinde sürtünmesine bağlı oluşur. Malign plevral hastalıklar, pulmoner emboli ve toraks travmaları gibi durumlarda duyulur (41).

2.1.5. Tanısal testler

Elektrokardiyografi (EKG): EKG, kalpte meydana gelen elektriksel faaliyetin kaydedilmesini sağlar. Mevcut kılavuzlar göğüs ağrısıyla gelen her hastanın 10 dakika içinde EKG'sinin çekilmesini önermektedir (42).

Göğüs ağrısıyla gelen bir hastada EKG'de genelde miyokard iskemisi bulgularının saptanması hedeflenir (12). Akut miyokard iskemisi, P dalgası, PR aralığı, QRS kompleksi, ST segmenti, T dalgaları gibi kalbin elektriksel aktivasyonunun tüm bileşenlerini etkileyebilir (43). Fakat akut miyokard enfarktüsünün en spesifik belirtisi EKG'de iskemik bölgeye bakan derivasyonlarda ST

segment yükselmesi (STE) ve anatomik olarak karşıt miyokard segmentlerine bakan derivasyonlarda ST segment depresyonu (STD)'dur (43).

Biyokimyasal Belirteçler: Göğüs ağrısıyla başvuran hastalarda kalpteki kas hasarını gösteren biyokimyasal belirteçlere bakılır. Miyogloblin, CK-MB, troponin I ve T en sık kullanılan belirteçlerdir. Miyogloblin MI sonrası 3 saat içinde artmaya başlar, en yüksek düzeyine 6-9 saatte ulaşır. 24 saatte normale döner. Miyogloblinin spesifitesi çok düşüktür, ilk 6 saat içinde MI'ı dışlamak için kullanılabilir. CK-MB koroner tıkanıklıktan 4-6 saat sonra yükselmeye başlar, en yüksek düzeye 12 saatte ulaşır. 3-4 günde normal seviyesine döner. CK-MB iskelet kası, barsaklar gibi birçok dokuda bulunabilir ve travma, sepsis, alkol kullanımı gibi birçok durumda yükselebilir. Bu yüzden total CK-MB yerine CK-MB'nin alt formları (CK-MB₂ ve CK-MB₂/CK-MB₁ oranı) akut miyokard enfarktüsü tanısında daha faydalı olabilir (32,44).

Kardiyak belirteçler arasında en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olan troponinlerdir. Kandaki troponin I ve T düzeyi 4-6 saatte yükselmeye başlar, 12 saatte en yüksek seviyeye ulaşır ve 3-10 gün yüksek kalır (32).

Göğüs Grafisi: Göğüs ağrısıyla gelen hastalara genellikle göğüs grafisi çekilir. Göğüs grafisi akut koroner sendromlar açısından genellikle tanısal değildir fakat iskemiye bağlı gelişen diyastolik veya sistolik işlev bozukluğunun sebep olduğu pulmoner ödeme gösterebilir (32).

Göğüs röntgeni daha çok aort diseksiyonu, kalp yetmezliğine bağlı gelişen pulmoner ödem, iskelet kırıkları, pnömoni, pnömotoraks gibi diğer göğüs ağrısı nedenlerinin tanısında faydalıdır (12,32).

Ekokardiyografi: EKO göğüs ağrısı olan hastalarda bölgesel duvar hareket bozukluğunun var olup olmadığının gösterilmesi bakımından önemlidir. Ekokardiyografinin akut MI'ın saptanmasında sensitivitesi yüksek, spesifitesi düşüktür. Ekokardiyografi ile kardiyak fonksiyonlar değerlendirilerek gidişat hakkında bilgi sahibi olunabilir, miyokard iskemisine bağlı gelişen komplikasyonlar tespit edilebilir. Ayrıca transözefageal ekokardiyografiyle birlikte transtorasik ekokardiyografi aracılığıyla mitral kapak prolapsusu, kalp kapak hastalıkları, perikardiyal efüzyon gibi diğer göğüs ağrısı yapan hastalıklar da saptanabilmektedir (12).

2.1.6. Tedavi

Tedavi göğüs ağrısının nedenine göre değişmektedir. Hastanın vital bulgularına bakılıp detaylı bir anamnez ve fizik muayene sonrası uygun görüntüleme yöntemleriyle tanı netleştirildikten sonra etiyolojiye yönelik tedavi verilir.

2.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete ya da kaygı, iç sıkıntısı, kötü bir şey olacaktıymış hissi şeklinde tariflenen bir duygudur. Latince boğulmak, sıkıkmak anlamına gelen “angor” kelimesinden türemiştir (45). Neredeyse bütün insanlar tarafından zaman zaman hissedilen bir duygudur ve temelinde yaşamın sürdürülmesi ve uyum sağlanması vardır. Kaygı sayesinde bilinmeyen ya da tehlike yaratan durumlardan sakınma, başa çıkmaya çalışma, karşı koyma ya da gereklilik halinde bu durumlardan kaçma gibi davranışlar meydana gelmektedir (46). Yani anksiyete kişinin olası bir tehdit varlığında gerekli önlemleri almasını sağlayan uyarıcı bir sinyaldir (47).

2.2.1. Tarihçe

Anksiyete ile ilgili bulunan ilk yazılı kanıt milattan üç bin yıl önce yazılan Gılgamış Destanı'nda yer almaktadır. Bu destanda ölüm ile ilgili kaygılardan bahsedilmektedir. Milattan önceki dönemlerde Cicero ve Seneca tarafından yazılan Stoacı felsefi yazılar da kaygının özellikleri ve tedavisiyle ilgili pek çok modern görüşe öncülük etmektedir. M.Ö. 45 yılında Cicero tarafından kızı Tullia'nın ölümü sonrası yazılan “Tusculanae Disputationes” da sıkıntı, endişe ve kaygı kavramları rahatsızlık olarak tanımlanmıştır ve “anxietas” kelimesiyle kaygılı olmaya meyilli olmak, “angor” kelimesiyle o anda hissedilen kaygıyı ifade ederek süreklilik ve durumluk kaygısının ayrımına da zemin hazırlamıştır (45). Seneca tarafından yazılan “De Tranquillitate Animi (Zihin dinginliği üzerine / Zihin huzuru üzerine)” adlı eserde de kaygıdan kurtulma yollarından bahsedilmiştir. Seneca, ölüm korkusunun kaygısız bir yaşamın önündeki temel engellerden biri olduğuna “Ölümden korkan kişi asla yaşayan bir insan gibi davranmaz” sözüyle değinmiştir (45).

1621'de Robert Burton tarafından yayımlanan “Melankolinin Anatomisi” adlı eser genelde depresyonun anlatımı olarak kabul edilse de kaygıya da değinmektedir. O zamanlardaki melankoli tanımı depresyonla beraber kaygıyı da kapsar. Burton üzüntü ve korkuyu birbirleriyle bağlantılı olarak ifade etmiştir (45).

19. yüzyılın ilk yarısına dek anksiyetenin fiziksel semptomları kalp, mide, bağırsak gibi organların ayrı hastalıkları olarak düşünülmüş ve ruhsal şikayetleri de melankolik durumla ilişkili olarak değerlendirilmiştir. 1847’de Feuchtersleben organik hastalıklar sebebiyle gelişen anksiyete semptomlarını gözlemlemiştir, 1866’da ise Morel otonom sinir sistemindeki değişikliklerin duygusal semptomlara neden olduğundan bahsetmiştir. (48). 1869’da George Miller Beard, “nevrazeni” terimini ortaya çıkarmış ve bu terimin tüm kaygı bozukluklarını kapsadığı kabul edilmiştir. 1894 yılında Freud anksiyetenin fiziksel ve ruhsal semptomlarını bir araya getirerek “anksiyete nevrozu” nu tanımlamış ve nevrazeniden ayırmıştır (48). Freud anksiyete ile ilgili iki teori öne sürmüştür. İlk teorisinde anksiyeteyi cinsel doyumsuzluk ve libidonun bastırılmasıyla ilişkilendirmiştir. İkinci teorisinde ise anksiyeteyi tehlikeye karşı gösterilen bir tepki olarak tanımlamıştır. İlk teorisinde savunduğu bastırılmanın kaygı yarattığı düşüncesi yerine kaygıların bastırmaya sebep olduğunu söylemiştir. Anksiyeteyi gerçeklik, nevrotik ve ahlaki olarak üç gruba ayırmıştır. Gerçeklik anksiyetesinde bilinen bir tehlikeye karşı gösterilen bir tepki söz konusudur. Nevrotik anksiyetede daha çok bilinçaltındaki bastırılmış dürtüler sebebiyle oluşan kaygılardır. Ahlaki kaygı ise kişinin kendi değer yargılarına ters düşen davranışlar sonucunda suçluluk, utanç, vicdan azabı gibi duygular hissetmesiyle gelişen kaygıdır (49).

Freud’un öğrencisi olan Melanie Klein anksiyetenin gelişimdeki rol oynayan esas faktörün çocuğun yaşadığı ortam ve kişilerle kurduğu ilişkiler olduğundan bahsetmiştir. Bir bebeğin dış dünyayı parçalar halinde algıladığı ve bu parçaları iyi ve kötü kısmi nesneler olarak ayırdığını savunmuştur. Bu bağlamda bebek için ilk kısmi nesne annesinin memesidir. Meme ile bağlantılı olarak anne ile bebek arasındaki ilişkiyi dönemlere ayırmış ve bebeğin içsel çatışmalarından, dürtülerinden, kaygı ile baş etme yöntemlerinden söz etmiştir (46,50).

John Bowlby ise daha çok “ayrılık” konusu üzerinde durmuştur. Bowlby bireyin erişkinlik döneminde ruhsal anlamda sağlıklı olmasının bebeklik döneminden itibaren anneye güvenli bir bağ kurmasıyla ilişkili olduğunu savunmuştur. Anneye güvenli bağ kuramayan bireylerin ilerleyen dönemlerde ayrılık anksiyetesi ve başka ruhsal sorunlar yaşayabileceğinden bahsetmiştir (46,51).

2.2.2. Korku ve kaygı

Benzer terimler olsalar da korku ve kaygı birbirlerinden farklı iki kavramdır. Korku, gerçek veya algılanan bir tehdide karşı verilen duygusal tepkidir; kaygı ise gelecekteki olası tehditlerin beklentisidir. Korkuda tehlike nesneldir, kaygıda ise öznel bir tehlike söz konusudur. Korku daha çok savaşmak ya da kaçmak için gerekli olan otonomik uyarılma dalgalanmaları, acil tehlike düşünceleri ve kaçış davranışlarıyla ilişkili iken, kaygı ise daha çok kas gerginliği ve gelecekteki tehlikeye karşı uyanıklık, temkinli olma ve kaçınma davranışlarıyla ilişkilidir.

2.2.3. Anksiyete belirtileri

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde bilişsel, fizyolojik ve davranışsal pek çok belirti görülür. Yapılan işe konsantre olmakta güçlük çekmek, hafıza problemleri, yineleyen ve kontrol edilemeyen olumsuz düşünceler gibi bilişsel semptomlar görülür. Kişi aklını yitireceği ya da kontrolü kaybedeceğiyle ilgili endişe duyabilmektedir. Bu kişilerde kaygı yaratan durum ya da ortamlardan kaçınma davranışı da görülebilmektedir. Çarpıntı, bayılacak gibi hissetme, nefes darlığı, göğüs ağrısı, kas gerginlikleri, sık sık idrara çıkma, terleme gibi semptomlar da anksiyete görülebilen fiziksel belirtilerdendir (46,52).

2.2.4. Anksiyetenin gelişimi

Kaygı bozuklukları genellikle çocukluk çağında gelişir ve tedavi edilmezlerse devam etme eğilimindedirler. Kızlarda erkeklerden daha sık görülürler. Geç ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerini kapsayan 15-25 yaş arasındaki kişilerde anksiyete bozukluğu prevalansı %20-30 arasında değişmektedir. Yetişkin bireylerde ise her yıl nüfusun %10-14'ü anksiyete bozukluğu DSM-V kriterlerini karşılamaktadır (53,54). Anksiyetenin gelişimi pek çok faktöre bağlı olabilir. Bireyin çocukluk çağındaki travmatik olaylar özellikle de erken dönemde kayıp veya ayrılık durumlarının yaşanması kişide tehlikede olma inancı yaratabilir ve bu durum yetişkinlik döneminde de benzer şekilde stres yaratan durumlarla karşılaştığında anksiyete gelişimine neden olabilir. Ebeveynlerin sevgi ve ilgi yetersizliği, aşırı korumacı tutumları da anksiyete gelişimini tetikleyebilmektedir. Ailede anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin olması da riski arttıran faktörlerdendir. Bazı tıbbi durumlar ve madde kullanımı da anksiyete gelişimine neden olabilmektedir. Hipertiroidi ve bazı endokrin sistem hastalıkları,

aritmiler ve diğer kardiyovasküler sistem hastalıkları, amfetamin ve kokain gibi maddelerin aşırı dozda kullanımı gibi durumlar da anksiyeteye yol açabilmektedir (55).

Anksiyete bozuklukları korkuyu, kaygıyı ve kaçınma davranışını tetikleyen nesne veya durumlar ve bu tetikleyicilerin kavranması açısından farklılık gösterir. Bu yüzden anksiyete bozuklukları çoğunlukla birbirleriyle eş tanıli olma eğiliminde olsalar da korkulan veya kaçınılan durum türlerinin ve ilişkili düşüncelerin yakından incelenmesiyle ayırt edilebilirler (45).

2.2.5. Ayrılma kaygısı bozukluğu

Ayrılık kaygı bozukluğunda evden ya da bağlı olduğu figürlerden ayrılmaya dair aşırı bir kaygı duyma mevcuttur. Bu bozukluk daha çok çocukluk çağında görülür ama yetişkinlerde de görülebilmektedir (54,56).

Bu kaygı bozukluğuna sahip olan kişiler bağlanma figürlerinden ayrı kaldıklarında sosyal geri çekilme, üzüntü, yapılan işe konsantre olmakta zorluk yaşama gibi belirtiler gösterebilirler. Ayrılma kaygısı olan bazı kişiler evden uzakta olduklarında son derece rahatsız hissederler. Çocuklarda bu durum okula gitmeyi reddetme, okul başarısında düşme gibi durumlara yol açabilmektedir (54).

Ayrılık kaygısı bozukluğunun başlangıcı okul öncesi dönemde olabileceği gibi çocukluk ya da ergenlik çağının herhangi bir döneminde de olabilir. Belirtiler yaşa göre değişmektedir. Küçük çocuklarda okula gitmekte isteksizlik gibi belirtiler görülürken yetişkinlikte ise yaşam koşullarındaki değişikliklerle (taşınmak, evlenmek, üniversiteye gitmek için aile evinden ayrılmak gibi) başa çıkmakta zorluk yaşanır (54).

Bu kaygı bozukluğunun gelişmesinde kişilerarası bağlanma çeşidinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bağlanma teorisinin geliştiricisi John Bowlby, bebeğin kendisine bakım veren kişiyle yakınlık kurmak ve bunu sürdürmek için gösterdiği her tür davranışı bağlanma davranışı olarak tanımlar. Bu davranışla bebek kendini güvende hissetmeyi ve tehlikelerden korunmayı amaçlar. Bakım veren bebeğin bu davranışlarına karşı duyarlı olduğunda aralarında güvenli bir bağ gelişir ve bebek anneyi ya da bakım veren kişiyi güvenli bir üs olarak algılar ve bu şekilde başkalarına da güvenebilmeyi öğrenmiş olur. Bu süreçte bir aksaklık gerçekleştiğinde ise güvenli bağlanma gerçekleşmez ve bu durum hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde kaygı gelişiminde etkili olabilir (56).

Ayrılma kaygısı bozukluğu stres yaratan bir durumdan, özellikle de bir kayıptan sonra gelişir. Bu durumlara bir akrabanın ya da evcil hayvanın ölümü, okul değişikliği, ebeveynlerin boşanması ya da yeni bir mahalleye taşınma örnek olarak verilebilir. Çocukluk çağında zorbalığa maruz kalmak da bu kaygı bozukluğunun gelişimi açısından bir risk faktörüdür. Ebeveynlerin aşırı korumacı ve müdahaleci olması da bu kaygı bozukluğunun gelişimiyle ilişkili olabilmektedir. Ayrıca ayrılık kaygısı bozukluğu gelişimin genetik faktörlerle de ilişkisi olduğu görülmüştür (54).

Ayrılık kaygı bozukluğu tanısı DSM-5 kriterlerine göre koyulmaktadır (54):

“A- Aşağıdakilerden en az üçünün olması, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla bağlantılı olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde korku ya da kaygı hissetmesi

1- Evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma durumunda tekrarlayan aşırı tasalanma

2- Bağlandığı kişileri kaybetme veya onların zarar görmesine neden olabilecek hastalık, yaralanma, felaket veya ölüm gibi durumlar konusunda sürekli ve aşırı endişe duyma.

3- Bağlandığı başlıca kişilerden ayrılmasına neden olabilecek kaybolma, kaçırılma, ciddi bir kaza geçirme gibi istenmeyen bir durumla karşılaşacağına dair sürekli ve aşırı endişe hissetme

4- Ayrılma kaygısından ötürü okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkma, evden uzaklaşma konusunda isteksizlik yaşamak

5- Sürekli olarak evde ya da diğer ortamlarda yalnız kalmaktan ya da bağlandığı kişilerden yoksun kalmaktan aşırı derecede kaygı duyma

6- Evden uzakta uyumak ya da bağlandığı kişi yanında değilken uyumak konusunda sürekli kaygı ve isteksizlik hissetmek

7- Ayrılık temasını içeren tekrarlayıcı kabuslar görmek

8- Bağlandığı kişiden ayrıldığında ya da ayrılması gereken durumlarda baş ağrısı, karın ağrısı, mide bulantısı gibi fiziksel belirtilerin olması

B- Bu korku, kaygı ya da kaçınma davranışı süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az 4 hafta, yetişkinlerde ise genellikle 6 ay ya da daha fazla sürer.

C- Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da akademik, sosyal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olur.

D- .Bu bozukluk, otizm spekturum bozukluğunda görülen aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikotik bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorofobide görülen güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın anksiyе bozukluğunda önem verdiği diğеr kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü endişelenme ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığın olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.”

2.2.6. Seçici konuşmazlık (Selektif mutizm)

Seçici konuşmazlığı olan çocuklar sosyal ortamlarda başka kişilerle karşılaştıklarında konuşmayı başlatmazlar veya başkalarının konuşmalarına katılım göstermezler. Bu konuşma eksikliği sosyal ortamlarda ortaya çıkar. Selektif mutizimli çocuklar evlerinde aile bireylerinin yanında konuşabilirler ama kuzen, büyükanne, büyükbaba gibi daha uzak akrabaların önünde bile konuşmakta zorluk çekerler. Bu çocuklar genellikle okul ortamında konuşmayı reddederler ve bu durum eğitim alanında zorluklara yol açar (54).

Selektif mutizmin gelişimi genellikle 5 yaşından öncedir ama bu durum çocuğun sosyal etkileşiminin arttığı okula başlama döneminden önce çok fark edilmeyebilir. Selektif mutizmin etiolojisinde ebeveynlerin aşırı korumacı olması, anne-babanın da utangaç yapıda olması, sosyal izolasyon, genetik faktörler gibi nedenler bulunmaktadır. Tanı kriterleri (54):

“Başka ortamlarda konuşmasına rağmen konuşma beklentisinin olduğu belirli sosyal ortamlarda konuşma başarısızlığı

Bu bozukluğun eğitimsel başarıyı ve sosyal iletişimi etkilemesi

Rahatsızlığın en az 1 ay bulunması (okulun ilk ayı ile sınırlı değildir).

Konuşmadaki başarısızlık, konuşulan dilin bilinmesiyle ilgili bir eksikliğe ya da kendisini bu dilde rahat hissetmemesine bağlanamaz.

Bu bozukluk diğеr iletişim konuşma bozukluklarıyla daha iyi açıklanamaz veya otizm spekturum bozukluğu, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkmaz.”

2.2.7. Özgül fobi

Özgül fobi, bir nesne ya da duruma karşı tekrarlayan, mantıksız ve aşırı korku veya kaygıyla karakterize bir anksiyete bozukluğudur (47). Bu bozukluğun önemli bir özelliği kaygının belirli bir durum veya nesnenin varlığıyla sınırlı olmasıdır. Özgül fobisi olan kişiler kaygı yaratan nesne ya da duruma maruz kaldıklarında fizyolojik uyarılmada artış yaşarlar. Bu da sempatik sistemin uyarılması ya da kan basıncının yükselmesi, ardından kalp atış hızının yavaşlaması ve kan basıncının düşmesiyle gelişen vazovagal senkop şeklinde olabilir (54).

Özgül fobi bir hayvanın saldırısına uğramak ya da asansörde mahsur kalmak gibi travmatik bir olay sonrası ya da başkalarının yaşadığı travmatik bir olayın gözlenmesi, korkulacak bir durumda beklenmedik bir panik atak yaşanması nedeniyle gelişebilir. Ancak bu bozukluğa sahip kişilerin çoğu fobilerinin başlangıcının temel nedenini hatırlayamamaktadır. Özgül fobi genellikle erken çocukluk döneminde, vakaların çoğunda 10 yaşından önce gelişmektedir. Fakat travmatik deneyimlere bağlı olarak her yaşta gelişebilmektedir (54).

Özgül fobinin hayvan fobisi, kan ve yaralanma fobisi, gökgürültüsü, fırtına gibi doğal çevre ile ilişkili fobiler, uçak, kapalı alan gibi durumsal fobiler gibi pek çok çeşidi vardır. Tanı kriterleri (54):

“Belirli bir nesne ya da durumla ilgili (örneğin yükseklik, hayvanlar, enjeksiyon yaptırmak, kan görmek) korku ya da kaygı duymak.

Fobik nesne ya da durum neredeyse her zaman korku ya da kaygıya neden olur.

Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı duyularak katlanılır.

Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeyle orantısızdır.

Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli ve genellikle 6 ay ya da daha uzun sürer.

Korku, kaygı ya da kaçınma klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya sebep olur.

Bu bozukluk başka bir zihinsel bozukluğun semptomlarıyla daha iyi açıklanamaz.”

2.2.8. Sosyal anksiyete bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu, topluluk içinde konuşmak, sözlü sunumlar yapmak, sosyal ortamlarda bulunmak gibi durumlardan ve başkaları tarafından eleştirilmekten yoğun şekilde kaygı duymak olarak tanımlanabilir. Kişi başkaları tarafından endişeli, sıkıcı, yetersiz olarak değerlendirilebileceğinden endişe duyar. Yaşam boyu görülme sıklığı %3-13'tür (47).

Sosyal anksiyetesi olan kişiler utangaç ya da içine kapanık olabilirler. Konuşurken göz teması kurmaktan kaçınırlar veya aşırı yumuşak bir sesle konuşabilirler. Başkalarıyla beraber yemek yerken ellerinin titremesi, terleme, kızarma, yemeği dökme gibi konularda endişe duyarlar. Bu kişilerde daha az yakın arkadaş edinme, yakın ilişkiler kurmak ve evlenmekten kaçınma, bir işte çalışmamama gibi durumlar görülebilmektedir. Bu da bireylerin hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir (57).

Çocuklukta kötü muamele ve travmaya maruz kalma, ailede sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin olması, baskıcı ve aşırı korumacı ebeveynlere sahip olma, içedönük ve utangaç kişilik yapısı sosyal anksiyete gelişimi açısından risk faktörlerindendir. Tanı kriterleri (54):

“Bireyin başkaları tarafından değerlendirilebileceği bir ya da birden fazla sosyal durumda (örneğin sohbet etmek, yeni insanlarla tanışmak, başkalarının önünde konuşma yapmak) belirgin korku ya da kaygı duyması.

Not: Çocuklarda kaygı yalnızca yetişkinlerle etkileşim esnasında değil, akran ortamlarında da ortaya çıkmalıdır.

Kişi olumsuz olarak değerlendirilebilecek şekilde davranmaktan (küçük düşeceği ve utanç duyacağı davranışlar sergilemekten) veya kaygı belirtileri göstermekten korkar.

Söz konusu sosyal durumlar neredeyse her zaman korku ya da kaygıya neden olur.

Söz konusu sosyal durumlardan kaçınma ya da yoğun kaygı ile bu durumlara katlanma davranışı görülür.

Hissedilen korku ya da kaygı sosyal durumun ve sosyokültürel bağlamın oluşturduğu gerçek tehditle orantısızdır.

Korku, kaygı ya da kaçınma davranışı süreklilik gösterir ve 6 ay ya da daha uzun sürer.

Korku, kaygı ya da kaçınma davranışı klinik olarak belirgin bir sıkıntıya yol açar ya da kişinin sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olur.

Korku, kaygı ya da kaçınma davranışı bir maddenin veya ilacın kötüye kullanımına ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Korku, kaygı veya kaçınma davranışı panik bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu veya otizm spektrum bozukluğu gibi başka bir psikiyatrik hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Kişinin Parkinson hastalığı, obezite, yanık ya da yaralanmalara bağlı gelişen şekil bozukluğu gibi başka bir tıbbi durumu mevcutsa korku, kaygı yada kaçınma davranışı açıkça bu durumla ilgisizdir ya da aşırı düzeydedir.”

2.2.9. Panik bozukluk

Panik bozukluk; nefes darlığı, sık nefes alıp verme, çarpıntı, baş dönmesi, çıldıracağı ya da öleceğiyle ilgili kaygı duyma gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin görüldüğü, tekrarlayan ve beklenmedik panik ataklarla karakterize bir bozukluktur. Atak esnasında kişide soluk alma güçlüğü, boğuluyormuş gibi hissetme, baygınlık hissi, göğüs ağrısı, uyuşma, karıncalanma gibi belirtilerin ortaya çıkması kişide çok kötü ve ciddi bir durumda olduğu algısı yaratır. Ataklar genelde 10-15 dakika içinde azalır ama daha uzun da sürebilir (58).

Panik bozuklukta görülen panik atakların ayırt edici özelliği bir sebep olmaksızın, kendiliğinden ve beklenmedik biçimde ortaya çıkmasıdır. Panik atakların ortaya çıkışındaki bu belirsizlik hastalarda bir sonraki panik atağın ne zaman olacağıyla alakalı bir kaygı yaratmaktadır. Bu durum da beklenti anksiyetesi şeklinde tanımlanır (56).Panik atakla ilgili gelişen beklenti anksiyetesi hastalarda kaçınma davranışlarına neden olur. Atak esnasında yardım alabilecek şekilde günlük yaşamı düzenleme, evden dışarı çıkmaktan ve toplu taşıma kullanmaktan kaçınma gibi davranışsal değişiklikler görülebilir (54).

Panik bozukluğun yaşam boyu gelişme riski yapılan araştırmalara göre %2,7 olarak tahmin edilmektedir. Hastalık geçirmek, sevilen birinin ölümü gibi stres yaratan durumlar, ebeveynlerin aşırı korumacı olması, sigara içmek, ebeveynlerde anksiyete, depresyon veya bipolar bozukluk olması gibi durumlar panik bozukluk gelişimi için risk faktörlerindendir. Panik bozukluk kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha sık görülmektedir. Panik bozukluk tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre konulmaktadır. Tanı kriterleri (54):

“Tekrarlayan beklenmedik panik ataklar. Panik atak dakikalar içinde en üst seviyeye ulaşan, yoğun bir korkunun veya yoğun bir rahatsızlık hissinin aniden ortaya çıkması ve bu süreçte aşağıdaki belirtilerden dört veya daha fazlasının görülmesidir:

Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması

Terleme

Titreme

Nefesin daralması

Boğuluyormuş gibi hissetme

Göğüs ağrısı, rahatsızlık

Bulantı veya karın ağrısı

Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi hissetme

Üşüme ya da ateş basması

Uyuşma ve karıncalanma hissi

Gerçek dışı hissetme, kendinden kopma hali

Kontrolü kaybetme, delirme korkusu

Ölüm korkusu

Ataklardan en az birinin ardından 1 ay veya daha uzun süre aşağıdakilerden birinin veya her ikisinin gelmesi:

Başka panik atakların yaşanacağı ya da panik atakların olası sonuçlarıyla (kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili sürekli olarak kaygılanmak.

Ataklarla ilişkili davranışta belirgin, uyumsuz bir değişiklik gösterme (örneğin egzersizden veya alışılmadık durumlardan panik atak geçirmemek amacıyla kaçınmak)

Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) belirtilerine bağlanamaz.

Bu bozukluk başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.”

Panik bozukluk genellikle başka bir psikopatolojiyle beraber görülür. Diğer anksiyete bozuklukları özellikle de agorafobi, depresyon, bipolar bozukluk, hafif alkol kullanım bozukluğu gibi rahatsızlıkları olan kişilerde panik bozukluk görülme oranı daha yüksektir (54).

2.2.10. Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın kaygı bozukluğunda neredeyse her gün birçok olay ve etkinlik hakkında aşırı derecede endişe duyma söz konusudur (47). Kaygının yoğunluğu, süresi veya sıklığı olayın gerçekleşme ihtimaliyle orantısızdır. Kişi kaygıyı kontrol etmekte zorluk yaşar. Bu bozukluğa sahip kişiler yaşam koşulları, kendilerinin ve sevdiklerinin sağlığı, parasal konular, iş ile ilgili sorumluluklar, günlük hayatta yaşanabilecek talihsizlikler gibi konularda sıklıkla endişe duyarlar.

Kaygı her insanın belli zamanlarda hissettiği bir duygudur. Yaygın anksiyete bozukluğu ve normal anksiyete arasındaki önemli bir fark yaygın anksiyete bozukluğundaki kaygı seviyesinin aşırı olması ve kişinin işlevselliği önemli ölçüde etkilemesidir. Oysa günlük yaşamdaki kaygılar aşırı değildir ve daha yönetilebilir seviyedir, işlevsellikte bozulmaya sebep olmazlar (54).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde kas gerginliğine bağlı titreme, kas ağrıları, terleme, mide bulantısı gibi semptomlar görülebilir. Panik bozukluğuna göre daha az sıklıkta görülse de çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi gibi belirtiler de eşlik edebilir (54).

Çocukluk çağı travmaları, aşırı korumacı ebeveynlere sahip olma, genetik faktörler yaygın anksiyete gelişimi için risk faktörlerindendir. Yaygın anksiyetesi olan kişilerde diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon görülme olasılığı da artmıştır. Tanı kriterleri (54):

“En az 6 ay boyunca her gün ortaya çıkan, bir dizi olay veya etkinlik (iş veya okul performansı gibi) hakkında aşırı kaygı duyma.

Kişi bu endişeyi kontrol etmekte zorlanır.

Anksiyete ve kaygı, aşağıdaki altı semptomdan üçü (veya daha fazlası) ile ilişkilidir ve en azından bazı semptomlar son 6 aydan daha uzun süredir mevcuttur:

-Huzursuzluk veya gergin hissetme

-Kolay yorulma

-Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması

-İrritabilite (sinirlilik)

-Kas gerginliği

-Uyku sorunları (uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük, tatmin edici olmayan uyku)

Anksiyete, endişe ya da fiziksel semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Bu bozukluk bir maddenin kullanımına veya başka bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.”

2.2.11. Madde/İlaç ile ilişkili anksiyete bozukluğu

Bir maddenin ya da ilacın etkisiyle anksiyete semptomları ortaya çıkar. Alkol, kafein, esrar, kokain gibi uyarıcı maddeler, halüsinojenler anksiyete ve panik atak semptomlarına neden olabilen maddelerdendir. Anestezikler, analjezikler, semptomimetikler, insülin, antikolinerjikler, oral kontraseptifler, antihistaminikler, antiparkinson ilaçları, kortikosteroidler, antihipertansif ve kardiyovasküler ilaçlar, antikonvülsanlar, lityum karbonat, antipsikotik ilaçlar ve antidepresanlar da anksiyeteye sebep olabilen ilaçlardır (54).

Tanı koymak için hastada anksiyete ya da panik ataklar görülmeli, bu belirtiler madde kullanımı esnasında ya da madde kullanımının bırakılmasını takiben 1 ay içerisinde ortaya çıkmış olmalıdır (47).

2.2.12. Anksiyete bozukluklarına eşlik eden hastalıklar

Anksiyete bozukluklarına eşlik eden başka hastalıklar da olabilmektedir. Anksiyetesi olan hastalarda komorbid olarak en sık başka bir anksiyete bozukluğu görülür. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklarda ilerleyen süreçte panik bozukluğun ortaya çıkma sıklığının ayrılık kaygısı olmayan çocuklara göre 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte anormal seviyedeki kaygı anksiyete bozuklukları dışındaki pek çok ruhsal ve bedensel hastalıkta da görülebilmektedir. Eşlik eden en sık psikiyatrik hastalık majör depresyondur. Anksiyete bozukluğu olan bireylerin yarısı ila üçte ikisine depresyon da eşlik etmektedir. Anksiyete ve depresyon gelişimleri açısından benzer sosyal, genetik, psikolojik ve nörobiyolojik risk faktörlerine sahiptirler. Anksiyete bozuklukları aynı zamanda bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğuyla beraber de görülebilmektedir.

Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi çeşitli somatik hastalıkları olan kişilerde de anksiyete görülme riski daha fazladır. Bu kişilerdeki anksiyete varlığı hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple bedensel hastalıkları olan hastalarda anksiyete bozukluğu eş tanısının konulması ve tedavi edilmesi önem arz etmektedir (53,54,60).

2.2.13. Tedavi

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi uygulanmaktadır. Tedavide hem farmakoterapi hem de psikoterapi etkili olarak bulunmuştur. Yöntemler ayrı ayrı ya da kombine olarak uygulanabilmektedir. Psikoterapide en sık tercih edilen yöntem bilişsel davranışçı terapidir. Bu yöntemle kişinin ruh sağlığını kötü yönde etkileyen ve kaygı yaşamasına neden olan olumsuz düşüncelerin temelsiz olduğunun anlaşılması sağlanmaya çalışılmaktadır. Kaygı yaratan duruma aşamalı olarak maruz bırakılarak kaçınma davranışının da önüne geçilmeye çalışılır. Özellikle özgül fobide bu yöntem çok sık kullanılmaktadır ve

kişinin korktuğu hayvan veya nesneye aşamalı bir şekilde maruz bırakılarak yaşadığı kaygının azaltılması amaçlanmaktadır (61).

Farmakoterapide en sık kullanılan ilaçlar SSRI ve SNRI'lardır. Etkileri genellikle 2-3 hafta sonra başlar. Ayrıca trisiklik antidepresanlar ve monoaminoksidaz inhibitörleri de kullanılabilir. Panik bozuklukta ilaçlardan fayda görülmesi halinde tedaviye 8-12 ay, yaygın anksiyete bozukluğunda 6-12 ay devam edilmelidir. Benzodiazepinler de anksiyolitik etkili ilaçlardır fakat ciddi yan etkileri vardır ve bağımlılık yapma potansiyelleri yüksektir. Bu sebeple akut tedavide ve kısa süreli olarak kullanılırlar (47,53,60).



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırmamız kesitsel ve prospektif tipte planlanmıştır. Çalışmamızın evrenini Dicle Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniği'ne göğüs ağrısıyla başvuran 18-65 yaş arası kişiler (vaka grubu) ve herhangi bir nedenle Dicle Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran aynı yaş, cinsiyet ve eğitimdeki kişiler (kontrol grubu) oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Ulaşılmayı gereken örneklem sayısı %95 güven aralığı, orta etki büyüklüğü ve %95 güç göz önüne alınarak tip 2 hata 0.05 ve hipotezler çift yönlü olduğunda G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak 210 (105 vaka ve 105 kontrol olmak üzere) olarak hesaplanmıştır. Çalışma verileri yüz-yüze görüşme şekliyle toplanmıştır.

Çalışmanın vaka grubu dahil edilme kriterleri;

1-Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

2-Kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısıyla başvurma

3-Soruları okuyup anlamasına engel olacak mental ve psikiyatrik bir sorununun bulunmaması

4-18-65 yaş aralığında bulunma

5-Tanı almış psikiyatrik bir hastalığının (yaygın anksiyete bozukluğu gibi) olmaması

6-Yaşam kalitesini etkileyebilecek veya anksiyete yaratacak kadar ciddi başka bir kronik hastalığının (kronik böbrek, karaciğer hastalığı vs.) olmaması

Çalışmanın kontrol grubu dahil edilme kriterleri;

1-Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

2-Aile hekimliği polikliniğine göğüs ağrısı ve ciddi bir kronik hastalık dışında başka herhangi bir nedenle başvurmuş olma

3-Soruları okuyup anlamasına engel olacak mental ve psikiyatrik bir sorununun bulunmaması

4-18-65 yaş aralığında bulunma, vaka grubu ile aynı yaş, eğitim ve cinsiyette olma

5-Göğüs ağrısı şikayetinin olmaması

6-Yaşam kalitesini etkileyebilecek veya anksiyete yaratacak kadar ciddi başka bir kronik hastalığının (kronik böbrek, karaciğer hastalığı vs.) olmaması olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.05.2024 tarih ve 166 no ile alınmış olup çalışmaya etik kurul onayı alındıktan sonra başlanmıştır.

3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli

Etik kurul onayının ardından Dicle Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniği'ne göğüs ağrısıyla başvuran 18-65 yaş arası kişiler çalışma hakkında bilgi verilip onayları alınmıştır. Daha sonra da katılımcılardan sosyodemografik veri formu, Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği'ni (STAI) içeren anketleri doldurmaları istenmiştir. Bu formda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, boyu, vücut ağırlığı, göğüs ağrısının süresi, sıklığı, niteliği, lokalizasyonu, yayılımı, eforla, solunumla ve yemekle ilişkisi, ağrı düzeyi, eşlik eden diğer semptomlar (çarpıntı, nefes darlığı, senkop, ateş, öksürük, halsizlik, eklem ağrısı, stres) , öz geçmişi ve aile öyküsü sorgulanmıştır. Hastalardan ek tetkik istenmemiş olup kardiyoloji polikliniğinde rutin olarak bakılan kan basıncı, fizik muayene bulguları, elektrokardiyografi ve ekokardiyografi verileri, laboratuvar kan tetkikleri, kardiyak enzimler hekim tarafından not alınarak değerlendirilmiştir.

Göğüs ağrısının düzeyini belirlemek amacıyla Sayısal Değerlendirme Ölçeği (SDÖ) kullanılmıştır. SDÖ'de hastalardan göğüs ağrılarını 1'den 10'a kadar, en az 1 en fazla 10 olacak şekilde kendilerine verilmiş olan veri formu üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. SDÖ Becker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup geçerli, güvenilir ve sensitif olduğu rapor edilmiştir (62). Vaka grubu verileri elde edildikten sonra vaka grubuyla aynı yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesine sahip olan ve Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne göğüs ağrısından başka bir şikâyetle başvuran kişilerden sosyodemografik veri formu ve Sürekli Durumluk Kaygı Ölçeği'ni (STAI) içeren anketleri doldurması istenmiştir. Sosyodemografik veri formunda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, boyu, vücut ağırlığı, çarpıntı, nefes darlığı, senkop, ateş, öksürük, halsizlik, eklem ağrısı, stres gibi semptomların mevcut olup olmadığı ve özgeçmişleri sorgulanmıştır.

Anketler yüz yüze, araştırmacının gözetiminde uygulanmıştır ve verilerin toplanması 01.06.2024-31.08.2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri - STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

Anksiyete seviyesinin belirlenmesi amacıyla Taylor Manifest Kaygı Ölçeği (TMAS), Yetişkinlerde Açık Kaygı Ölçeği (AMAS) gibi pek çok kaygı ölçeği geliştirilmiştir. 1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından normal ve normal olmayan kişilerdeki süreklilik ve durumluluk kaygı düzeyinin belirlenmesi amacıyla bir kaygı envanteri geliştirilmeye başlanmıştır. Bu ölçeğin maddelerin hazırlanırken Cattel ve Scheier'in Kaygı Ölçeği, Taylor Manifest Kaygı Ölçeği ve Welsh'in Kaygı Ölçeği'nden faydalanılmıştır. Ölçeğin bu ilk formu bir grup psikoloji öğrencisine uygulanmış ve onların test formatı ile ilgili düşünceleri öğrenilmiştir. Daha sonraki süreçte birkaç kez daha üniversite öğrencilerine bu ölçek uygulanarak en son haline 1983 yılında getirilmiştir (63). Ölçeğin Türkçe çevirisi N. Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (64).

Ölçeğin iki alt başlığı vardır. Durumluk kaygı ölçeği kişinin o andaki hislerini sorgulamakta olup süreklilik kaygı ölçeğiyle de genel olarak nasıl hissettiği saptanmaya çalışılır. Her iki alt ölçek de 20 sorudan oluşmakta olup toplam 40 soru bulunmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğindeki soruların her biri 4'lü likert tipinde olup hiç, biraz, çok ve tamamıyla şeklinde cevap seçenekleri bulunmaktadır. Süreklilik kaygı ölçeğindeki sorular da 4'lü likert tipindedir ve hiçbir zaman, bazen, çoğu zaman ve her zaman şeklinde cevap seçenekleri bulunmaktadır. Her iki kaygı ölçeğinde de ters ifadeler de yer almaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler olmak üzere toplam 10 tane, Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler olmak üzere toplam 7 tane ters ifade bulunmaktadır. Olumsuz duyguların ifade edildiği soruların puanlamasında 1 değerindeki cevaplar düşük kaygı seviyesini gösterirken 4 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı göstermektedir. Ters ifadelerde yani olumlu duyguların ifade edildiği sorularda ise 4 değerindeki cevaplar düşük kaygı seviyesini gösterirken 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20-80 arasında olup puanın yüksek olması kaygı seviyesinin de fazla olduğunu göstermektedir (65,66).

Ölçeğin bu örneklem için iç tutarlılık katsayısı da hesaplanmıştır. Buna göre vaka grubunun ölçeğin tamamı için Cronbach α katsayısı 0.920, durumluk alt grubu

için 0.892, sürekli alt grubu için 0.843 olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubu için ise ölçeğin tamamında Cronbach α katsayısı 0.908, durumluk alt grubu için 0.882, sürekli alt grubu için 0.805 olarak saptanmıştır.

3.4. İstatiksel Analiz

Analizlerde SPSS 27.0 for Windows istatistik programı kullanılmıştır. Numerik değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve/veya medyan, kategorik değişkenler sayı ve % (yüzde) ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Histogram ve Skewness-Kurtosis ile bakılmış olup verilerin beden kitle indeksi (BKİ) hariç normal dağıldığı tespit edilmiştir. Sürekli verilerin vaka kontrol grup karşılaştırmaları için her iki grup yaş, cinsiyet, eğitim bakımından eşleştirilmiş olduğu için Eşleştirilmiş gruplar t testi veya Wilcoxon Signed Rank testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin vaka ve kontrol gruplarındaki beraber ve ayrı ayrı ilişkilerini tespit etmek için Pearson korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde vaka ve kontrol gruplarının kendi içlerinde karşılaştırmaları için Ki-kare testi, birbirleriyle karşılaştırılmalarında Mc Nemar testi kullanılmıştır. Grup içi numerik verilerin sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılması ikili gruplarda Independent Samples t Testi ile; ikiden fazla gruplarda ise varyansların homojenliği Levene Testiyle değerlendirildikten sonra varyanslar homojense One Way ANOVA, değilse Welch ANOVA testleriyle yapılmıştır. Eğer çoklu gruplarda anlamlı bir farklılık saptandıysa farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yine varyansların homojenliği durumuna göre Tukey HSD veya Tamhane testleri kullanılmıştır. Ölçeğin ve alt boyutlarının bu örneklem için güvenilirlik (Cronbach α) katsayısı da hesaplanmıştır. Hipotezler çift yönlü olup %95 güven aralığında $p < 0.05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya 105 vaka 105 kontrol olmak üzere toplam 210 kişi katılmıştır. Çalışmanın vaka ve kontrol grubundaki katılımcılar aynı yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmada yer alan vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların %54.3’ü (vaka n=57, kontrol n=57) kadın, %45.7’si (vaka n=48, kontrol n=48) erkektir.

Araştırmamızda yer alan kişilerin eğitim seviyelerine bakıldığında katılımcıların %37.1’i (vaka n=39, kontrol n=39) üniversite mezunudur.

Çalışmamıza katılan kişilerin meslek gruplarına bakıldığında vaka grubunun %35.2’si (n=37), kontrol grubunun ise %29.5’i (n=31) çalışmamaktadır.

Çalışmamıza katılan kişilerin ek semptomları sorgulandığında vaka ve kontrol grubunda en sık görülen semptom stres olup ikinci sıklıkta çabuk yorulma yer almaktadır. Vaka grubundaki katılımcıların %82.9’unda (n=87) stres, %76.2’sinde (n=80) çabuk yorulma mevcut iken kontrol grubunun ise %66.7’sinde (n=70) stres, %60’ında (n=63) çabuk yorulma bulunmaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

SED ve Semptom Özellikleri		n (%) Vaka	n (%) Kontrol	n (%) Total
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	57 (%54.3)	57 (%54.3)	114 (%54.3)
	<i>Erkek</i>	48 (%45.7)	48 (%45.7)	96 (%45.7)
Eğitim	<i>Okur-yazar değil</i>	1 (%1)	1 (%1)	2 (%1)
	<i>İlkokul</i>	22 (%21)	22 (%21)	44 (%21)
	<i>Ortaokul</i>	12 (%11.4)	12 (%11.4)	24 (%11.4)
	<i>Lise</i>	31 (%29.5)	31 (%29.5)	62 (%29.5)
	<i>Üniversite ve üstü</i>	39 (%37.1)	39 (%37.1)	78 (%37.1)
Meslek	<i>Çalışmıyor</i>	37 (%35.2)	31 (%29.5)	68 (%32.4)
	<i>Öğrenci</i>	18 (%17.1)	16 (%15.2)	34 (%16.2)
	<i>Memur</i>	12 (%11.4)	17 (%16.2)	29 (%13.8)
	<i>İşçi</i>	18 (%17.1)	26 (%24.8)	44 (%21)
	<i>Emekli</i>	3 (%2.9)	3 (%2.9)	6 (%2.9)
	<i>Diğer</i>	17 (%16.2)	12 (%11.4)	29 (%13.8)
Ek Semptom	<i>Çarpıntı</i>	69 (%65.7)	24 (%22.9)	93 (%44.3)
	<i>Nefes darlığı</i>	71 (%67.6)	27 (%25.7)	98 (%46.7)
	<i>Senkop</i>	3 (%2.9)	3 (%2.9)	6 (%2.9)
	<i>Başka bir yerde ağrı</i>	40 (%38.1)	44 (%41.9)	84 (%40)
	<i>Çabuk yorulma</i>	80 (%76.2)	63 (%60)	143 (%68.1)
	<i>Öksürük</i>	28 (%26.7)	25 (%23.8)	53 (%25.2)
	<i>Ateş</i>	11 (%10.5)	3 (%2.9)	14 (%6.7)
	<i>Halsizlik</i>	73 (%69.5)	42 (%40)	115 (%54.8)
	<i>Kas-eklem ağrısı</i>	69 (%65.7)	49 (%46.7)	118 (%56.2)
	<i>Stres</i>	87 (%82.9)	70 (%66.7)	157 (%74.8)

Vaka grubundaki hastaların göğüs ağrısına dair özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre göğüs ağrısının niteliği incelendiğinde %36.2’sinin (n=38) ağrısının sıkıştırıcı karakterde olduğu saptanmıştır.

Hastaların %72.1’i (n=75) ağrının yerini göğüs sol yan olarak belirtmiştir. Ağrının yayılımı sorgulandığında ise 105 hastadan 84’ü yayılım yerini belirtmiş olup en sık yayılımın %71.4 (n=60) oranıyla sol omuza olduğu görülmüştür. Göğüs ağrısının ilişkili olduğu durumlar sorgulandığında ise katılımcıların %49.5’inin (n=52) ağrısının solunumla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Vaka grubunda göğüs ağrısının özellikleri

Özellik		n	%
Ağrının niteliği (n=105)	<i>Batıcı</i>	18	17.1
	<i>Yanıcı</i>	17	16.2
	<i>Sıkıştırıcı</i>	38	36.2
	<i>Bıçak saplanır tarzda</i>	28	26.7
	<i>Pozisyonel</i>	4	3.8
Ağrının lokalizasyonu (n=104)	<i>Epigastirik</i>	5	4.8
	<i>Sternum üzeri</i>	4	3.8
	<i>Göğüs sağ yan</i>	4	3.8
	<i>Göğüs sol yan</i>	75	72.1
	<i>Yaygın</i>	16	15.4
Ağrının Yayılımı (n=84)	<i>Sol omuz</i>	60	71.4
	<i>Sağ omuz</i>	-	-
	<i>Karın</i>	6	7.1
	<i>Sırt</i>	18	21.4
Eforla ilişkisi (n=105)		21	20
Solunumla ilişkisi (n=105)		52	49.5
Yemekle ilişkisi (n=105)		17	16.2

Çalışmamızda yer alan vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 34.6 ± 10.7 olarak bulunmuştur.

Vaka grubundaki kişilerin göğüs ağrısının ne kadar zamandır var olduğu ortalama 218.8 ± 393.9 gün, sıklığı ortalama 11.6 ± 16.2 günde bir olarak bulunmuştur. Göğüs ağrısı atağının ortalama süresi ise 107.1 ± 607.4 dakika olarak saptanmıştır.

Vaka grubundaki hastalardan ağrı düzeyini 1 çok az 10 çok şiddetli olacak şekilde 1 den 10 a kadar numaralandırmaları istenmiş olup ağrı düzeyi ortalama 5.3 ± 2.1 olarak bulunmuştur.

Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların STAI ölçek puanlarına bakıldığında vaka grubunun durumluk puanı ortalama 42.8 ± 10.4 , sürekli puanı ortalama 47.6 ± 8.8 , toplam ölçek puanı ise ortalama 90.3 ± 17.5 olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunun durumluk bölümü puanı ortalama 40 ± 10.4 , sürekli bölümü puanı ortalama 44.5 ± 8.07 , toplam ölçek puanı ise ortalama 84.4 ± 16.9 olarak tespit edilmiştir. Vaka grubundaki katılımcıların lipit kan değerlerinin, kardiyak belirteçlerinin ve kan basınçlarının ortalama değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Vaka ve kontrol grubunda yaş, BKI, ağrı özellikleri, STAI ölçek puanı ve laboratuvar değerlerinin ortalamaları

Değişkenler		Vaka (Ort±SD)	Kontrol (Ort±SD)	Toplam (Ort±SD)
Yaş		34.6±10.7	34.6±10.7	34.6±10.7
BKİ		25.1±4.5	25.5±4.8	25.3±4.6
Ağrı süresi (gün)		218.8±393.9	-	-
Ağrı sıklığı (gün)		11.6±16.2	-	-
Ağrı atağı süresi (dakika)		107.1±607.4	-	-
Ağrı düzeyi		5.3±2.1	-	-
Durumluk puanı		42.8±10.4	40±10.4	41.4±10.4
Sürekli puanı		47.6±8.8	44.5±8.07	46±8.5
Toplam ölçek puanı		90.3±17.5	84.4±16.9	87.4±17.4
Lipit paneli	LDL	117.8±31.1	-	-
	HDL	49.1±10.3	-	-
	T.kolesterol	198.8±46.3	-	-
	Trigliserid	172.2±120	-	-
Kardiyak testler	Troponin	1.4±1.1	-	-
	CK-MB	1.4±1.2	-	-
Kan basıncı	Sistol	113.9±8.5	-	-
	Diastol	73.8±7.0	-	-

Göğüs ağrısı ile başvuran her hastanın kan lipit paneli, kardiyak belirteçler, EKG ve EKO tetkiklerine rutin olarak bakılmıştır, gereken durumlarda ek tetkikler istenmiştir.

EKG’de iki hastada yüksek lateral derivasyonlarda ST depresyonu, bir hastada anterolateral derivasyonlarda ST depresyonu, bir hastada yaygın minimal ST depresyonları, bir hastada yüksek lateral derivasyonlarda T negatifliği, bir hastada anterolateral derivasyonlarda T negatifliği, bir hastada incomplet sağ dal bloğu, bir hastada ekstraatriyal atım saptanmıştır. Geri kalan hastaların normal sinüs ritminde olduğu tespit edilmiştir.

EKO’ da dokuz hastada hafif mitral yetmezlik, beş hastada hafif triküspit yetmezliği, yedi hastada hafif mitral ve triküspit yetmezliği, bir hastada orta mitral yetmezlik ve hafif triküspit yetmezliği, iki hastada hafif mitral ve aort yetmezliği, bir hastada ASD, bir hastada minimal PDA, iki hastada MVP saptanmıştır.

EKO’da hafif aort ve mitral yetmezliği olan ve asenden aort çapı 4.1 cm ölçülen bir hastaya miyokardiyal perfüzyon sintigrafisi çekilmiş ve iskemi yüzdesi %4.41 olarak saptanmıştır. Hasta klinikle beraber değerlendirildiğinde koroner anjiyografi yapılması uygun görülmüştür. Koroner anjiyografide LAD distalinde %50 darlık yapan Musküler Bridge (miyokardiyal seyir) izlenmiştir.

EKG ve EKO bulguları normal olarak değerlendirilen fakat ailede kalp hastalığı öyküsü, altmış beş yaşında ve erkek hasta olması gibi risk faktörlerine sahip olan hastadan koroner BT anjiyografi tetkiki istenmiştir ve tetkik sonucunda hastada LAD’nin 2.diyagonal dalında lümeni %90 daraltan kalsifik plak saptanmıştır.

Yapılan eşleştirilmiş t testi sonuçlarına göre vaka ve kontrol grubunun ölçek puanları karşılaştırıldığında vaka grubunun sürekli ve toplam kaygı ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0.006$ ve $p=0.014$), (Tablo 4).

Tablo 4. Vaka ve kontrol grubunun STAI ölçek puanı ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Vaka (Ort±SD)	Kontrol (Ort±SD)	p
Durumluk	42.8±10.4	40±10.4	0.061*
Sürekli	47.6±8.8	44.5±8.07	0.006*
Toplam ölçek	90.3±17.5	84.4±16.9	0.014*
BKİ	25.1±4.5	25.5±4.8	0.353**

p<0.05 istatistiksel anlamlı *:Eşleştirilmiş t Testi kullanılmıştır. **:Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.

Tablo 5-14'te vaka ve kontrol grubundaki kişilerin ek şikâyet varlıkları karşılaştırılmıştır.

Vaka ve kontrol grubundaki hastaların ek şikâyetleri sorgulanmıştır ve buna göre vaka grubundaki hastaların çarpıntı (p<0.001), nefes darlığı (p<0.001), çabuk yorulma (p=0.019), ateş (p=0.039), halsizlik (p<0.001), kas-eklem ağrısı (p=0.008) ve stres (p=0.012) ek şikâyetleri kontrol grubuna göre anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır.

Vaka ve kontrol grubundaki hastaların başka bir yerde ağrı şikâyetlerinin varlığı sorgulanmış ve vaka grubunda 40, kontrol grubunda 44 katılımcı göğüs bölgesinden başka yerlerinde de ağrılarının olduğunu ifade etmiştir. Hastalara en sık bel ağrısının eşlik ettiği bulunmuştur.

Tablo 5. Vaka ve kontrol grubunun çarpıntı varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Çarpıntı yok n (%)	Çarpıntı var n (%)		
Vaka	Çarpıntı yok n (%)	28 (%77.8)	8 (%22.2)	36 (%100)	p<0.001
	Çarpıntı var n (%)	53 (%76.8)	16 (%23.2)	69 (%100)	
Total n (%)		81 (%77.1)	24 (%22.9)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 6. Vaka ve kontrol grubunun nefes darlığı varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Nefes darlığı yok n (%)	Nefes darlığı var n (%)		
Vaka	Nefes darlığı yok n (%)	29 (%85.3)	5 (%14.7)	34 (%100)	p<0.001
	Nefes darlığı var n (%)	49 (%69)	22 (%31)	71 (%100)	
Total n (%)		78 (%74.3)	27 (%25.7)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 7. Vaka ve kontrol grubunun senkop varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Senkop yok n (%)	Senkop var n (%)		
Vaka	Senkop yok n (%)	99 (%97.1)	3 (%2.9)	102 (%100)	p=1.00
	Senkop var n (%)	3 (%100)	0 (%0)	3 (%100)	
Total n (%)		102 (%97.1)	3 (%2.9)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 8. Vaka ve kontrol grubunun çabuk yorulma varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Çabuk yorulma yok n (%)	Çabuk yorulma var n (%)		
Vaka	Çabuk yorulma yok n (%)	10(%40)	15(%60)	25(%100)	p=0.019
	Çabuk yorulma var n (%)	32(%40)	48(%60)	80(%100)	
Total n (%)		42(%40)	63(%60)	105(%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun öksürük varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Öksürük yok n (%)	Öksürük var n (%)		
Vaka	Öksürük yok n (%)	57(%74)	20(%26)	77(%100)	0.761
	Öksürük var n (%)	23(%82.1)	5(%17.9)	28(%100)	
Total n (%)		80(%76.2)	25(%23.8)	105(%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 10. Vaka ve kontrol grubunun ateş varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Ateş yok n (%)	Ateş var n (%)		
Vaka	Ateş yok n (%)	92 (%97.9)	2 (%2.1)	94 (%100)	0.039
	Ateş var n (%)	10 (%90.9)	1 (%9.1)	11 (%100)	
Total n (%)		102 (%97.1)	3 (%2.9)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 11. Vaka ve kontrol grubunun halsizlik varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Halsizlik yok n (%)	Halsizlik var n (%)		
Vaka	Halsizlik yok n (%)	20 (%62.5)	12 (%37.5)	32 (%100)	p<0.001
	Halsizlik var n (%)	43 (%58.9)	30 (%41.1)	73 (%100)	
Total n (%)		63 (%60)	42 (%40)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 12. Vaka ve kontrol grubunun başka yerde ağrı varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Başka yerde ağrı yok n (%)	Başka yerde ağrı var n(%)		
Vaka	Başka yerde ağrı yok n (%)	38 (%58.5)	27 (%41.5)	65 (%100)	p=0.67
	Başka yerde ağrı var n (%)	23 (%57.5)	17 (%42.5)	40 (%100)	
Total n (%)		61 (%58.1)	44 (%41.9)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 8. Vaka ve kontrol grubunun kas-eklem ağrısı varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Kas-eklem ağrısı yok n (%)	Kas-eklem ağrısı var n (%)		
Vaka	Kas-eklem ağrısı Yok n (%)	20 (%55.6)	16 (%44.4)	36 (%100)	p=0.008
	Kas-eklem ağrısı Var n (%)	36 (%52.2)	33 (%47.8)	69 (%100)	
Total n (%)		56 (%53.3)	49 (%46.7)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun stres varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Stres yok n (%)	Stres var n (%)		
Vaka	Stres yok n (%)	6 (%33.3)	12 (%66.7)	18 (%100)	p=0.012
	Stres var n (%)	29 (%33.3)	58 (%66.7)	87 (%100)	
Total n (%)		35 (%33.3)	70 (%66.7)	105 (%100)	

*McNemar testi yapılmıştır.

Vaka ve kontrol grubundaki hastaların özgeçmişleri sorgulandığında katılımcılar arasında astım ($p=0.839$), travma öyküsü ($p=1.000$), tiroid hastalığı ($p=0.508$), kalp hastalığı ($p=0.189$), diyabet ($p=1.000$), hipertansiyon ($p=0.549$) ve mide şikayeti ($p=0.212$) varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tablo 15-21’de vaka ve kontrol grubundaki kişilerin özgeçmişleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. Vaka ve kontrol grubunun astım varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Astım yok n (%)	Astım var n (%)		
Vaka	Astım yok n (%)	80 (%87.9)	11 (%12.1)	91 (%100)	p=0.839
	Astım var n (%)	13 (%92.9)	1 (%7.1)	14 (%100)	
Total n (%)		93 (%88.6)	12 (%11.4)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 11. Vaka ve kontrol grubunun travma öyküsü varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	p*
		Travma öyküsü yok n (%)	Travma öyküsü var n (%)		
Vaka	Travma öyküsü Yok n (%)	89 (%91.8)	8 (%8.2)	97 (%100)	p=1.000
	Travma öyküsü var n (%)	8 (%100)	0 (%0)	8 (%100)	
Total n (%)		97 (%92.4)	8 (%7.6)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 12. Vaka ve kontrol grubunun tiroid hastalığı varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	P*
		Tiroid hastalığı yok n (%)	Tiroid hastalığı var n (%)		
Vaka	Tiroid hastalığı yok n (%)	93 (%96.9)	3 (%3.1)	96 (%100)	p=0.508
	Tiroid hastalığı var n (%)	6 (%66.7)	3 (%33.3)	9 (%100)	
Total n (%)		99 (%94.3)	6 (%5.7)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 13. Vaka ve kontrol grubunun kalp hastalığı varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	P*
		Kalp hastalığı yok n (%)	Kalp hastalığı var n (%)		
Vaka	Kalp hastalığı yok n (%)	84 (%92.3)	7 (%7.7)	91 (%100)	p=0.189
	Kalp hastalığı var n (%)	14 (%100)	0 (%0)	14 (%100)	
Total n (%)		98 (%93.3)	7 (%6.7)	105 (%100)	

*McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 14. Vaka ve kontrol grubunun diyabet varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	P*
		Diyabet yok n (%)	Diyabet var n (%)		
Vaka	Diyabet yok n (%)	93 (%93.9)	6 (%6.1)	99 (%100)	p=1.000
	Diyabet var n (%)	5 (%83.3)	1 (%16.7)	6 (%100)	
Total n (%)		98 (%93.3)	7 (%6.7)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 15. Vaka ve kontrol grubunun hipertansiyon varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	P*
		Hipertansiyon yok n (%)	Hipertansiyon var n (%)		
Vaka	Hipertansiyon yok n (%)	91 (%95.8)	4 (%4.2)	95 (%100)	p=0.549
	Hipertansiyon var n (%)	7 (%70)	3 (%30)	10 (%100)	
Total n (%)		98 (%93.3)	7 (%6.7)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Tablo 16. Vaka ve kontrol grubunun mide şikayeti varlığı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Total n (%)	P*
		Mide şikayeti yok n (%)	Mide şikayeti var n (%)		
Vaka	Mide şikayeti yok n (%)	34 (%61.8)	21 (%38.2)	55 (%100)	p=0.212
	Mide şikayeti var n (%)	31 (%62)	19 (%38)	50 (%100)	
Total n (%)		65 (%61.9)	40 (%38.1)	105 (%100)	

* McNemar testi yapılmıştır.

Vaka ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların STAI ölçek puanları ek semptom varlığına göre karşılaştırılmıştır (Tablo 22).

Kontrol grubunda çarpıntısı olan katılımcıların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanları çarpıntısı olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.001$, $p=0.001$).

Kontrol grubunda nefes darlığı olan katılımcıların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanları nefes darlığı olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.001$, $p=0.004$).

Vaka grubunda çarpıntısı olan katılımcıların sürekli ve toplam ölçek puanları çarpıntısı olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.036$, $p=0.047$).

Vaka grubunda çabuk yorulma Şikâyeti olan katılımcıların sürekli ölçek puanları çabuk yorulma Şikâyeti olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.042$).

Kontrol grubunda çabuk yorulma Şikâyeti olan katılımcıların sürekli ve toplam ölçek puanları çabuk yorulma Şikâyeti olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.014$, $p=0.019$).

Vaka grubunda halsizlik Şikâyeti olan katılımcıların sürekli ve toplam ölçek puanları halsizlik Şikâyeti olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.011$).

Kontrol grubunda halsizlik Şikâyeti olan katılımcıların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanları halsizlik Şikâyeti olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.032$, $p=0.030$, $p=0.019$).

Kontrol grubunda kas-eklem ağrısı olan katılımcıların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanları kas-eklem ağrısı olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.008$, $p=0.002$).

Kontrol grubunda stres Şikâyeti olan katılımcıların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanları stres Şikâyeti olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.000$).

Vaka grubunda stres Şikâyeti olan katılımcıların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanları stres Şikâyeti olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.000$, $p=0.000$).

Tablo 17. Vaka ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların STAI ölçek puanlarının ek semptom varlığına göre karşılaştırılması

		Vaka (Ort±SD)	p*	Kontrol (Ort±SD)	p*
Durumluk	Çarpıntı yok	40.5±11.3	0.112	38.4±9.5	0.005
	Çarpıntı var	43.9±9.7		45.2±11.7	
Sürekli	Çarpıntı yok	45.1±9.4	0.036	43.1±7.6	0.001
	Çarpıntı var	48.9±8.2		49.1±8.1	
Toplam ölçek	Çarpıntı yok	85.6±18.8	0.047	81.5±15.7	0.001
	Çarpıntı var	92.8±16.4		94.3±17.4	
Durumluk	Nefes darlığı yok	42.4±10.0	0.801	38.2±9.5	0.003
	Nefes darlığı var	43.0±10.6		45.0±11.4	
Sürekli	Nefes darlığı yok	47.1±7.6	0.692	43.5±7.5	0.034
	Nefes darlığı var	47.8±9.3		47.3±9.1	
Toplam ölçek	Nefes darlığı yok	89.5±15.3	0.729	81.7±15.6	0.004
	Nefes darlığı var	90.8±18.6		92.3±18.4	
Durumluk	Senkop yok	42.5±10.2	0.117	39.8±10.3	0.335
	Senkop var	52.0±13.5		45.7±13.6	
Sürekli	Senkop yok	47.6±8.9	0.933	44.5±8.00	0.863
	Senkop var	48.0±4.6		43.7±11.0	
Toplam ölçek	Senkop yok	90.1±17.5	0.334	84.3±16.8	0.612
	Senkop var	100±17.4		89.3±24.5	
Durumluk	Başka yerde ağrı yok	43.6±10.3	0.296	38.4±10.1	0.073
	Başka yerde ağrı var	41.4±10.5		42.1±10.5	
Sürekli	Başka yerde ağrı yok	47.9±8.4	0.628	43.5±8.3	0.133
	Başka yerde ağrı var	47.1±9.4		45.9±7.7	
Toplam ölçek	Başka yerde ağrı yok	91.5±17.0	0.390	81.9±17.0	0.069
	Başka yerde ağrı var	88.5±18.4		88.0±16.3	
Durumluk	Çabuk yorulma yok	40.1±10.9	0.140	37.6±9.1	0.057
	Çabuk yorulma var	43.6±10.1		41.5±10.9	
Sürekli	Çabuk yorulma yok	44.5±8.2	0.042	42.1±7.4	0.014
	Çabuk yorulma var	48.6±8.7		46.0±8.2	
Toplam ölçek	Çabuk yorulma yok	84.6±17.8	0.059	79.7±15.1	0.019
	Çabuk yorulma var	92.1±17.2		87.6±17.4	
Durumluk	Öksürük yok	41.9±10.5	0.161	39.7±9.9	0.674
	Öksürük var	45.1±9.9		40.7±12.0	

Tablo 22'nin devamı

		Vaka (Ort±SD)	p*	Kontrol (Ort±SD)	p*
Sürekli	Öksürük yok	46.6±8.8	0.053	44.0±7.9	0.242
	Öksürük var	50.3±8.1		46.1±8.7	
Toplam ölçek	Öksürük yok	88.5±17.6	0.072	83.7±16.3	0.415
	Öksürük var	95.4±16.4		86.8±18.9	
Durumluk	Ateş yok	42.6±10.4	0.631	39.9±10.4	0.860
	Ateş var	44.2±10.3		41.0±12.8	
Sürekli	Ateş yok	47.7±8.8	0.817	44.3±8.1	0.117
	Ateş var	47.0±8.8		51.7±5.5	
Toplam ölçek	Ateş yok	90.2±17.5	0.866	84.2±16.9	0.394
	Ateş var	91.2±18.3		92.7±18.2	
Durumluk	Halsizlik yok	39.8±10.9	0.051	38.2±10.4	0.032
	Halsizlik var	44.1±9.9		42.6±9.8	
Sürekli	Halsizlik yok	44.0±8.3	0.005	43.1±8.0	0.030
	Halsizlik var	49.1±8.6		46.6±7.9	
Toplam ölçek	Halsizlik yok	83.8±17.6	0.011	81.3±17.3	0.019
	Halsizlik var	93.2±16.8		89.1±15.3	
Durumluk	Kas-eklem ağrısı yok	41.3±11.0	0.294	37.1±9.3	0.002
	Kas-eklem ağrısı var	43.5±10.0		43.2±10.7	
Sürekli	Kas-eklem ağrısı yok	46.4±8.7	0.327	42.5±7.7	0.008
	Kas-eklem ağrısı var	48.2±8.8		46.7±8.0	
Toplam ölçek	Kas-eklem ağrısı yok	87.7±18.3	0.267	79.7±15.9	0.002
	Kas-eklem ağrısı var	91.7±17.1		89.9±16.5	
Durumluk	Stres yok	36.3±7.1	0.003	35.0±9.9	0.000
	Stres var	44.1±10.5		42.4±9.7	
Sürekli	Stres yok	40.6±6.6	0.000	40.4±8.7	0.001
	Stres var	49.0±8.5		46.5±6.9	
Toplam ölçek	Stres yok	76.9±12.7	0.000	75.3±17.3	0.000
	Stres var	93.1±17.1		89.0±14.8	

*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Vaka ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların STAI ölçek puanlarının özgeçmişe göre karşılaştırılması Tablo 23'te gösterilmiştir.

Kontrol grubunda astım öyküsü olan katılımcıların sürekli ve toplam ölçek puanları astım öyküsü olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.012$, $p=0.029$).

Kontrol grubunda travma öyküsü ve mide şikayeti olan katılımcıların durumluk ve sürekli ölçek puanları travma öyküsü ve mide şikayeti olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.048$, $p=0.044$, $p=0.015$).

Tablo 18. Vaka ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların STAI ölçek puanlarının özgeçmişe göre karşılaştırılması

		Vaka (Ort±SD)	p*	Kontrol (Ort±SD)	p*
Durumluk	Astım öyküsü yok	42.4±10.6	0.417	39.4±10.1	0.107
	Astım öyküsü var	44.9±8.7		44.5±12.0	
Sürekli	Astım öyküsü yok	47.4±8.8	0.628	43.8±8.0	0.012
	Astım öyküsü var	48.6±8.9		49.9±6.4	
Toplam ölçek	Astım öyküsü yok	89.9±17.7	0.470	83.1±16.6	0.029
	Astım öyküsü var	93.5±16.7		94.4±16.3	
Durumluk	Travma öyküsü yok	42.5±10.5	0.341	39.3±10.5	0.000
	Travma öyküsü var	46.1±7.6		48.4±3.1	
Sürekli	Travma öyküsü yok	47.4±8.9	0.577	44.0±8.1	0.048
	Travma öyküsü var	49.3±6.7		49.9±6.3	
Toplam ölçek	Travma öyküsü yok	89.9±17.8	0.400	83.3±17.0	0.000
	Travma öyküsü var	95.4±12.9		98.3±7.6	
Durumluk	Tiroid hastalığı yok	42.7±10.6	0.967	40.1±10.6	0.696
	Tiroid hastalığı var	42.9±7.8		38.3±7.1	

Tablo 23'ün devamı

		Vaka (Ort±SD)	p*	Kontrol (Ort±SD)	p*
Sürekli	Tiroid hastalığı yok	47.4±8.8	0.482	44.3±8.0	0.494
	Tiroid hastalığı var	49.6±8.5		46.7±10.1	
Toplam ölçek	Tiroid hastalığı yok	90.1±17.8	0.707	84.4±17.1	0.931
	Tiroid hastalığı var	92.4±15.1		85.0±15.1	
Durumluk	Kalp hastalığı yok	42.2±10.1	0.155	39.7±10.3	0.361
	Kalp hastalığı var	46.4±11.7		43.4±12.2	
Sürekli	Kalp hastalığı yok	47.3±9.0	0.381	44.3±7.9	0.366
	Kalp hastalığı var	49.5±6.6		47.1±10.0	
Toplam ölçek	Kalp hastalığı yok	89.5±17.4	0.201	84.0±16.7	0.321
	Kalp hastalığı var	96.0±17.8		90.6±19.5	
Durumluk	Diyabet yok	42.8±10.4	0.951	39.8±10.2	0.469
	Diyabet var	42.5±11.3		42.7±12.8	
Sürekli	Diyabet yok	47.4±8.8	0.430	44.3±8.0	0.420
	Diyabet var	50.3±8.1		46.9±9.0	
Toplam ölçek	Diyabet yok	90.2±17.6	0.721	84.1±16.8	0.407
	Diyabet var	92.8±17.2		89.6±19.0	
Durumluk	Hipertansiyon yok	42.5±10.4	0.363	39.5±9.6	0.318
	Hipertansiyon var	45.6±9.5		46.9±17.9	
Sürekli	Hipertansiyon yok	47.5±8.9	0.673	44.3±8.0	0.366
	Hipertansiyon var	48.7±7.9		47.1±9.8	
Toplam ölçek	Hipertansiyon yok	89.9±17.6	0.454	83.7±16.1	0.338
	Hipertansiyon var	94.3±16.6		94.0±25.9	
Durumluk	Mide şikayeti yok	41.3±10.8	0.121	38.4±9.8	0.044
	Mide şikayeti var	44.4±9.7		42.6±10.9	
Sürekli	Mide şikayeti yok	46.8±9.3	0.363	43.0±7.5	0.015
	Mide şikayeti var	48.4±8.2		46.9±8.4	
Toplam ölçek	Mide şikayeti yok	88.1±18.5	0.170	81.3±16.1	0.016
	Mide şikayeti var	92.8±16.2		89.5±17.2	

*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Vaka grubundaki katılımcıların ağrı düzeyinin diğer sosyodemografik veriler ve ek belirtiler ile ilişkisi Tablo 24’te gösterilmiştir.

Vaka grubundaki katılımcıların ağrı düzeyinin cinsiyetle ilişkisine bakıldığında kadınların ağrı düzeyi ortalamasının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p= 0.004$).

Ağrı düzeyinin solunum, yemek ve eforla ilişkisi sorgulanmıştır ve ağrı düzeyiyle efor ve yemek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.909$, $p=0.818$). Ağrı düzeyi, ağrının solunumla ilişkili olduğunu belirten katılımcılarda anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir ($p= 0.041$).

Ağrı düzeyi ile ailede erken yaşta kalp hastalığı öyküsü bulunması arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre ağrı düzeyi ailede erken yaşta kalp hastalığı öyküsü olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.024$).

Tablo 19. Vaka grubundaki katılımcıların ağrı düzeyinin sosyodemografik özellikler ve ağrının çeşitli özellikleri ile karşılaştırılması

		(Ort±SD)	p
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	5.8±2.0	0.004*
	<i>Erkek</i>	4.7±2.1	
Eğitim düzeyi	<i>Ortaokul ve altı</i>	5.3±2.5	0.282**
	<i>Lise</i>	4.8±1.8	
	<i>Üniversite ve üstü</i>	5.6±2.0	
Meslek	<i>Çalışmıyor</i>	5.4±2.1	0.111**
	<i>Öğrenci</i>	6.2±1.8	
	<i>Memur</i>	4.1±1.6	
	<i>İşçi</i>	5.2±2.3	
	<i>Emekli ve diğer</i>	5.1±2.3	
Ağrı lokalizasyonu	<i>Göğüs sol yan</i>	5.2±2.2	0.637*
	<i>Diğer</i>	5.5±1.9	
Ağrı yayılımı	<i>Sol omuz</i>	5.2±2.1	0.918*
	<i>Diğer</i>	5.2±1.8	
Ağrı niteliği	<i>Batıcı</i>	5.3±2.5	0.113**
	<i>Yanıcı ve pozisyonel</i>	4.5±2.2	
	<i>Sıkıştırıcı</i>	5.2±2.0	
	<i>Bıçak saplanır tarzda</i>	6.0±2.1	
Eforla ilişkisi	<i>Yok</i>	5.3±2.2	0.909*
	<i>Var</i>	5.3±1.8	
Solunumla ilişkisi	<i>Yok</i>	4.9±2.2	0.041*
	<i>Var</i>	5.7±2.0	
Yemekle ilişkisi	<i>Yok</i>	5.3±2.2	0.818*
	<i>Var</i>	5.2±1.9	
Ailede benzer şikâyetleri olan	<i>Yok</i>	4.9±2.1	0.112*
	<i>Var</i>	5.6±2.1	
Ailede erken yaşta kalp hastalığı	<i>Yok</i>	4.9±2.0	0.024*
	<i>Var</i>	5.8±2.2	
Ailede erken yaşta ani ölüm	<i>Yok</i>	5.1±2.1	0.117*
	<i>Var</i>	6.0±2.0	

*Bağımsız gruplarda t testi, **One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Vaka grubundaki kadın hastaların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puan ortalamaları erkek hastaların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0.012, p=0.031, p=0.010), (Tablo 25).

Tablo 20. Vaka ve Kontrol grubundaki katılımcıların BKİ ve STAI ölçek puanlarının cinsiyet ile karşılaştırılması

	Vaka (Ort±SD)			Kontrol (Ort±SD)		
	Kadın	Erkek	p	Kadın	Erkek	p
BKİ	24.6±4.9	25.7±4.0	0.205*	25.5±5.2	25.6±4.2	0.890*
Durumluk	45.1±10.0	40.0±10.2	0.012**	39.2±9.7	40.9±11.1	0.406**
Sürekli	49.3±9.1	45.6±7.9	0.031**	45.0±8.3	43.9±7.9	0.478**
Toplam ölçek	94.3±17.4	85.6±16.6	0.010**	84.2±16.2	84.7±17.9	0.864**

*Mann Whitney- U testi kullanılmıştır. **Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Vaka grubundaki katılımcıların eğitim düzeyleri, meslekleri ve ağrı nitelikleriyle STAI ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri, meslekleri ve ağrı nitelikleriyle STAI ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (tüm p'ler >0.05), (Tablo 26).

Tablo 21. Vaka grubundaki katılımcıların STAI ölçek puanlarının eğitim düzeyi, meslek ve ağrı niteliği ile karşılaştırılması

Değişkenler		STAI-I (Ort±SD)	STAI-II (Ort±SD)	Toplam ölçek (Ort±SD)
Eğitim düzeyi	Ortaokul ve altı	42.6±11.3	47.0±8.7	89.6±18.7
	Lise	44.6±7.9	49.5±8.3	94.1±14.2
	Üniversite ve üstü	41.4±11.3	46.6±9.1	88.0±18.7
	p*	0.448	0.338	0.339
Meslek	Çalışmıyor	42.2±10.3	48.6±9.6	90.8±18.4
	Öğrenci	47.5±11.2	49.7±9.3	97.2±19.0
	Memur	37.2±8.5	46.0±6.5	83.1±12.5
	İşçi	44.9±8.4	48.2±8.6	93.1±15.9
	Emekli ve diğer	40.9±10.9	44.4±7.6	85.2±17.0
	p*	0.063	0.319	0.135
Ağrı niteliği	Batıcı	41.4±11.7	45.9±11.0	87.3±21.2
	Yanıcı ve pozisyonel	43.9±11.0	49.2±5.4	93.1±14.5
	Sıkıştırıcı	44.0±8.5	47.7±7.7	91.7±14.7
	Bıçak saplanır tarzda	41.1±11.5	47.3±10.6	88.4±20.6
	p*	0.631	0.794	0.656

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcıların eğitim düzeyi ve meslekleri ile STAI ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 27). Eğitim düzeyi ve STAI-II ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p=0.035$). Yapılan post hoc analizler farkın ortaokul ve altının sürekli kaygı düzeyinin lise mezunlarınınkinden anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklandığını göstermiştir ($p=0.034$).

Tablo 22. Kontrol grubundaki katılımcıların STAI ölçek puanlarının eğitim düzeyi ve meslek ile karşılaştırılması

Değişkenler		STAI-I (Ort±SD)	STAI-II (Ort±SD)	Toplam ölçek (Ort±SD)
Eğitim düzeyi	Ortaokul ve altı	41.4±10.8	46.3±8.2 ^a	87.8±17.1
	Lise	37.3±9.3	41.4±8.9 ^a	78.7±16.8
	Üniversite ve üstü	40.7±10.6	45.2±6.6	86.0±16.9
	p*	0.227	0.035	0.072
Meslek	Çalışmıyor	40.5±9.9	45.5±9.5	86.0±17.5
	Öğrenci	40.2±9.2	45.8±7.7	86.0±15.0
	Memur	40.7±10.2	44.5±5.4	85.1±14.6
	İşçi	40.5±12.0	44.7±8.0	85.1±18.7
	Emekli ve diğer	36.9±10.5	40.5±7.5	77.4±17.1
	p*	0.821	0.341	0.552

^a aynı üst simgeyi taşıyan değerler arasında alt grup karşılaştırmalarında fark bulunmuştur. *One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Vaka ve kontrol grubunun yaş, BKİ ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle ayrı ayrı korelasyonu Tablo 28’te, beraber korelasyonu ise Tablo 29’da gösterilmiştir.

Katılımcıların yaşı ile BKİ arasında pozitif ve anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0.407$, $p<0.01$). Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif ve anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0.683$, $p<0.01$), (Tablo 29).

Tablo 23. Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş, BKİ ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu

Veriler	1	2	3	4	5	6	7	8
1-Yaş	1							
2-BKİ-vaka	0.446**	1						
3-Toplam ölçek.-vaka	-0.092	0.079	1					
4-Durumluk-vaka	-0.117	0.100	0.930**	1				
5-Sürekli-vaka	-0.046	0.040	0.900**	0.677**	1			
6-BMI-kontrol	0.370**	0.319**	-0.113	-0.065	-0.151	1		
7-Toplam ölçek-kontrol	-0.004	0.056	0.016	-0.029	0.067	0.050	1	
8-Durumluk-kontrol	0.008	0.108	-0.014	-0.068	0.053	0.070	0.936**	1
9-Sürekli-kontrol	-0.019	-0.021	0.051	0.026	0.072	0.014	0.892**	0.676**

*Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Tablo 24. Bütün katılımcıların yaş, BKİ ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu

Veriler	Yaş	BMI	Toplam ölçek	Durumluk	Sürekli
Yaş	1				
BKİ	0.407**	1			
Toplam ölçek	-0.048	0.056	1		
Durumluk	-0.054	0.078	0.934**	1	
Sürekli	-0.033	0.019	0.899**	0.683**	1

*Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Vaka grubundaki katılımcıların yaş, BKİ, ağrı özellikleri ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu Tablo 30’da verilmiştir.

Yaş ile BKİ arasında pozitif ve anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0.446$, $p<0.01$). Yaş ile STAI ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir

(durumluk $r=-0.117$, $p=0.236$; sürekli $r=-0.046$, $p=0.638$; toplam ölçek $r=-0.092$ $p=0.350$).

Ağrı zamanı ve sıklığı arasında pozitif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r=0.302$, $p<0.01$).

Durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. ($r=0.677$, $p<0.01$).

Tablo 25. Vaka grubundaki katılımcıların yaş, BKİ, ağrı özellikleri ve STAI ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu

Veriler	1	2	3	4	5	6	7	8
1-Yaş	1							
2-BKİ	0.446**	1						
3-Ağrı zamanı (gün)	0.043	0.024	1					
4-Ağrı sıklığı (gün)	-0.171	-0.013	0.302**	1				
5-Ağrı atağı süresi (dakika)	0.147	0.002	-0.039	0.013	1			
6-Ağrı düzeyi	-0.125	-0.147	-0.002	-0.032	0.166	1		
7-Toplam ölçek	-0.092	0.079	-0.029	-0.032	-0.036	0.081	1	
8-Durumluk	-0.117	0.100	0.027	-0.021	-0.060	0.084	0.930**	1
9-Sürekli	-0.046	0.040	-0.090	-0.039	0.001	0.064	0.900**	0.677**

*Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Göğüs ağrısı hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil servislere sıklıkla başvuru nedenlerinden biridir. Bu ağrının doğru değerlendirilmesi ve hangi hastaların bir üst basamağa yönlendirilmesi gerektiğinin ayrımı önem arz etmektedir. Hastaların birçoğunda sebep kalp dışı göğüs ağrısıdır. Bu kalp dışı nedenler içerisinde psikiyatrik nedenler de önemli bir oranda yer almaktadır (67). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Kardiyoloji ve Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastalarla yaptığımız bu çalışmada göğüs ağrısıyla kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar ve göğüs ağrısı dışında bir nedenle aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri incelenmiş ve karşılaştırılmıştır. Katılımcıların %54.3'ü kadın, %45.7'si erkektir ve yaş ortalamaları 34.6 ± 10.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerde göğüs ağrısı olan katılımcıların STAI-II puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Şöyle ki Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısıyla başvuran ve yapılan incelemelerde organik bir patoloji saptanmayan 82 hasta ile fiziksel ve ruhsal bir hastalığı olmayan 59 kişinin depresyon, kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde göğüs ağrısı olan katılımcıların STAI-II ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (68). Çukurova Üniversitesi'ndeki bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak sadece STAI-II kullanılmış ve buna ek olarak Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ) uygulanmıştır. Bu çalışmada göğüs ağrısı olan gruptaki katılımcıların BDÖ ve TAÖ puanları da karşılaştırma grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Hollanda'nın Tilburg kentinde St Elisabeth Hastanesi Acil Servis Departmanı'na göğüs ağrısıyla başvuran ve ağrı nedeni kalp dışı göğüs ağrısı olarak değerlendirilen 46 hasta ve o bölgedeki genel nüfustan seçilen 1216 hastanın anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da bizim ölçeğimizle benzer olan Spielbelger Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmış ve ölçek puanları kalp dışı göğüs ağrısı olan grupta daha yüksek bulunmuştur (69). İran'da yapılan bir başka çalışmada ise kalp dışı göğüs ağrısı olan hastaların anksiyete ve depresyon seviyeleri kardiyak göğüs ağrısı olan kişiler ve

sağlıklı kişilerle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada ölçek olarak Beck'in Anksiyete Ölçeği ve Beck'in Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerde kalp dışı göğüs ağrısı olan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin kardiyak kökenli göğüs ağrısı olan ve sağlıklı katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (70).

Araştırmamızda göğüs ağrısı olan ve olmayan gruptaki katılımcıların ek şikayetleri sorgulanmıştır ve göğüs ağrısı olan katılımcılarda çarpıntı, nefes darlığı, çabuk yorulma, ateş, halsizlik, kas-eklem ağrısı ve stres gibi ek şikayetlerin göğüs ağrısı olmayanlara oranla daha sık görüldüğü bulunmuştur. Göğüs ağrısı olan katılımcıların EKG, EKO ve kan sonuçlarına bakıldığında çoğunda kalple ilişkili patoloji saptanmamıştır. Göğüs ağrısının kalple ilgili rahatsızlıklar dışında pulmoner nedenler, gastroözefageal reflü hastalığı, psikiyatrik nedenler, kas iskelet sistemi patolojileri gibi pek çok nedeni vardır. Göğüs ağrısı olan hastalarda çarpıntı ve nefes darlığının daha sık görülmesinin nedeni bu hastalarda psikiyatrik bir rahatsızlık olmasına bağlı olabilir. Örneğin çarpıntı, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi belirtiler panik ataklarda sıklıkla görülmektedir ve panik bozukluğu olan kişiler sıklıkla bu şikâyetlerle acil serviler, birinci basamak sağlık hizmetleri, kardiyoloji polikliniklerine başvurmaktadırlar (71,72). Göğüs ağrının bir başka nedeni de kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarıdır. Dokuz çalışmanın meta analizinden elde edilen veriler sonucunda dünya genelinde göğüs ağrısıyla acil servise başvuranların %16'sının kas-iskelet sistemi hastalıklarına bağlı olduğu tespit edilmiştir (73). Bizim çalışmamızda da göğüs ağrısı olan kişilerde kas-eklem ağrısının daha fazla görülmesinin nedeni göğüs ağrısının önemli nedenlerinden birinin kas-iskelet sistemi patolojileri olması olabilir (74).

Katılımcıların ek semptomları ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve hem göğüs ağrısı olan hem de göğüs ağrısı olmayan grupta halsizlik ve stres şikâyeti olan katılımcıların ölçek puanlarının anlamlı seviyede yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde stresin kaygıyı arttırdığı üzerinde durulmuştur, bu durum stres şikâyeti olan katılımcıların anksiyete ölçek puanlarının yüksekliğini açıklamaktadır (75). Göğüs ağrısı olmayan gruptaki kas-eklem ağrısı olan katılımcıların da ölçek puanları kas-eklem ağrısı olmayanlara göre anlamlı seviyede daha yüksek bulunmuştur. İsveç'te Carlehed ve ark.'nın (76) kaygı ve depresyonun somatik belirtilerini

inceledikleri bir çalışmada da halsizlik, yorgunluk, uyku sorunları, mide şikâyetlerinin anksiyetesi olan grupta referans gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda göğüs ağrısı olmayan gruptaki katılımcılardan mide şikâyeti olanların olmayanlara göre ölçek puanları yüksek saptanmıştır. Bu hastalarda da mide şikâyeti anksiyeteye bağlı olabilir. Göğüs ağrısı olmayan gruptaki katılımcılardan astım öyküsü olanların da sürekli kaygı düzeyi, astım öyküsü olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ankara Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran astım tanılı 36 hasta ve hasta grubuyla uyumlu yaş ve cinsiyette 59 sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı bir çalışmada astım hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyi sağlıklı bireylere göre yüksek saptanmıştır (77). Literatürdeki diğer çalışmalarda da astım öyküsünün anksiyete gelişim riskini arttırdığı gösterilmektedir (78).

Göğüs ağrısının özellikleri de tanı koyarken yardımcıdır. Çalışmamızda göğüs ağrısı olan hastalar ağrının niteliğini en sık %36.2 oranıyla sıkıştırıcı, lokalizasyonunu %72.1 oranıyla göğüs sol yan olarak belirtmiştir. Ağrının yayılımı sorgulanmıştır ve hastaların 84'ü ağrının yayıldığını ifade etmiştir. Ağrının en sık %71.4 oranıyla sol omuza yayıldığı tespit edilmiştir. Dawson ve ark.'nın (79) göğüs ağrısıyla acil servise gelen hastaları incelediği gözlemsel kohort çalışmasında kadınların %37.2'si, erkeklerin %34.9'u göğüs ağrısının ezici, sıkıştırıcı tarzda olduğunu belirtmiştir. Bu oran bizim çalışmamızla benzer düzeydedir.

Bösner ve ark. (80) birinci basamakta yaptıkları çalışmada ağrı lokalizasyonunun ayırıcı tanıdaki rolünü incelemiştir. Yaptıkları çalışmada ağrının yeri bizim çalışmamızla benzer şekilde en sık göğüs sol ön bölge olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda ağrı yerinin koroner kalp hastalığı ile psikojenik nedenler, gastroözofageal reflü hastalığı gibi diğer göğüs ağrısı nedenlerinin ayırıcı tanısında yardımcı olmadığı bulunmuştur. Bu durum pek çok nedenin sol göğüs bölgesinde ağrı yapabileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda göğüs ağrısının efor, solunum ve yemekle ilişkisi sorgulanmış olup hastaların en sık olarak %49.5 oranıyla ağrılarının solunumla ilişkili olduğunu belirttikleri gözlenmiştir. Kaygı bozuklukları gibi nedenlere bağlı olarak gelişen hiperventilasyon sendromunda da hastalarda göğüs ağrısı şikâyeti olabilmekte ve bu ağrı anjinayla karıştırılabilmektedir (81). Yaptığımız çalışmada göğüs ağrısı olan

gruptaki katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olması ve neredeyse yarısının ağrılarının solunumla ilişkili olduğunu belirtmesi bu duruma bağlı olabilir. Bunun dışında akciğer ve plevra rahatsızlıklarında da solunumla ilişkili göğüs ağrısı görülebildiği göz önünde bulundurulmalıdır (82).

Göğüs ağrısı olan katılımcılardan ağrı düzeyini 1 den 10 a kadar 1 çok az 10 çok şiddetli olacak şekilde numaralandırmaları istenmiştir ve ağrı düzeyi ortalama 5.3 ± 2.1 olarak bulunmuştur. Dawson ve ark.'nın (79) göğüs ağrısıyla acil servise gelen hastaları incelediği çalışmada da erkek katılımcıların %45.1'i, kadın katılımcıların %45.5'i ağrı düzeyini 4-7 arasında belirtmiştir. Çalışmamızda kadınların ağrı düzeyi ortalaması erkeklerden yüksek olarak tespit edilmiştir. Granot ve ark.'nın (83) kararsız anjina pectoris tanısı alan hastalar üzerinden göğüs ağrısının algılanmasındaki cinsiyet farklılıklarını incelediği çalışmada da bizim çalışmamızdaki gibi ağrı düzeyini ölçen numaralandırma sistemi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda bizim çalışmamızla benzer şekilde kadınların ağrı ortalaması (5.5 ± 1.9) erkeklerden (4.4 ± 2.3) daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Literatürde ağrı şiddetinin cinsiyet farklılıklarının incelendiği çalışmalar kadınların ağrıyı daha şiddetli olarak algıladığını göstermektedir (84).

Çalışmamızda göğüs ağrısı olan hastaların EKG sonuçlarına baktığımızda 97 (%92.3) hastanın EKG'si normal sinüs ritminde olarak saptanmıştır. Altı (%5.7) hastanın EKG'sinde iskemik değişiklikler tespit edilmiştir. İki hastanın EKG'si normal sinüs ritminde olsa da klinikle beraber değerlendirildiğinde ileri görüntüleme yapılması uygun görülmüş ve bu hastalardaki göğüs ağrısının kardiyak kökenli olduğu tespit edilmiştir. Hoorweg ve ark. (85) tarafından birinci basamakta göğüs ağrısıyla başvuru sıklığı, yapılan testler ve kesin tanıların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada Hollanda ve Belçika'da olmak üzere toplam 118 hekim iki hafta boyunca hasta kayıtlarını tutmuştur. 22.294 hasta başvurusu kaydedilmiştir ve bunların 281'i (%1.26) göğüs ağrısı nedeniyle başvurmuştur. Hastaların %40.2'si ikinci basamağa sevk edilmiş ve ek tetkikler yapılmıştır. En sık tanı %33.1 oranıyla kas-iskelet sistemi hastalıkları olarak bulunmuştur ve bunu %17.1 oranıyla psikiyatrik hastalıklar izlemiştir. Miyokard enfarktüsü gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların oranı ise %8.4 olarak bulunmuştur. Bu oran bizim çalışmamıza göre daha yüksek olsa da göğüs ağrısıyla başvuran hastaların büyük çoğunluğunda ciddi bir neden olmaması ve

psikiyatrik nedenlerin büyük bir oranda görülmesi çalışmamızın sonuçlarıyla benzer niteliktedir.

İngiltere'nin Stockport kentinde acil serviste yapılan bir çalışmada ağrı şiddetinin kalp krizi olasılığıyla ilişkisi araştırılmıştır. 0 ile 10 arasında ağrı şiddetini numaralandıran hastaların sonuçlarına bakıldığında AMI olan hastaların ağrı şiddeti ortalaması AMI olmayan hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir ama bu fark anlamlı bir seviyede değildir. AMI geçiren hastaların ağrı skorları incelendiğinde hastaların %12.1'inde ağrı skorunun 0-3, hastaların %17.1'inde ağrı skorunun 4-6 ve hastaların %18.8'inde ağrı skorunun 7-10 olduğu bulunmuştur (86). Bu da ağrı skorunun MI gibi ciddi rahatsızlıklarda sınırlı tanı değeri olduğunu ve ağrı düzeyini hafif olarak tanımlayan hastaların da iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda da göğüs ağrısıyla başvuran hastalardan iki tanesinin ileri görüntüleme yöntemleriyle incelenmesi gerektiğine karar verilmiş ve koroner damarlarda darlık bulunmuştur. Bu hastaların ağrı skorları incelendiğinde ağrı düzeylerini 1 ve 2 olarak belirttikleri görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla benzer şekilde ağrı düzeyinin göğüs ağrısının ciddiyetini belirlemedeki tek gösterge olmadığını belirtmektedir.

Göğüs ağrısı olan gruptaki katılımcıların ölçek puanlarına baktığımızda kadınların hem STAI-I hem de STAI-II ölçek puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklerden daha sık görülmesine bağlı olduğu düşünülmektedir (87). Venezuela'nın kuzeydoğusunda bir ada ülkesi olan Trinidad'daki bir Eğitim Hastanesinin Acil Servisi'ne atipik göğüs ağrısıyla başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların çoğunun kadın olduğu, yaşlarının 31-50 yaş arasında olduğu ve hastaların %53.9'unda hafif ila şiddetli anksiyete, %25.5'inde orta ila şiddetli depresyon, %65.7'sinde orta seviyede stres mevcut olduğu tespit edilmiştir (88). Çalışmadaki katılımcıların atipik göğüs ağrısının olması, çoğunun kadın olması ve hastaların büyük bir kısmında anksiyete tespit edilmesi çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Marmara Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda kalp dışı göğüs ağrısı olan hastalar ve sağlıklı bireylerin sağlık anksiyetesi, somatosensoriyel duyarlılık ve aleksitimi açısından karşılaştırıldığı başka bir

çalışmada da göğüs ağrısı olan katılımcıların cinsiyet farklılıkları incelendiğinde kadınların sağlık anksiyete ve somatosensoriyel duyarlılık seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (89).

Birleşik Krallık'ta göğüs ağrısıyla yönlendirilen 154 hasta üzerinde yapılan bir başka çalışmada kadınlarda göğüs ağrısının erkeklere göre daha çok kalp dışı nedenlere bağlı olarak geliştiği görülmüştür. Ayrıca anksiyete duyarlılığının göğüs ağrısıyla ilişkisi incelenmiş ve kadınlarda ağrının anksiyete duyarlılığıyla ilişkili olduğu ama erkeklerde böyle bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (90).

Göğüs ağrısı olan ve olmayan katılımcıların STAI ölçek puanları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde göğüs ağrısı olan katılımcılarda STAI ölçek puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Göğüs ağrısı olmayan katılımcılarda ise ortaokul ve altındaki eğitim seviyesine sahip katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinin lise eğitim düzeyindeki katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar eğitim düzeyinin artmasının ruhsal hastalıkların görülme oranını azalttığını göstermektedir. Kardeşler üzerinde yapılan 61.880 kişilik bir çalışmada eğitim seviyesindeki artışın anksiyete semptom skoru, depresyon, nevroz ve psikotrop ilaç kullanımının daha düşük olmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür (91). Bizim çalışmamızda bu ilişki bütün katılımcılarda görülmemektedir. Bu durum anksiyetenin gelişmesinde pek çok faktörün etkili olmasıyla ilişkilendirilebilir.

5.1.Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızda hastalarla anksiyete tanısı açısından hastalarla klinik görüşme yapılmamıştır. Tanının kesinleştirilmesi için klinik görüşme yapılması gerekmektedir. Hastalar sadece anksiyete açısından değerlendirilmiştir. Depresyon ya da başka bir ruhsal sorunun eşlik edip etmediği sorgulanmamıştır.

Çalışma sadece aile hekimliği ve kardiyoloji polikliniği hastaları üzerinde yapıldığı için sonuçlar topluma ve ülkeye genellenemez.

Kesitsel bir çalışma olduğu için neden sonuç ilişkisini boylamsal çalışmalardaki gibi vermemektedir. Yani hastalardaki anksiyete mi göğüs ağrısına neden olmaktadır yoksa göğüs ağrısı mı anksiyete yaratmaktadır bunun belirlenmesi için ek boylamsal çalışma yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmamızda Dicle Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniği'ne göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran hastaların süreklilik durumluluk kaygı düzeyinin değerlendirilmesi ve göğüs ağrısı olmayan hastalarla bu değerlerin karşılaştırılmasıyla göğüs ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek ve hastaları doğru yönlendirip tanı ve tedavilerine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

- Çalışmamızda göğüs ağrısıyla başvuran hastalara ve göğüs ağrısı olmayan hastalara STAI ölçek anketi uygulanmıştır ve göğüs ağrısı olan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Göğüs ağrısı olan kadınların durumluk, sürekli ve toplam ölçek puanlarının göğüs ağrısı olan erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Göğüs ağrısı olan hastaların ağrı düzeyleri sorgulanmıştır ve kadınların ağrı düzeyi ortalamasının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Göğüs ağrısıyla başvuran hastalar kardiyoloji polikliniğinde anamnez, fizik muayene, kan tetkikleri, EKG ve EKO sonuçlarıyla beraber değerlendirilmiştir ve 105 hastadan 2 tanesinde göğüs ağrısını açıklayan kalple ilişkili patoloji bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Göğüs ağrısıyla başvuran hastaların çoğunda kardiyak bir neden saptanmaması ve göğüs ağrısı olan hastaların anksiyete seviyelerinin göğüs ağrısı olmayan hastalara göre daha yüksek bulunması anksiyete ve göğüs ağrısının ilişkili olduğunu göstermektedir. Birinci basamak hekimlerine göğüs ağrısı şikayetiyle gelen hastalar değerlendirilirken anksiyete akılda tutulmalı ve anksiyetesi olduğu düşünülen hastalar klinik tanı, farmakolojik tedavi ve bilişsel davranışçı terapi açısından psikiyatriye sevk edilmelidir.

Ruhsal hastalıklar pek çok somatik belirtiyeye neden olabilmektedir. Bu açıdan aile hekimleri kendilerine başvuran hastaların ruh sağlığını da detaylı bir şekilde

değerlendirmeli ve hastaları anksiyete ve depresyon açısından taramalıdır. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerde ve literatürdeki diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere kadınlarda anksiyete daha sık görülmektedir, bu açıdan kadın hastalara bu konuda özellikle dikkat edilmelidir.

Hastanelerdeki psikolog sayısı yeterli seviyede değildir. Daha çok hastanın psikolojik destek alabilmesi için psikolog sayıları arttırılmalı hatta aile sağlığı merkezlerinde psikologların da bulunması sağlanmalıdır. Bu sayede toplumun ruh sağlığı iyileştirilebilir ve hastaların gereksiz hastane başvurularının önüne geçilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Weingarten SR, Ermann B, Riedinger MS. Selecting the best triage rule for patients hospitalized with chest pain. *Am J Med.* 1989;87:494-498.
2. Eslick GD, Fass R. Noncardiac chest pain: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:531-552.
3. Basara G, Baydin A, Yilmaz A, Yucel O, Erenler AK, Murat N. Investigation of anxiety levels of patients with chest pain admitted to emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine.* 2015;15:168-171.
4. Mayou RA, Bryant B, Forfar C. Non-cardiac chest pain and benign palpitations in the cardiac clinic. *Br Heart J.* 1994;72:548-553.
5. Gary B. Green; Peter M. Hill. Chest Pain: Cardiac or Not. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 1-20
6. Cayley WE Jr. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician.* 2005 Nov 15;72(10):2012-21.
7. Ruddox V, Mathisen M, Otterstad JE. Prevalence and. Ruddox V, Mathisen M, Otterstad JE. Prevalence and prognosis of non-specific chest pain among patients hospitalized for suspected acute coronary syndrome - a systematic literature search. *BMC Med.* 2012 Jun 12;10:58. doi: 10.1186/1741-7015-10-58.
8. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaey N, Aerts M, Knottnerus JA, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract.* 2001;18:586-9.
9. Işıl AM, Bayındır AG, Tuncer Ö, Gündoğan R. Göğüs ağrısına yaklaşım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi.* 2017;1:33-35.
10. Ayrancı MK, Girişgin AS. Göğüs ağrısı. Ed: Yürümez Y, Kardiyovasküler Aciller. 1. Baskı. pp. 1-5, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2022.
11. Karakayalı O, Akdeniz S. Perikardit, miyokardit ve endokardit. Ed: Yürümez Y, Kardiyovasküler Aciller. 1. Baskı. pp. 74-9, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2022.
12. Yeter E, Akçay M, Yüksel İÖ. Göğüs ağrılı hastaya tanısal yaklaşım. *Turkish Medical Journal.* 2008;2:54-59.

13. Soylu K. Kararlı anjina pektoris. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2012;29(3):117-121. doi: 10.5835/jecm.omu.29.s3.004
14. Stabil anjina pektoris. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu <https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304>. 05.11.2024
15. Wallace WA, Richeson JF, Yu PN. Unstable angina pectoris. Clin Cardiol. 1990 Oct;13(10):679-86. doi: 10.1002/clc.4960131002.
16. Goyal A, Zeltser R. Unstable Angina. 2022 Sep 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442000/> (Erişim tarihi: 15.11.2024).
17. Lu L, Liu M, Sun R, Zheng Y, Zhang P. Myocardial infarction: symptoms and treatments. Cell Biochem Biophys. 2015 Jul;72(3):865-7. doi: 10.1007/s12013-015-0553-4.
18. Daş M, Akdur O. Akut koroner sendromlar. Ed: Yürümez Y, Kardiyovasküler Aciller. 1. Baskı. pp. 13-91, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2022.
19. Akut miyokard infarktüsünde hastane öncesi yaklaşım ve tedavi. Türk Kardiyoloji Derneği Akut Miyokard Enfarktüsü Tedavi Kılavuzu <https://tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm> (Erişim tarihi: 20.11.2024).
20. Johnson JM, Menon V. Akut miyokard infarktüsü. Ed: Menon V, Griffin BP, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. 5. Baskı. pp. 2-26, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2021.
21. Doctor NS, Shah AB, Coplan N, Kronzon I. Acute pericarditis. Prog Cardiovasc Dis. 2017;59(4):349-359. doi: 10.1016/j.pcad.2016.12.001.
22. Avula S, Madsen N. Management of acute pericarditis. Curr Opin Cardiol. 2023 Jul 1;38(4):364-368. doi: 10.1097/HCO.0000000000001056.
23. Karakayalı O, Akdeniz S. Perikardit, miyokardit ve endokardit. Ed: Yürümez Y, Kardiyovasküler Aciller. 1. Baskı. pp. 74-9, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2022.
24. Lampejo T, Durkin SM, Bhatt N, Guttman O. Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2021 Sep;21(5):e505-e510. doi: 10.7861/clinmed.2021-0121.

25. Ayhan E, Işık T. Miyokardit. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012 Ağustos 1(2):80-84.
26. Hawwa N, Wilson Tang WH. Miyokardit. Ed: Menon V, Griffin BP, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. 5.Baskı. pp. 142-15, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2021.
27. Goldhaber SZ. Pulmonary embolism. Lancet. 2004 Apr 17;363(9417):1295-305. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16004-2.
28. Kaptein FHJ, Kroft LJM, Hammerschlag G, et al. Pulmonary infarction in acute pulmonary embolism. Thromb Res. 2021 Jun;202:162-169. doi: 10.1016/j.thromres.2021.03.022. Epub 2021
29. Aslan N, Güner NG, Yürümez Y. Pulmoner embolizm. Ed: Yürümez Y, Kardiyovasküler Aciller. 1. Baskı. pp.85-90, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2022.
30. Zarogoulidis P, Kioumis I, Pitsiou G, et al. Pneumothorax: from definition to diagnosis and treatment. J Thorac Dis. 2014 Oct;6(Suppl 4):S372-6. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2014.09.24.
31. Arshad H, Young M, Adurty R, Singh AC. Acute Pneumothorax. Crit Care Nurs Q. 2016 Apr-Jun;39(2):176-89. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000110.
32. Şahin KE. Acil serviste göğüs ağrılı hastaya yaklaşım. Ed: Yücetaş ŞC. SAĞLIK & BİLİM 2023: Güncel Tıp –I. 1.Baskı. pp. 129-144, Efe Akademi Yayınları, İstanbul, 2023.
33. Yıldızhan A. Pnömotoraks ve cerrahi tedavisi. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği Yayınları. pp. 162-177 https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/200/51120141068-18_Bolum_17_Pnomotoraks_162177.pdf (Erişim tarihi: 18.11.2024)
34. Prêtre R, Von Segesser LK. Aortic dissection. Lancet. 1997 May 17;349(9063):1461-4. doi: 10.1016/S0140-6736(96)09372-5
35. Aggarwal B, Thamilarasan M. Aort anevrizmaları ve aort diseksiyonu. Ed: Menon V, Griffin BP, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. 5. Baskı. pp. 389-398, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2021.
36. Erarslan E. Non kardiyak göğüs ağrısı: Tanı ve güncel tedavi. Güncel Gastroenteroloji. 2016;20(4): 455-461.

37. Svavarsdóttir AE, Jónasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. *Can Fam Physician*. 1996 Jun;42:1122-8.
38. Campbell KA, Madva EN, Villegas AC, et al. Non-cardiac chest pain: a review for the consultation-liaison psychiatrist. *Psychosomatics*. 2017 May-Jun;58(3):252-265. doi: 10.1016/j.psych.2016.12.003.
39. Koylan N. Kalp ve Damar Hastalıklarında fizik muayene. Ed: Kaysı A, İç Hastalıkları (Semioloji). 16.Baskı. pp 188-230, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 2022.
40. Mercanoğlu F. Üfürümler. Ed: Kaysı A, İç Hastalıkları (Semioloji). 16.Baskı. pp 230-246, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 2022.
41. Emeksiz ZŞ, Bostancı İ. Akciğer: Sesimi duyan var mı? *Güncel Pediatri*. JCP 2018;16(3):79-84.
42. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: A report of the american college of cardiology Foundation/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2013;127:e362-425.
43. Birnbaum Y, Wilson JM, Fiol M, de Luna AB, Eskola M, Nikus K. ECG diagnosis and classification of acute coronary syndromes. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2014 Jan;19(1):4-14. doi: 10.1111/anec.12130.
44. Jacob R, Khan M. Cardiac biomarkers: what is and what can be. *Indian J Cardiovasc Dis Women WINCARS*. 2018 Dec;3(4):240-244. doi: 10.1055/s-0039-1679104.
45. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):319-25. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq.
46. Işık E, Işık Taner Y. Anksiyete. Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. pp.3-46, Golden Print, İstanbul, 2006.
47. Tamam L, Demirkol ME. Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*. 1.Baskı. pp. 1641-1643, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2019.
48. Özer Ş. Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi. Ed: Tükel R, Alkın T, Anksiyete Bozuklukları. 1.Baskı. pp. 3-4, Ankara, 2006.

49. Atılgan Avcı N, Sağır T. Türkiye’deki viyola icracılarının müzik performans anksiyetesi üzerine bir inceleme. *Journal of Interdisciplinary and Intercultural Art*. 2021;6(12):298-321.
50. Göka E, Yüksel FV, Göral S. İnsan ilişkilerinde yansıtımlı özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(1):46-54.
51. Sayar K, Tüzün O. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*; 2006, 19(1):24-39.
52. Özakkaş T. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Ed: Özakkaş T, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, 2014.
53. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):914-927. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00359-7.
54. American Psychiatric Assosiation: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Assosiation; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
55. Topçuoğlu V. Anksiyete bozuklukları. *Istanbul Kent University J Health Sciences*. 2022;1(1):38-40.
56. Kaya MM. Ayrılma kaygısı bozukluğu üzerine bir inceleme. *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*. 2021;4(2):209-220. <https://doi.org/10.38004/sobad.989592>.
57. Dilbaz N. Sosyal fobi. Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2000;3(2):3-21.
58. Tükel R. Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5(3):5-13.
59. Tamam L. Panik bozukluk. *Actual Medicine*. Mart, 2009;17(3):32-38. https://www.researchgate.net/profile/Lut_Tamam/publication/264734232_Panik_Bozukluk_Panic_Disorder/links/552aba1a0cf2779ab792efb7/Panik-Bozukluk-Panic-Disorder.pdf (Erişim tarihi :03.12.2024)
60. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Sep 14;155(37):611-620. doi: 10.3238/arztebl.2018.0611.
61. Özcan Ö, Çelik GG. Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2017;3(2):115-120.

62. Becker S, Fuchs X, Schakib-Ekbatan K, Schweiker M. What does moderatepain mean? Subgroups holding different conceptions of rating scales evaluateexperimental pain differently. *Eur J Pain*. 2020;24(3):625–38. <https://doi.org/10.1002/ejp.1514>.
63. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(‘self-evaluation questionnaire’). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983.
64. Öner N, Le Compte A. Durumluk Surekli Kaygi Envanteri El Kitabı. pp.1-26, İstanbul Boğazici Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983.
65. Knowles KA, Olatunji BO. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clin Psychol Rev*. 2020 Dec;82:101928. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101928.
66. Aydemir Ö, Köroğlu E. Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri (STAI). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 7.Baskı. pp.221-31, HYB Basım Yayın, Ankara, 2014.
67. Rahman A. Chest pain. *Aust J Gen Pract*. 2024 Jul;53(7):437-442. doi: 10.31128/AJGP-04-23-6810.
68. Aslan H, Aslan O, Şan M, Alparslan N, Kandış M. Kardiyak kökenli olmayan göğüs ağrısında ruhsal etkenler. *Düşünen Adam*; 1996, 9 (3): 18-22.
69. Smeijers L, van de Pas H, Nyklicek I, Notten PJ, Pedersen SS, Kop WJ. The independent association of anxiety with non-cardiac chest pain. *Psychol Health*. 2014;29(3):253-63. doi: 10.1080/08870446.2013.843681.
70. Zarean E, Samani ZB, Kheiri S, Torkian S. Comparing depression, anxiety, and quality of life in individuals with cardiac and non-cardiac chest pain. *Front Psychiatry*. 2024 Jan 16;14:1302715. doi: 10.3389/fpsy.2023.1302715.
71. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. 2023 Aug 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.
72. Katerndahl DA. Chest pain and its importance in patients with panic disorder: an updated literature review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(5):376-83. doi: 10.4088/pcc.v10n0505.

73. Mandrekar S, Venkatesan P, Nagaraja R. Prevalence of musculoskeletal chest pain in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Pain*. 2021 Apr 12;21(3):434-444. doi: 10.1515/sjpain-2020-0168.
74. Ayloo A, Cvengros T, Marella S. Evaluation and treatment of musculoskeletal chest pain. *Prim Care*. 2013 Dec;40(4):863-87, viii. doi: 10.1016/j.pop.2013.08.007.
75. Grillon C, Duncko R, Covington MF, Kopperman L, Kling MA. Acute stress potentiates anxiety in humans. *Biol Psychiatry*. 2007 Nov 15;62(10):1183-6. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.06.007.
76. Carlehed G, Katz J, Nordin S. Somatic symptoms of anxiety and depression: A population-based study. *Mental Health & Prevention*; June, 2017. doi: 10.1016/j.mhp.2017.03.005.
77. Aydın N, Gürel D, Vural A, Vargel S. Bronşial astım hastalarında depresyon ve anksiyete varlığı. *Türkiye Klinikleri Allerji-Astım* 2002, 4:119-124.
78. Ye G, Baldwin DS, Hou R. Anxiety in asthma: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 Jan;51(1):11-20. doi: 10.1017/S0033291720005097.
79. Dawson LP, Nehme E, Nehme Z, Davis E, Bloom J, Cox S, et al. Sex Differences in Epidemiology, Care, and Outcomes in Patients With Acute Chest Pain. *J Am Coll Cardiol*. 2023 Mar 14;81(10):933-945. doi: 10.1016/j.jacc.2022.12.025.
80. Bösner S, Bönisch K, Haasenritter J, Schlegel P, Hüllermeier E, Donner-Banzhoff N. Chest pain in primary care: is the localization of pain diagnostically helpful in the critical evaluation of patients?--A cross sectional study. *BMC Fam Pract*. 2013 Oct 18;14:154. doi: 10.1186/1471-2296-14-154.
81. Magarian GJ, Middaugh DA, Linz DH. Hyperventilation syndrome: a diagnosis begging for recognition. *West J Med*. 1983 May;138(5):733-6.
82. Jany B. Pneumologische Ursachen für Thoraxschmerz [Pulmonary causes of chest pain]. *Internist (Berl)*. 2017 Jan;58(1):22-28. German. doi: 10.1007/s00108-016-0169-9.

83. Granot M, Goldstein-Ferber S, Azzam ZS. Gender differences in the perception of chest pain. *J Pain Symptom Manage*. 2004 Feb;27(2):149-55. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2003.05.009.
84. Sullivan MJL, Tripp DA, Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research*, 2000;24(1): 121-134.
85. Hoorweg BB, Willemsen RT, Cleef LE, Boogaerts T, Buntinx F, Glatz JF, Dinant GJ. Birincil bakımda göğüs ağrısı sıklığı, yapılan tanı testleri ve nihai tanılar. *Kalp*. 2017 Kas;103(21):1727-1732. doi: 10.1136/heartjnl-2016-310905.
86. Body R, Lewis PS, Carley S, Burrows G, Haves B, Cook G. Chest pain: if it hurts a lot, is heart attack more likely? *Eur J Emerg Med*. 2016 Apr;23(2):89-94. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000218
87. Yonkers KA, Howell H, Sevar K, Castle DJ. Anxiety disorders in women. Ed: Castle DJ, Abel KM, *Comprehensive Women's Mental Health*. pp. 220-232, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2016.
88. Bahall M, Kissoon S, Islam S, Panchoo S, Bhola-Singh N, Maharaj M, Khan F, Marajh S, Maharaj A, Legall G. Patients With Atypical Chest Pain: Epidemiology and Reported Consequences. *Cureus*. 2024 Jan 27;16(1):e53076. doi: 10.7759/cureus.53076.
89. Zincir SB, Sunbul M, Sunbul EA, Dalkilic B, Cengiz F, Kivrak T, Durmus E. Evaluation of alexithymia, somatosensory sensitivity, and health anxiety levels in patients with noncardiac chest pain. *Biomed Res Int*. 2014;2014:896183. doi: 10.1155/2014/896183.
90. Keogh E, Hamid R, Hamid S, Ellery D. Investigating the effect of anxiety sensitivity, gender and negative interpretative bias on the perception of chest pain. *Pain*. 2004 Sep;111(1-2):209-17. doi: 10.1016/j.pain.2004.06.017.
91. Vinueza Veloz MF, Bhatta L, Jones PR, Tesli M, Smith GD, Davies NM, Brumpton BM, Næss ØE. Educational attainment and mental health conditions: a within-sibship Mendelian randomization study. *medRxiv* [Preprint]. 2024 Aug 11:2024.08.10.24311789. doi: 10.1101/2024.08.10.24311789.

8. EKLER

8.1. Sosyodemografik Veri Formu

S1- Vaka (1)

S2-Yaş:.....yıl

S3-Cinsiyet: 1- Kadın 2- Erkek

S4- Vücut Ağırlığı:kg

S5-Boy:m

S6-Eğitim düzeyi:

Okur-yazar değil (1) İlkokul (2) Ortaokul (3) Lise (4) Üniversite ve üstü (5)

S7-Meslek:

Çalışmıyor (1) Öğrenci (2) Memur (3) İşçi (4) Emekli (5) Diğer (6)- belirtiniz.....

8.2. Göğüs Ağrısının Özellikleri

S8-Ne zamandır var?gün/.....hafta/.....ay

S9-Ne kadar sıklıkla oluyor?günde bir/haftada bir/.....ayda bir

S10-Niteliği? 1-Batıcı 2-Yanııcı 3-Sıkıştırıcı 4-Bıçak saplanır tarzda 5-Pozisyonel(vücudun pozisyonu ile değişen)

S11-Ağrı atağı süresi ?dakika/.....saat/.....gün

S12-Lokalizasyon? 1-Epigastirik(mide bölgesinin üzerinde) 2-sternum(iman tahtası) üzeri 3-göğüs sağ yan 4-göğüs sol yan 5-yaygın

S13-Yayılmı varsa yayılımı nasıl? 1-Sol omuz 2-sağ omuz 3-karın 4-sırt

S14-Eforla ilişkisi ? 0-Yok 1-Var

S15-Solunumla ilişkisi? 0-Yok 1-Var

S16-Yemekle ilişkisi? ? 0-Yok 1-Var

S17- Ağrı Düzeyi

Ağrınızı 1 den 10 a kadar 1 çok az 10 çok şiddetli olacak şekilde numaralandırır mısınız ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(çok az)									(çok şiddetli)

S18-Çarpıntı:	0-Yok 1-Var
S19-Nefes darlığı:	0-Yok 1-Var
S20-Senkop(bayılma):	0-Yok 1-Var
S21-Başka bir yerde ağrı ve yeri (karın,eklem vs...) Varsa yerini belirtiniz:.....	0-Yok 1-Var
S22-Çabuk yorulma:	0-Yok 1-Var
S23-Öksürük:	0-Yok 1-Var
S24-Ateş:	0-Yok 1-Var
S25-Halsizlik:	0-Yok 1-Var
S26-Kas-eklem ağrısı:	0-Yok 1-Var
S27-Stres:	0-Yok 1-Var

8.3. Özgeçmiş ve Aile Öyküsü

28a-Astım öyküsü:	0-Yok 1-Var
28b-Travma öykü	0-Yok 1-Var
28c-Tiroid (guatr) hastalığı:	0-Yok 1-Var
28d-Kalp hastalığı:	0-Yok 1-Var
28e-Diyabet(Şeker hastalığı):	0-Yok 1-Var
28f-Hipertansiyon:	0-Yok 1-Var
28g-Mide şikayeti:	0-Yok 1-Var
S29-Aile Öyküsü	
29a-Ailede benzer şikayetleri olan var mı ?	1- Evet 0-Hayır
29b-Ailede erken yaşta kalp hastalığı var mı? (E<55 K<60y)	1-Evet 0-Hayır
29c-Ailede erken yaşta ani ölüm var mı?	1-Evet 0-Hayır

8.4. Laboratuvar

- 30-Ekg bulgusu:
- 2-Eko bulgusu :
- 3-Lipid paneli
- 4-Kardiyak enzimler:
- 5-T.A:
- 6-Varsa diğer laboratuvar:

8.5. STAI Formu

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakınım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk Kaygı Puanı:

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı:

8.6. İntihal Raporu

6.03.2025 14:57

Ödev Gelen Kutusu

[Pakize Gönme Erişim Bülteni](https://www.turnitin.com/user_info.asp?lang=tr) (https://www.turnitin.com/user_info.asp?lang=tr) | [Kullanıcı Bilgisi](https://www.turnitin.com/user_info.asp?lang=tr) (https://www.turnitin.com/user_info.asp?lang=tr) | [Mesajlar](https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr) (<https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr>) | [Öğretmen](https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr) | [Tünel](https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr) | [Topluluk](https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr) (<https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr>) | [Yardım](https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr) (<https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr>) | [Tümünü Göster](https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr) (<https://www.turnitin.com/announcements.asp?lang=tr>)

[Ödevi Düzenle](https://www.turnitin.com/assignmenttype/paper/settings/166403718?lang=tr) (<https://www.turnitin.com/assignmenttype/paper/settings/166403718?lang=tr>)

[GradeMark Raporu](https://www.turnitin.com/grademark_report.asp) (https://www.turnitin.com/grademark_report.asp)

GÖRÜNTÜLENİYOR:

ANASAYFA ([HTTPS://WWW.TURNITIN.COM/T_HOME.ASP?LANG=TR](https://www.turnitin.com/t_home.asp?lang=tr)) > ZÜLAL TEZ ([HTTPS://WWW.TURNITIN.COM/CLASS/47800021/INSTR...](https://www.turnitin.com/class/47800021/INSTR...)) >

DİCLE ÜNİVERSİTESİ KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE GÖĞÜS AĞRISI...

Bu sayfa hakkında

Burası ödev gelen kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu simgesini seçin. Gölgeli bir simge, o Benzerlik Raporunun henüz üretilmediğini belirtir.

Gönder ([/t_submit.asp?aid=166403718&lang=tr](https://www.turnitin.com/submit.asp?aid=166403718&lang=tr))

Ara

Tüm Ödevler

Seçili Olanı İndir (1)

Şuraya Tıkla



☐	Yazar	Başlık	Gönderim Numarası	Yüklendi	Görüntülendi	Benzerlik	Bay
☒	Yiye Zülal Halifeoğlu Eisan	Dicle Üniversitesi Kardiyol...	2606879459	6 Mart 2025		7%	-