

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TİP D KİŞİLİK VE KARDİYOYASKÜLER
HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ
DR. ARMAĞAN SÜRGİT

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR BEHÇET COŞAR

ANKARA
TEMMUZ 2010

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLolar LİSTESİ.....	III
KISALTMALAR.....	IV
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tip D Kişilik Tanımı.....	3
2.2. Tip D Kişilik Tanısı Nasıl Konulur?.....	4
2.3. Tip D Kişilik Prevelansı ve Cinsiyet Farkı.....	5
2.4. Tip D Kişilik ve Kalıtsallık.....	6
2.5. Tip D Kişiliğin Emosyonel ve Sosyal Zorluklarla İlişkisi.....	7
2.6. Depresyon- Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki.....	14
2.7. Tip D Kişilik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
4.BULGULAR.....	33
4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Verileri.....	33
4.2. Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Tip D Kişiliğin Prevelansı.....	39
4.3. Tip D Kişiliğin Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Cinsiyet İle İlişkisi	39
4.4. Tip D Kişilik ile Sigara, Alkol İçimi ve BMI Arasındaki İlişki.....	41
4.5. Hasta Grubunda Tip D kişiliğin Kardiyolojik Tanı, Kardiyovasküler Risk Faktörleri ve Ejeksiyon Fraksiyonu ile İlişkisi.....	42

4.6. Depresyonun Hasta ve Kontrol Gruplarında Prevelansı ve Tip D	
Kişilik ile Depresyon Arasındaki İlişki.....	43
4.7. Anksiyetenin Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Prevelansı ve Tip D	
Kişilik ile Anksiyete Arasındaki İlişki.....	46
4.8. MSPSS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı ve Tip D	
Kişilik ile MSPSS Skorları Arasındaki İlişki.....	48
4.9. SAD PERSONS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı	
ve Tip D Kişilik ile SAD PERSONS Skorları Arasındaki İlişki.....	50
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇLAR.....	67
7. KAYNAKLAR.....	70
8. ÖZET.....	83
9. SUMMARY.....	85
10. EKLER.....	87
11. ÖZGEÇMİŞ.....	96

TABLÖLER LİSTESİ

1- Hasta ve Kontrol Gruplarında Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	35
2- Hasta ve Kontrol Gruplarında Sigara, Alkol Kullanımı ve Vücut Kitle İndekslerinin Dağılımı.....	37
3- Hasta Grubunun Kardiyolojik Tanı, Ejeksiyon Fraksiyonu Değeri ve Almış Oldukları Kardiyovasküler Risk Puanlarına Göre Dağılımı.....	38
4- Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Tip D Kişilik Dağılımı.....	39
5- Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Tip D Kişiliğın Cinsiyet ile İlişkisi.....	41
6- Tip D Kişilik ile Alkol, Sigara Kullanımı ve BMI Arasındaki İlişki.....	42
7- Hasta Grubunda Tip D kişilik İle Kardiyolojik Tanı, Kardiyovasküler Risk Faktörleri, EF arasındaki ilişki.....	43
8- Hasta ve Kontrol Gruplarında Tip D Kişilik ile Depresyon, Anksiyete, MSPSS, SAD PERSONS Skorları Arasındaki İlişki.....	45
9- Hasta Grubunda NA ve SI Skorları ile Depresyon, Anksiyete, MSPSS, SAD PERSONS skorları arasındaki ilişki.....	45
10- Hasta ve Kontrol Gruplarında Tip D Kişilik Olan ve Olmayanlara Göre Depresyon, Anksiyete, MSPSS ve SAD PERSONS Skorlarının Ortalama Değeri.....	46
11- MSPSS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı.....	48
12- SAD PERSONS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı...50	

KISALTMALAR

NA: Negatif Affektivite

SI: Sosyal İnhibisyon

MI: Myokard Enfarktüsü

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

DS-14: Tip D Kişilik Ölçeği

MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

HAD-Ö: Hastane Anksiyete- Depresyon Ölçeği

BMI: Vücut Kitle İndeksi

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar Amerika Birleşik Devletleri'nde ve diğer sanayileşmiş ülkelerde en önde gelen ölüm nedenidir. Otuz beş yaşın üstündeki kişilerin yaklaşık 1/3'nün kardiyovasküler hastalık nedeniyle en sık olarak da aterosklerotik koroner arter hastalığı komplikasyonlarına bağlı öleceği tahmin edilmektedir.

Akut ve kronik psikolojik distres koroner kalp hastalığı patogenezi ve artan riski ile ilişkilidir. Kişilik ise kronik stresin major belirteçidir fakat kardioloji ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye odaklanan az sayıda çalışma vardır. Denollet ve arkadaşları tip D kişiliği öne sürmüşler ve bunu negatif affektivite ve sosyal inhibisyon düzeylerinin yüksek olması olarak tanımlamışlardır. Başka bir deyişle tip D kişilik; negatif emosyonları deneyimlemeye eğilim ve bu duyguları sosyal ilişkilerden uzaklaşarak inhibe etmeye karakterizedir. Ayrıca tip D kişilik depresyon, anksiyete, suicidal düşünce, somatik yakınmalar, algılanan sosyal destek eksikliği, bozulan yaşam kalitesi, yorgunluk ve hayati bitkinlik semptomları, iş hayatı ile ilgili sorunlar olmak üzere çeşitli emosyonel, fiziksel ve

sosyal zorluklarla ilişkilidir.

Literatürdeki veriler tip D kişilik ve kardiyovasküler hastalıklar arasında güçlü bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Tip D kişiliğin kardiyovasküler hastalarda sağlıklı kişilere göre daha yüksek prevelansta görüldüğü ve kötü kardiyak prognozla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

Ülkemizde tip D kişilik hakkında yapılan çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı; aterosklerotik koroner arter hastalığı tanısı almış (myokard enfarktüsü geçirmiş, stent takılmış, bypass cerrahisi geçirmiş) hastalarda tip D kişiliğin prevelansına bakmak, cinsiyet ile ilişkisini saptamak; tip D kişilik ile anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek, suisid riski arasındaki ilişkiyi araştırmak ve bunları sağlıklı kontroller ile karşılaştırmaktır. Çalışmaya konjenital kalp hastalığı olanlar, primer tıbbi hastalığa bağlı akut gelişen koroner kalp hastalığı olanlar, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olanlar, mental retardasyon, demans ve şizofreni gibi bilgi almayı zorlaştıran ağır ruhsal hastalığı olanlar ve antidepresan ilaç kullananlar alınmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tip D Kişilik Tanımı

Denollet ve ark. “ Distressed personality” yani tip D kişiliği tanımlamışlar ve bunun hem negatif affektivite hem sosyal inhibisyon düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. (1)

Bu tanımlı açacak olursak;

Negatif affektivite (NA) : Negatif emosyonları (depresif duygulanım, anksiyete, kızgınlık, düşmanlık) deneyimlemeye meyil olarak tanımlanır. NA skoru yüksek olan bireylerin kendilerine bakışı da negatiftir. Yüksek NA’lı bireyler daha fazla disfori, anksiyete ve irritabilite duygularını yaşarlar. Çevreyi olması muhtemel sıkıntıların işaretlerini görmek için tararlar. (2) NA nevrozizm ile pozitif ilişkilidir.

Sosyal inhibisyon (SI): Sosyal ilişkilerde beğenilmeme, karşılık alamama gibi potansiyel tehlikelerden kaçınmak amacıyla duygu ve davranışların dışı vurulmasındaki inhibisyon eğilimi olarak tanımlanır. (3)

SI skoru yüksek olan bireyler sıklıkla inhibisyon, gerginlik, rahatsızlık ve

diğer insanlarla karşılaştığında güvensizlik hissederler. Başkaları ile birlikte iken endişeli olma duygusundadırlar. (4,5)

Yani tip D kişilik; negatif duyguları deneyimlemeye eğilim ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak inhibe etmeyle karakterizedir. (6)

Tip D kişiler kırgınlık, yaşamın kasvetli tarafına bakma, gerginlik ve mutsuzluk duygularına eğilimlidir. Daha kolay irrite olurlar, olasılıkla pozitif duyguları daha az deneyimlerler. Aynı zamanda negatif duyguları diğer insanlarla daha az paylaşırlar. Tip D bireyler diğer insanlarla daha az bağ kurarlar ve yabancıların olduğu ortamlarda rahatsız olma eğilimindedirler. Tip D bireyler düşük benlik algısı, yaşama karşı genel bir hoşnutsuzluk sergilerler. (7)

Tip D kişilik temelde psikopatolojik olmaktan çok normal kişilik özelliğidir.

2.2. Tip D Kişilik Tanısı Nasıl Konulur?

Tip D kişilik tanısı 14 maddeden oluşan Type D scale (DS14) ile konur. Bu ölçek 7' şer maddelik NA ve SI olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. Her bir madde 0-4 arasında puanlanan likert tipinde bir ölçektir. Her iki alt ölçeğin de kesim noktası ≥ 10 dur. Kişi hem NA hem SI alt ölçeğinden 10 yada üzeri puan

alırsa tip D kişilik tanısı konur. (8,9)

Ölçeğin psikometrik kalitesi ve prognostik gücü Belçikalı kardiyak hastalarda istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Güvenilirliği gösterilmiştir. Her iki alt ölçeğin de geçerliliği gösterilmiştir. NA ve SI alt ölçeklerinin yapısal ve internal tutarlılığı Danimarkalı ve Alman kardiyak hastalarda yapılan çalışmalarda doğrulanmıştır. (6)

2.3. Tip D Kişilik Prevelansı ve Cinsiyet Farkı

Belçika da 3813 kişi ile yapılan çalışmada (2508 genel populasyon,573 koroner hasta,732 hipertansiyon hastası) 1027 kişi tip D olarak sınıflandırılmıştır. %21' i genel populasyondan olmasına karşın %28' i koroner kalp hastası (KKH), %53' ü hipertansiyon grubundan tanı almıştır. (10)

İngiltere de 588 (448 kadın,140 erkek) sağlıklı katılımcı ile yapılan çalışmada; 249 kişi tip D olarak sınıflanmıştır. (200 kadın,49 erkek) Yani erkeklerin %35'i, kadınların %44.6'sı tip D tanısı almıştır. Sonuçta cinsiyetin tip D kişilik üzerinde etkili olduğu ve kadınların daha yüksek olasılıkla tip D sınıfında olduğu yorumu yapılmıştır. Tip D kişilik prevelansı %42

bulunmuştur.(11)

Almanya’da yapılan bir çalışmada; tip D kişiliğin prevelansı genel popülasyonda %32.5, psikosomatik hastalarda ise %62 bulunmuştur. Cinsiyet ve yaşın tip D üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır. (12)

171 iskemik kalp hastası ile yapılan başka bir çalışmada ise; tip D prevelansı kadınlarda %41, erkeklerde %26 bulunmuş ve cinsiyetin anlamlı etkisi olduğu,kadınlarda tip D kişiliğin daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır. (9)

Yakın zamanda Norveçli KKH tanısı almış kişilerle yapılan çalışmada; tip D prevelansı %18 bulunmuş ve cinsiyetin anlamlı olduğu kadınlarda tip D kişiliğin daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. (13)

Bu bulgular kadın ve erkeklerde, sağlıklı ve kardiyak hastalarda tip D kişilik prevelansını yorumlamak için daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2.4. Tip D Kişilik ve Kalıtsallık

Literatürde tip D kişiliğin kalıtsallığı hakkında yapılan bir çalışmada tip D kişilik ve alt komponentleri olan NA ve SI’ daki bireysel farklılıklarda

genlerin ve çevrenin etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Çalışma Hollanda’da 3331 sağlıklı, genç yetişkin ikizlerde yapılmıştır. Tip D kişiliğın büyük ihtimalle kalıtsal olduğu ve kalıtsallık oranının %52 olduğu sonucuna varılmıştır. NA ve SI’nın eşit oranlarda kalıtsal olduğu, tahmini oranların %46 ve %50 olduğu bildirilmiştir. NA ve SI’ da hem genetik hem de çevrenin etkisi olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışma genlerin tip D kişilik ve alt komponentlerindeki bireysel farklılıklarda önemli olduğuına dair güçlü kanıtlar sağlamıştır. (14)

2.5. Tip D Kişiliğın Emosyonel ve Sosyal Zorluklarla İlişkisi

Tip D kişilik çeşitli emosyonel ve sosyal zorluklarla ilişkilidir. Bu zorluklar:

- Depresif semptomlar
- Anksiyete
- Suisid dűřűncesi
- Somatik yakınmalar
- Algılanan sosyal destek eksikliğı
- Bozulan yaşam kalitesi

-Yorgunluk ve hayati bitkinlik semptomları

-İşle ilgili problemler

Tip D hastalar depresyon ve anksiyete semptomları açısından risk altındadır.Bu pek çok çalışma sonuçlarında doğrulanmıştır. (9,15,16,17,18)

Danimarka da yapılan 112 myokard enfarktüsü (MI) geçirmiş hasta ve 115 sağlıklı gönüllüde yapılan çalışmada tüm hastalar ve sağlıklı gönüllüler göz önüne alındığında Tip D bireylerin tip D olmayanlara göre depresyon ,anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu semptom kümelerinde daha yüksek puan aldıkları sonucuna varılmıştır. (15) Tip D kişiliğin depresif ve anksiyete semptomları, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkisi olduğuna dair kanıtlar vardır. (9,15,16) Tip D kişilik sosyal fobi ve panik bozuklukla da ilişkili olabilir. (6)

KKH tanısı almış, ayaktan 121 hasta ile yapılan bir çalışmanın sonucunda ; kronik kalp yetmezliğinin etyolojisi, şiddeti, yaş, cinsiyet ayarlandığı zaman tip D kişiliğin bağımsız olarak depresif semptomlarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır. (17)

Danimarka’ da KKH tanısı olan 707 hasta ile yapılan bir çalışmada da; Tip D

kişiliğin depresyon ve anksiyete ile diğer değişkenlerden bağımsız olarak ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. (18)

Tip D bireylerde tip D olmayanlara göre anlamlı oranda daha fazla negatif affekt, daha az pozitif affekt raporlanmıştır. (19) Ek olarak Tip D çocuklarda da daha fazla negatif duygudurum ve daha fazla üretken olmayan düşünceler olduğu bildirilmiştir. (20)

Ayrıca tip D kişilik kardiyak tedavi sırasında da artmış depresif ve anksiyete semptomları ile ilişkilidir. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada; Tip D bireylerin implante edilebilir defibrilatör tedavisi sırasında anksiyete ve depresif semptomlar açısından daha çok yakındıkları bulunmuştur. (16)

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada; depersonalizasyon, tip D kişilik ve kardiyovasküler risk faktörleri gibi suisid fikrinin altında yatan faktörler araştırılmıştır. Suisid fikri anlamlı olarak kadın cinsiyet, partnersiz yaşam, düşük sosyoekonomik düzey, KKH teşhisi, MI aile öyküsü, sigara içme ve mental distres ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yaş, kişinin bildirdiği depresyon, panik bozukluk, depersonalizasyon, tip D kişilik ile anlamlı ilişki bildirilmiştir. Bu çalışmada ilk

kez genel popülasyonda tip D kişilik ve depersonalizasyonun suisid düşüncesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.(21)

Tip D kişilik ve somatik yakınmalar arasındaki ilişkiyi çocuklarda araştıran bir çalışmada; NA ve SI skorları yüksek olan çocukların daha fazla somatik yakınması olduğu, NA ve SI skorları düşük olanların ise daha az somatik yakınması olduğu sonucuna varılmıştır. Gençlerde NA ve SI kombinasyonunun; somatik yakınmaların artmış riskine işaret ettiği bildirilmiştir. (22)

Genel popülasyondaki kişilerde tip D varlığı aynı zamanda kötü fiziksel sağlık durumu ile ilişkilidir. Tip D bireyler tip D olmayanlara göre daha fazla somatik yakınmalar ve anlamlı oranda düşük sağlık durumu bildirirler.(22,23,24,25,26)

Tıbbi çalışmalarda yaşam kalitesi sıklıkla bir sonuç olarak kullanılsa da bazı hastalar bunu hayatta kalmaktan daha çok önemserler. Kanıtlar tip D kişiliğin yaşam kalitesini etkileyebileceğini desteklemektedir. 5 yıllık prospektif bir çalışmada tip D hastalar tip D olmayanlara göre 2 kat fazla kötü hissedilen sağlık durumu bildirmişlerdir. Bu çalışmada tip D kişiliğin yaşam kalitesini olumsuz

etkilediği de vurgulanmıştır. (8) Başka bir çalışmada; koroner arter bypass cerrahisi geçirenlerde tip D kişiliğin yaşam kalitesinin hem fiziksel hem mental bileşenlerindeki kötü sonuçların bağımsız prediktörü olduğu söylenmiştir. (27)

Ayrıca koroner hastalarda yaşam kalitesindeki değişiklikler açısından, psikososyal faktörlerin objektif medikal belirteçlerden daha önemli prediktör oldukları belirtilmektedir. (28)

Tip D kişilik akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini bozan bir prediktrdr. Tip D kişilik ile ilgili bir derleme yazısında; tip D hastalarda yaşam kalitesinin bozulma riskinin daha yüksek olduğu, medikal ve invaziv tedaviden daha az yarar görme risklerinin olduğu belirtilmiştir. (29)

Tip D bireyler pasif ve maladaptif kaçınma stratejilerini daha fazla kullanmaya meyillidir. Bu da hissedilen stres ve tükenmişlik semptomlarının daha yüksek seviyeleri ile ilişkilidir. (30)

Yorgunluk ve hayati bitkinlik semptomları tip D kişilikli kardiyak hastalarda yüksek prevelensta görülmektedir. Hayati bitkinlik; aşırı yorgunluk, artmış iritabilite ve demoralizasyon ile tanımlanmıştır. Bunlar hiperlipidemi ile eşit risk

faktörleridir. MI sonrası kardiyak mortaliteyi 40 aya kadar predikte eder. 171
iskemik kalp hastası ile yapılan bir çalışmada Tip D kişilik temeldeki hayati
bitkinliğin 6 kat artmış riski ile ilişkilidir. (9)

Yakın zamanda Almanya’ da genel populasyon üzerinde yapılan çalışmada;
tip D kişiliğin hayati bitkinlik semptomları ve kişinin kendisi tarafından algılanan
sağlık düzeyinde düşüklük ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. (31)

Sosyal destek psikolojik distresten koruyan ayrıca olumsuz medikal
sonuçların oluşumunu etkileyen faktör olarak bilinir. İngiltere de 588 sağlıklı
katılımcı ile yapılan çalışmada tip D bireylerde tip D olmayanlara göre algılanan
sosyal destek seviyelerinin anlamlı oranda düşük olduğu raporlanmıştır. Ayrıca
cinsiyetin bu ilişkide etkili olduğu kadınlarda erkeklere göre sosyal destek
seviyelerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. (11) Bu çalışma tip D ve
düşük sosyal destek arasındaki ilişkiyi destekleyen diğer çalışmalarla
uyumludur. Ayrıca bu sonuçlar Denollet ve arkadaşlarının söylediği tip D kilerde
sosyal uzaklaşma görülür cümlesiyle de uyumludur. (32) İngiliz ve İrlandalı 1012
sağlıklı genç yetişkinde yapılan çalışmada da tip D bireylerde tip D olmayanlara

göre sosyal destek seviyelerinin anlamlı oranda düşük olduğu bildirilmiştir. (33)

İmplant edilebilir kardiyak defibrilatör tedavisi altındaki hastalarda tip D kişilik anksiyete ve depresyondan bağımsız olarak algılanan sosyal desteğin düşüklüğü ile ilgilidir. (34)

Tip D kişilik ve bozulan sağlık durumu arasındaki ilişki aynı zamanda mesleki çevredeki problemleri de etkileyebilir. Tip D kişilik; çaba-ödöl dengesizliğı, büyük tahahütler, fiziksel iş şartlarının olumsuz algılanması, amirle ve diğler mesai arkadaşları ile ilişkilerde önemli problemler ile ilişkili olabilir. (35)

Tip D kişilikli çalışanların işten ayrılmalarının daha sık olduğı gösterilmiştir. Tip D bireylerin sık hastalık izni alması, hayati bitkinlik semptomlarını yaşamaya daha meyilli olmaları, iş ortamı şartlarını diğlerlerine göre daha stresli algılamaları bunun muhtemel açıklamaları olabilir. (36,37) Tip D kişilikli çalışanlar daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşarlar, kişisel başarıya daha düşük duyarlılık gösterirler. (37) Tip D çalışanlarda özellikle işle ilgili stresörle karşılaşınca tip D olmayanlara göre 9 kat daha fazla travma sonrası stres bozukluğu gelişebilir.(38)

2.6. Depresyon –Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki

Pek çok çalışma kronik kalp yetmezliği olan yatan hastalarda depresif semptomların prevelansına odaklanmıştır. Gottlieb ve arkadaşları ayaktan kalp yetmezliği hastalarında depresyonun prevelansına bakmışlar ve depresyonu yaygın bir komorbid durum olarak bulmuşlardır. (39) Kardiyovasküler hastalar arasında depresyon ve/veya anksiyete çok yaygındır. Prevelansı %15-50 arasındadır. (40)

Temeldeki (başlangıçtaki) sağlık durumu ve değişkenler ayarlandığında depresif semptomların kronik kalp yetmezlikli hastalarda sağlık durumunun kötüleşmesinde güçlü bir prediktör olduğu bulunmuştur. (41) Ayrıca depresyon kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin bozulması ile de ilişkilidir.

Depresyon KKH gelişiminde bağımsız risk faktörü olarak görülür (42,43,44) ve prognozu olumsuz etkiler. 1190 erkek tıp öğrencisinin her 5 yılda bir değerlendirilerek 35 yıl izlendiği bir çalışmada herhangi bir değerlendirme zamanında depresif yakınma bildirenlerde MI riskinin daha yüksek olduğu

bulunmuştur. (45) 5355 kişinin ortalama 6.6 yıl izlendiği başka bir çalışmada ilk değerlendirmede depresyonu olanlarda olmayanlara göre KKH gelişimi riskinin anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur. (46)

Depresyon ve KKH gelişim riski arasındaki ilişkide kortizol aracı rol oynar.

Örneğin; kortizol büyüme hormonu ve gonadal aksı inhibe eder. Büyüme hormonu eksikliği yetişkinlerde erken gelişen kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Ayrıca kortizol visseral yağlanmanın potent uyarıcısıdır. Büyüme hormonu ve gonadal aksın inhibisyonu visseral yağ birikimini şiddetlendirir. Bu da dislipidemiye, hiperinsülinemiye yol açar. Kortizol akut kardiyak olayları tetikleyerek veya kötüleştirerek uzun dönemdeki mortaliteyi arttırabilir. Endotel hasarı ile salınan bir vazokonstrüktör olan tromboksan A2 ile kortizol arasında güçlü bir ilişki vardır. (47) Ayrıca kortizolün vasküler endotelden nitrik oksit ve prostosiklin gibi vazodilatörlerin salınmasını baskıladığı gösterilmiştir. (48,49)

Ek olarak platelet agregasyonu tıbbi açıdan sağlıklı deprese hastalarda deprese olmayanlara göre artmış düzeydedir. (50) Tüm bu bilgilerin toplamında kortizol depresyonu olan hastalarda koroner olayları tetikler ve prognozu olumsuz etkiler.

Depresyon kötü kardiyak prognozla ilişkilidir. (51) MI geçiren hastalarda mortalite oranının depresyonu olanlarda olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. (52)Yapılan çalışmalarda depresyonun MI geçirmemiş KKH olanlarda da mortalite ve morbiditeyi artırdığı gösterilmiştir. 430 anjina hastası ile yapılan bir yıllık izlem çalışmasında; depresyonu olanlarda non fatal MI ve kardiyak ölüm oranı depresyonu olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. (53) By-pass operasyonu sonrası izlenen 309 hasta ile de benzer sonuçlar elde edilmiştir. (54)

2.7. Tip D Kişilik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki

Akut ve kronik psikolojik distres koroner kalp hastalığı patogenezi ve artan riski ile ilişkilidir. (55) Kişilik kronik stresin major belirtecidir fakat kardiyoloji ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye odaklanan az sayıda çalışma vardır. (9) Ayrıca kişilik özellikleri kardiyak hastalıkların medikal sonuçları için güçlü prediktörü olarak kabul edilmektedir. (56)

Önceki çalışmalarda hırslılık, agresiflik, rekabetçilik, sabırsızlık, irritasyon, düşmanlık, kırgınlık gibi özelliklerle karakterize olan tip A kişilik (57,58)

üzerinde durulmuştur. Tip A kişilerde KKH gelişim riskinin artmış olduğu vurgulanmaktadır. (59)

Negatif duygular depresif duygulanım, anksiyete, öfke, hostiliteyi içerir. Bunlar KKH gelişimini ve ilerlemesini öngörürler. Kardiyak hastalarda sağlık harcamalarını arttırır.

Duyguların inhibisyonu; kardiyovasküler reaktivitenin artmasıyla (60), kardiyovasküler iyileşmenin azalmasıyla (61), kalp hızındaki değişimin azalmasıyla (62), uzun dönemde karotid aterosklerozuyla (63), KKH insidansıyla (64), kardiyak mortalite ve morbiditenin artmasıyla (65) ilişkilidir.

Yüksek SI bireyler dış çevreyi tehdit edici olarak algırlar, sosyal şartlarda fizyolojik hiperaktivite gösterirler. Bundan dolayı SI; yükselen katekolamin seviyeleri, artmış kalp hızı ve kan basıncıyla ilişkilidir. Bu ilişkiler immün fonksiyonlara da etki eder.

Belçika’ da yapılan bir çalışmada; tip D kişilik ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkiye bakılmış; yaş, erkek cinsiyet ve tip D kişiliğin bağımsız olarak KKH ve hipertansiyon ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. (10) Kanadalıların

alışmasında da sağlıklı gençlerde strese karşı kan basıncı reaktivasyonu tip D kişilik ile ilişkili bulunmuştur. (66)

Tip D kişilikli erkeklerin tip D olmayan erkeklere göre deneysel stres sırasında daha yüksek kardiyak output sergilediği görölmüştür. Aynı etki kadınlarda gözlenmemiştir. (67) Başka bir çalışmada; NA kalp hızı reaktivitesinin azalması ile ilişkili iken SI' nın erkeklerde sistolik ve diyastolik kan basıncı reaktivitesinin artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (66)

Tip D kişilik kardiyovasküler morbidite açısından 4 kat artmış riskle ilişkilidir. (10) Biyomedikal risk faktörleri ayarlandıktan sonra tip D kişilik kardiyak mortalite üzerinde anlamlı prediktif güçtür. Kardiyak kaynaklı ölümlere odaklanıldığında Tip D kişilik 6 kat artmış riskle ilişkilidir. Tip D kişilik kardiyak mortalite ve non fatal MI' ın bağımsız prediktörüdür. Ayrıca non fatal MI, koroner arter bypass cerrahisi, perkütan translüminal koroner anjioplasti' nin sonlanımında kardiyak mortalite için risk faktörüdür. Appels ve arkadaşları, (68) tip D davranışın ani kardiyak ölümler üzerindeki etkisini araştırmışlar ve biyomedikal risk faktörleri ayarlandıktan sonra NA ve SI' sı yüksek olan

hastalarda ani kardiyak ölüm riskini 7 kat fazla bulmuşlardır. Ayrıca tip D kişilik kalp transplantasyonundan sonra mortalite ve erken dönem allograft rejeksiyonunun bağımsız prediktörüdür. (69)

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada; tip D kişiliğin akut MI hastalarında hastalığın şiddeti, depresyon ayarladıktan sonra kardiyak ölüm ve/veya rekürren MI üzerine etkisi araştırılmış, tip D kişiliğin erken (6 ay dan kısa) ve geç (6 aydan uzun) olaylar üzerine farklı etkisi incelenmiştir. Tip D hastalarda tip D olmayanlara göre ölüm/rekürren MI açısından kümülatif olarak artmış risk bulunmuştur. Tip D hastalarda hastalığın şiddeti ve depresyon ayarlandıktan sonra total ölüm/rekürren MI riski 2 kat artmıştır. Geç dönem ölüm/rekürren MI riski 3 kat daha fazladır. (70) KKH olanlarla yapılan 5 yıllık izlem çalışmasında, stres ve tip D kişiliğin prognoz üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Tip D hastalarda tip D olmayanlara göre ölüm/infarkt riski hastalık şiddetinden bağımsız olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Stres ve tip D kişilik; yaş, cinsiyet, biyomedikal risk faktörleri ayarlandıktan sonra major olumsuz kardiyak olayların (kardiyak ölüm, MI, revaskülarizasyon cerrahi gereksinimi) artan riski ile ilişkili bulunmuştur. (71)

Kalp yetmezliği olan hastalarda tip D kişilik bozuk sağlık durumu (17) ve daha fazla kardiyak semptomun bağımsız prediktörüdür. (72) Aynı zamanda kalp yetmezlikli tip D hastalarda tip D olmayanlara göre 6 kat artmış riskte bozuk sağlık durumu raporlanmıştır. (73)

Bu ilişkiyi açıklaması muhtemel mekanizmalar :

-Fizyolojik hiperaktivite: SI skoru yüksek olan bireyler dış çevreyi tehdit edici olarak algırlar, sosyal şartlarda fizyolojik hiperaktivite gösterirler. Katekolamin düzeyleri artar ve buna bağlı olarak kalp hızı ve kan basıncı da artar. 173 sağlıklı üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada hem SI hem de NA strese karşı daha fazla kortizol reaktivitesi ile ilişkili bulunmuştur.(66) Korku, anksiyete, çaresizlik, kontrol kaybı duyguları kortizol salınımı ile sonuçlanır. (74,75,76) NA ile kortizol reaktivasyonu arasındaki ilişki pek çok çalışmada kanıtlanmıştır. (76) Bu konudaki bilimsel literatür; bu değişikliklerin depresyon hastalarındaki hipotalamus-hipofiz-adrenal aksındaki değişikliklere benzer olduğunu söylemektedir. (77,78) Tip D kişilik akut kardiyak olaylar sürecinde hipotalamus-hipofiz-adrenal aksının bozulması ile ilişkili olabilir ve

inflatuar cevapların ilerideki kardiyak morbiditeyi etkilemesine katkıda bulunabilir. (79)Yüksek kortizol düzeyi KKH gelişimi için risktir. Örneğin; kortizol büyüme hormonu ve gonadal aksı inhibe eder, büyüme hormonu eksikliği de erişkinde erken gelişen kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. (80,81) Ayrıca tip D kişilik yapısı daha yüksek kan basıncı reaktivitesi ile ilişkili bulunmuştur.

-İmmün mekanizma: Bu bağlamdaki ilk çalışma 42 kronik kalp yetmezliği olan erkek hasta ile yapılmıştır. İmmün sistemin olası bir mekanizma olduğu vurgulanmıştır. Tip D kişilik proinflatuar sitokin TNF alfa, TNF alfa solubl reseptörleri 1 ve 2' nin düzeylerini artıran bağımsız prediktör olarak tanımlanmıştır. (82) Bunlarda iskemik etyolojide önemlidir ve kalp yetmezliğinin şiddetini düzenlerler. TNF alfa ve solubl reseptörleri kronik kalp yetmezliğinin patogenezi ile ilişkilidir. (83,84) TNF alfa reseptör 1; süre ve klinik değişkenlerden bağımsız olarak mortalitenin güçlü ve çoğu zaman kesin prediktörü olarak görünmektedir. (84)

Bir başka çalışmada da; tip D kişiliğin kronik kalp yetmezliği olan hastalarda

TNF alfa, TNF alfa solubl reseptör 2 nin artan düzeyleri ile bağımsız ilişkili olduğu belirtilmiş, kronik emosyonel distresin kalp yetmezliğinde immün aktivasyon ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. (85)

-Sağlıksız davranışlar: Sedanter yaşam, sigara içmek, kötü diyet gibi sağlıksız davranışlar tip D bireylerde daha sık görülür. Kötü diyet hipertansiyon ve KKH ile ilişkilidir. (86) Egzersiz ise KKH tanısı olanlarda kan basıncı, mortalite-morbidite yi azaltır. (87)

İngiltere’de 588 sağlıklı katılımcı ile yapılan bir çalışmada tip D kişilik ile sağlıksız davranışlar arasındaki ilişkiyi araştırılmıştır. Katılımcılara uygun yemek, caddeden karşıdan karşıya geçerken ışıkları kullanmak, yeterince uyumak, her gün dışarıda zaman harcamak, sigara içmemek, yeterince egzersiz yapmak, kendini üzen şeylere izin vermekten kaçınmak ve düzenli check-up yaptırmak maddelerinden oluşan genel koruyucu sağlık davranışları listesinin kısaltılmış formu doldurulmuştur. (88) Her bir davranış tip D olan ve tip D olmayan bireyler için karşılaştırılmıştır. Tip D bireylerin tip D olmayan bireylere göre; makûl yemek yemek, günlük dışarıda harcanan zaman, düzenli egzersiz

yapma ve kendini üzen şeylerden kaçınma davranışının anlamlı oranda düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Yeterince uyku, sigara içme, düzenli check-up yaptırma, caddede ışıklardan geçme davranışları açısından tip D olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cinsiyetin de sağlıkla ilgili davranışlar üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır. (11) Başka bir çalışmada tip D bireylerin daha fazla sigara içmeye meyilli oldukları vurgulanmıştır. (89) Ayrıca tip D bireylerin daha az olarak uygun medikal bakım aradıkları gösterilmiştir. (24,33)

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada; sedanter erkeklerde aktif olanlara göre tip D kişiliğin daha yüksek oranda görüldüğü ve aynı zamanda bu erkeklerde olumsuz beden imajı algısının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. (90)

-Sosyal destek düzeyleri: Tip D bireyler sosyal yabancılaşma ve geri çekilme hissini yüksek düzeyde yaşamaları ile tanınırlar. Sosyal anlamda içe dönüktürler. Bu da çevre desteğinin azalmasına yol açar. Sosyal destek psikolojik distresten koruyan ayrıca olumsuz medikal sonuçların oluşumunu etkileyen faktör olarak bilinir. Tip D bireylerde sosyal destek düzeyleri daha düşük olduğundan

daha kötü sağlık sonuçları görülebilir. Mortalite ve sosyal destek arasındaki ters ilişki de uzun süredir tanımlanan bir gerçektir. (91)

Tip D kişiliğin ve KKH' yı olumsuz yönde etkilemesinde aday mekanizmalar olarak; artmış oksidatif stres ve kemik iliğine bağlı endotelyal projenit r hücrelerin sayısının azalmasından da bahsedilmektedir. (51,92)

Bazı çalışmalarda da tip D kişiliğin tedavinin etkinliğindeki rolüne odaklanılmıştır. Tip D kişilik stent tedavisi yapılan KKH olanlarda olumsuz sonuşlarla ilişkili bulunmuştur. (89)

Tüm kanıtlar birlikte değerlendirildiğinde görülmektedir ki tip D kişilik ile KKH arasında güçlü bir ilişki vardır.

Bu ilişki araştırılırken KKH gelişiminde önemli olan biyomedikal risk faktörlerini de dikkate almak gerekir.Yapılan pek çok çalışmada kalp ve damar hastalığı gelişiminde pek çok risk faktöründen bahsedilmektedir. Bunlar arasında en fazla kabul görenler şunlardır:

- Yaş ve cinsiyet (erkek>45,kadın>55)
- Birinci derece akrabalarda erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü (erkek<55,kadın 65 yaş)

- Sigara içmek
- Hipertansiyon
- Dislipidemi
- Diyabet
- Hareketsiz yaşam
- Aşırı kilo (93,94)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Grubunun Seçimi

Aralık 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, aterosklerotik kalp hastalığı tanısı almış (myokard enfarktüsü geçiren, koroner arter bypass cerrahisi yapılmış olan, koroner arter anjioplasti cerrahisi yapılmış olan, koroner arterlerin herhangi birine stent takılan, perkütan transluminal koroner anjioplasti yapılan, koroner anjografi ile darlık saptanan hastalar), okur yazar olup yaşları 18-65 arası olan 100 kişi hasta grubu olarak çalışmaya alındı. Hastalara yapılacak çalışmanın amacı ve yöntemi sözel olarak anlatıldı ve çalışmayla ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş olur formu imzalatıldı. Gönüllü olmadıklarını belirten hastalar çalışmaya alınmadı. Ek olarak konjenital kalp hastalığı olanlar, primer tıbbi hastalığa bağlı akut gelişen koroner kalp hastalığı olanlar, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olanlar, mental retardasyon, demans ve şizofreni gibi bilgi almayı zorlaştıran ağır ruhsal hastalığı olanlar ve antidepresan ilaç kullananlar çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu; yaşları 18-65 arası olup, okur yazar olan, tanı konmuş tıbbi

hastalığı olmayan, hastane personeli (doktor, hemşire, hasta bakıcı, sekreter, temizlik personeli) ve yakınlarından oluşan 77 sağlıklı kişiden oluşturuldu.

3.2.Yöntem

Hastalara DS 14 ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD-Ö) ve SAD PERSONS ölçeği uygulanmıştır.

Hastalarla yapılan görüşme sırasında sosyodemografik bilgiler alınmış ve hasta değerlendirme formuna kaydedilmiştir. Ek olarak hasta dosyasından; kardiyovasküler hastalık gelişimi için biyomedikal risk faktörleri bilgilerine ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu değerine ulaşılmış ve bunlar da kaydedilmiştir. Sağlıklı gönüllülerle yapılan görüşmede sosyodemografik bilgiler alınmış ve kaydedilmiştir. Sağlıklı gönüllülere de DS 14,MSPSS,SAD PERSONS ve HAD ölçekleri uygulanmıştır.

3.3.Verı toplama araçları

3.3.1.Hasta değerlendirme formu

Bu çalışma için hazırlanmış olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek,

eğitim durumu, yaşadığı şehir, özgeçmiş, sigara ve alkol kullanımı, soygeçmiş, total kolesterol değeri, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu değeri, kardiyolojik tanı, SAD person değerlendirmesi, kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi yapılarak kaydedilmiştir. Ayrıca NA ve SI skorları, HAD ve MSPSS ölçeği skorlarının sonuçları not edilmiştir. (Ek 1)

3.3.2. Sağlıklı gönüllüleri değerlendirme formu

Bu çalışma için hazırlanmış olup; yaş, cinsiyet, boy ve kilo değerleri, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı sorgulanmaktadır.

Ayrıca bu forma DS14 uygulandıktan sonra elde edilen NA ve SI skorları, HAD ve MSPSS ölçeklerinin skorları not edilmiştir. (Ek 2)

3.3.3. Tip D Kişilik Ölçeği

(Type D Personality Scale DS-14)

Tip D ölçeği-14 (DS14) ; NA, SI ve tip D' yi değerlendirmek için spesifik olarak geliştirilmiştir. DS 14' ün maddeleri DS 16' dan türetilmiştir (95) fakat NA ve SI' nın değerlendirilmesini artırmaya yönelik yeni maddeler de içermektedir. (7) DS 14 ölçeği toplam 14 madde içermekle beraber; NA ve SI' yı

ölçen iki alt ölçekten oluşur. Her iki alt ölçekte 7 madde içerir. Her bir madde 0-4 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Toplam puan iki alt ölçek için de 0-28 arasındadır. Her iki alt ölçeğin de kesim noktası ≥ 10 dur. Her iki alt ölçeğinde test-retest geçerliliği iyi ve internal geçerliliği yüksektir. Cronbach α değerleri NA için 0.88, SI için 0.86 olarak bulunmuştur. (10)

Ölçeğin psikometrik kalitesi ve prognostik gücü Belçikalı kardiyak hastalarda istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Güvenilirliği gösterilmiştir. (95,8)

Her iki alt ölçeğin de geçerliliği gösterilmiştir. NA ve SI alt ölçeklerinin yapısal ve internal tutarlılığı Danimarkalı ve Alman kardiyak hastalarda yapılan çalışmalarda doğrulanmıştır. (15,12)

Bizim yaptığımız geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iki alt ölçeğinde kesim noktası ≥ 10 bulunmuştur. (Ek 3)

3.3.4 SAD PERSONS Scale (Mutsuz Kişiler Ölçeği)

Mutsuz kişiler ölçeği yarı yapılandırılmış bir görüşme biçimidir. Patterson ve ark. tarafından 1983'te geliştirilmiştir. (96) Amaç intihar riskini değerlendirmektir. SAD PERSONS 10 adet intihar riski faktörünün baş

harflerinden oluşmuştur. S (sex) cinsiyet, A (age) yaş, D (depression) depresyon, P (previous attempt) önceki intihar girişimi, E (ethanol abuse) alkol kötüye kullanımı, R (rational thought loss) gerçekçi düşünme kaybı, S (social supports lacking) sosyal destek yokluğu, O (organized plan) organize plan, N (no spouse) eşin olmaması, S (sickness) kronik yeti yitimine neden olabilen hastalık.

Bu faktörlerden herhangi birinin varlığı 1 puan olarak kabul edilir. Yaş aralığı için 25-34 arası, 35-44 arası, 65 ve üzeri olmak 1 puan olarak kabul edilir. Toplam puan 0-10 arasındadır. Yüksek değerler intihar riskinin yüksek olduğunu gösterir. 0-2 puan düşük, 3-4 puan orta, 5-6 puan yüksek, 7-10 puan çok yüksek risk olarak değerlendirilir. Shea, bu ölçeğin gücünün kesin risk tahmini için yeterli olmayacağını fakat klinisyenleri yüksek risk açısından uyarmak konusunda faydalı olduğunu belirtmektedir. (97)

Bu ölçeğin kullanılması hastadan sistematik olarak bilgi toplanması ve ilişkili psikososyal hikayenin öğrenilmesini sağlar. 3. yıl tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; bu ölçeği uygulamayı öğrenenlerin intihar riskini saptamak ve etkin klinik müdahaleler yapmak konusunda daha yetenekli oldukları gözlenmiştir. (98)

Bu yarı yapılandırılmış görüşme 1983'ten beri başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. (Ek 4)

3.3.5 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HAD-Ö)

HAD ölçeği; Zigmond ve ark. tarafından geliştirilmiş (99), hastada kaygı ve depresyon açısından riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların 7 tanesi kaygıyı (tek sayılı sorular), diğer 7 tanesi ise (çift sayılı sorular) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. HAD ölçeği Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak bulunmuştur. (100) (Ek 5)

3.3.6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support -MSPSS)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir.

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’ de geliştirilmiştir.

MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 1-7 arasında puan almaktadır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995’ de, bu ölçeğin tekrar gözden geçirilmesi ise 2001’ de yine aynı yazarlar tarafından yapılmıştır. (101,102) Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliliği ülkemizde kullanımı açısından tatmin edici bulunmuştur. Ancak özel bir insan alt ölçeğinin yapı geçerliliği açısından zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Özel bir insan ile bazen eş bazen de erkek/kız arkadaş anlaşılmıştır. Bu ölçeğin gözden geçirilmiş formunda özel bir insan alt ölçeğini bir parça sınırlar içine almak ve böylece kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde edilmesi amacı ile özel bir insan terimi çıkarılmış, ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi olarak tanımlanmıştır. (102) (Ek 6)

3.4. İstatistiksel Yöntemler

Elde edilen verilerin istatistiksel değerdendirmesi “Windows 11 için SPSS” paket programında yapılmıştır. Değerdendirmelerde hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında kategorik veriler için Ki-kare, Fisher Exact, Mann Whitney testleri uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Verileri

Tablo-1’de hasta ve kontrol grubunun demografik verilerinin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo-1 Hasta ve Kontrol Gruplarında Demografik Özelliklerin Dağılımı

		HASTA		KONTROL	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	73	73,0	47	61,0
	Kadın	27	27,0	30	39,0
	Toplam	100	100	77	100
Medeni durum	Evli	83	83,0	65	84,4
	Bekar	6	6,0	8	10,4
	Dul	9	9,0	2	2,6
	Boşanmış	2	2,0	2	2,6
	Toplam	100	100	77	100
Meslek	İşsiz	1	1,0	0	0,0
	Öğrenci	1	1,0	0	0,0
	Ev hanımı	25	25,0	17	22,1
	İşçi	2	2,0	5	6,5
	Memur	5	5,0	10	13,0
	Serbest	14	14,0	10	13,0
	Emekli	46	46,0	7	9,1
	Diğer	6	6,0	28	36,4
	Toplam	100	100	77	100
Eğitim durumu	İlköğretim	52	52,0	23	29,9
	Lise	22	22,0	23	29,9
	Yüksekokul	26	26,0	31	40,3
	Toplam	100	100	77	100
Yaş		ortalama	sd	ortalama	sd
		56,2	8,8	55,0	7,1

100 kişiden oluşan hasta grubunun yaş ortalaması $56,2 \pm 8,8$ (22-65) dir.

Cinsiyete bakıldığında grubun %73'ü erkek hastalardan, %27'si ise kadın hastalardan oluşmaktadır. Hasta grubunun medeni durumuna bakıldığında; %83'nün evli, %6'sının bekar, %9'unun dul, % 2' sinin ise boşanmış olduğu görülmektedir. Mesleklerine göre dağılımda; %1'nin işsiz, % 1'nin öğrenci, %25'nin ev hanımı, %2'sinin işçi, %5'nin memur, %14'nün serbest,%46'sının emekli, %6' sının diğer meslek gruplarından olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında; %52'sinin ilköğretim,%22'sinin lise,%26'sının yükseköğretim mezunu olduğu bulunmuştur.

77 kişiden oluşan sağlıklı oldukları kabul edilen kontrol grubunun yaş ortalaması $55 \pm 7,1$ (27-65) dir. Cinsiyete bakıldığında grubun %61'i erkeklerden, %39'u ise kadınlardan oluşmaktadır. Kontrol grubunun medeni durumuna bakıldığında; %84,4'nün evli, %10,4'nün bekar, %2,6'sının dul, %2,6'sının ise boşanmış olduğu görülmektedir. Mesleklerine göre dağılımda; işsiz ve öğrenci olmadığı, %22,1'nin ev hanımı,%6,5'nin işçi, %13'nün memur, %13'nün serbest, %9,1'nin emekli,%36,4'nün diğer meslek gruplarından olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim durumlarına bakıldığında; %29,9'nun ilköğretim, %29,9'nun lise,

%40,3'nün ise yüksekokul mezunu olduğu bulunmuştur.

Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0.05$)

Tablo -2'de hasta ve kontrol gruplarının; sigara, alkol kullanımı ve BMI'ya dağılımları gösterilmiştir.

Tablo-2 Hasta ve Kontrol Gruplarında Sigara, Alkol Kullanımı ve Vücut Kitle İndexlerinin Dağılımı

		HASTA		KONTROL	
		N	%	N	%
Alkol kullanımı	Yok	77	77,0	59	76,6
	Bırakmış	10	10,0	0	0,0
	Sosyal içici	11	11,0	18	23,4
	Kötüye kullanım	1	1,0	0	0,0
	Bağımlı	1	1,0	0	0,0
	Toplam	100	100	77	100
Sigara kullanımı	Yok	34	34,0	48	62,3
	Bırakmış	44	44,0	3	3,9
	Kullanıyor	22	22,0	26	33,8
	Toplam	100	100	77	100
BMI	Düşük	2	2,0	2	2,6
	Normal	53	53,0	55	71,4
	Fazla Kilolu	20	20,0	11	14,3
	Obez	25	25,0	9	11,7
	Toplam	100	100	77	100

Sigara içme durumuna hasta grubunda bakıldığında; %34'nün içmediği, %44'nün bırakmış olduğu, %22'sinin ise hala içtiği sonucuna varılmıştır. Hasta grubunda alkol içimine bakıldığında; %77'sinin içmediği, %10'nun bıraktığı, %11'nin sosyal içici olduğu, %1'inde kötüye kullanım ve %1'de de bağımlılık olduğu tespit edilmiştir. Vücut kitle indexine bakıldığında(BMI); hasta grubunun %2'sinin düşük, %53'nün normal, %20'sinin fazla kilolu, %25'nin ise obez olduğu görülmektedir.

Sağlıklı kontrol grubunda sigara içme durumuna bakıldığında; %62,3'nün içmediği, %3,9'nun bırakmış olduğu, %33,8'nin içtiği saptanmıştır. Alkol içme durumları ise; %76,6'sının içmediği, %23,4'nün sosyal içici olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda alkol bağımlısı ve kötüye kullanımı olan birey bulunmamaktadır. BMI'ya göre kontrol grubunun %2,6'sının düşük, %71,4'nün normal, %14,3'nün fazla kilolu, %11,7'sinin obez olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo-3' te hasta grubunun kardiyolojik tanıları, ejeksiyon fraksiyonu değerleri ve almış oldukları kardiyovasküler risk puanlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo-3 Hasta Grubunun Kardiyolojik Tanı, Ejeksiyon Fraksiyonu(EF)

Değeri ve Almış Oldukları Kardiyovasküler Risk Puanlarına Göre Dağılımı

HASTA GRUBU		N	%
Kardiyolojik Tanı	ASKH	25	25,0
	MI	27	27,0
	By-pass	17	17,0
	Stent	31	31,0
	Toplam	100	100
CV risk puanları	1	6	6,0
	2	14	14,0
	3	22	22,0
	4	24	24,0
	5	19	19,0
	6	13	13,0
	7	1	1,0
	8	1	1,0
	Toplam	100	100
EF	%40 ve altı	33	33,0
	%40 üstü	67	67,0
	Toplam	100	100

Hasta grubunun almış olduğu kardiyolojik tanılarına göre dağılımına bakıldığında; %25'nin aterosklerotik kalp hastalığı olduğu, %27'sinin MI geçirdiği, %17'sinin by-pass operasyonu olduğu, %31'ine de koroner arterlerin herhangi birine stent takıldığı tespit edilmiştir. Hasta grubunun %33'nün ejeksiyon fraksiyonu değerinin %40 ve altında olduğu, %67'sinin ise %40'ın

üzerinde olduğu görülmüştür. Hasta grubunun kardiyovasküler risk faktörlerine göre aldıkları puanların dağılımına bakıldığında; %6'sının 1 puan, %14'nün 2 puan, %22'sinin 3 puan, %24'nün 4 puan, %19'nun 5 puan, %13'nün 6 puan, %1'nin 7 puan, %1'nin ise 8 puan aldığı saptanmıştır.

4.2. Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Tip D Kişiliğın Prevelansı

Tablo-4'te tip D kişilik tanısı alanlar hasta, kontrol ve tüm grupta gösterilmiştir.

Tablo-4 Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Tip D Kişilik Dağılımı

		HASTA		KONTROL		TÜM GRUP	
		N	%	N	%	N	%
TİP D	VAR	49	49,0	19	24,7	68	38,4
	YOK	51	51,0	58	75,3	109	61,6
	TOPLAM	100	100	77	100	177	100

Hasta grubunda tip D kişilik tanısı alanlar 49, almayanlar 51 kişidir yani tip D kişiliğın prevelansı hasta grubunda %49 bulunmuştur. Sağlıklı grupta 19 kişi tip D tanısı alırken, 58 kişi almamıştır. Sağlıklı grupta tip D kişilik prevelansı %24,7 bulunmuştur. Tüm gruba bakıldığında 68 kişinin tip D tanısı aldığı, 109 kişinin

almadığı görülmüş, tip D prevalansı %38,4 olarak tespit edilmiştir.

4.3. Tip D Kişiliğin Hasta, Kontrol ve Tüm Grupta Cinsiyet İle İlişkisi

Tablo- 5’te hasta, kontrol ve tüm grupta tip D kişilik ile cinsiyet arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-5 Hasta,Kontrol ve Tüm Grupta Tip D Kişiliğin Cinsiyet ile İlişkisi

GRUP	CİNSİYET	TİP D		TOPLAM	P
		VAR	YOK		
HASTA	ERKEK	34 %46,6	39 %53,4	73 %100	P>0,05
	KADIN	15 %55,6	12 %44,4	27 %100	
	TOPLAM	49 %49	51 %51	100 %100	
KONTROL	ERKEK	10 %21,3	37 %78,7	47 %100	P>0,05
	KADIN	9 %30	21 %70	30 %100	
	TOPLAM	19 %24,7	58 %75,3	77 %100	
TÜM GRUP	ERKEK	44 %36,7	76 %63,3	120 %100	p>0,05
	KADIN	24 %42,1	33 %57,9	57 %100	
	TOPLAM	68 %38,4	109 %61,6	177 %100	

Hasta grubunda toplam 73 erkekten 34’ü (%46,6) tip D kişilik tanısı alırken, 39 kişi (%53,4) tip D kişilik tanısı almamıştır. Hasta grubundaki 27 kadından 15’i (%55,6) tip D kişilik tanısı alırken, 12’si (%44,4) tip D kişilik tanısı almamıştır.

Hasta grubunda tip D kişilik ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.($p>0,05$)

Sağlıklı grupta toplamda 47 erkekten 10'u (%21,3) tip D kişilik tanısı alırken, 37'si (%78,7) tip D kişilik tanısı almamıştır. Sağlıklı gruptaki toplam 30 kadından 9'u (%30) tip D kişilik tanısı alırken, 21'i (%70) tip D kişilik tanısı almamıştır. Sağlıklı grupta da tip D kişilik ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır.($p>0,05$)

Tüm gruba bakıldığında 120 erkekten 44'nün (%36,7) tip D tanısı alırken, 76'sının (%63,3) almadığı görülmüştür. Tüm gruptaki toplam 57 kadından 24'nün (%42,1) tip D tanısı aldığı , 33'nün (%57,9) ise almadığı saptanmıştır. Tüm grupta da tip D kişilik ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. ($p>0,05$)

4.4. Tip D Kişilik ile Sigara, Alkol İçimi ve BMI Arasındaki İlişki

Tablo-6'da hasta ve kontrol gruplarında tip D kişiliğin sigara, alkol içimi ve BMI ile arasındaki gösterilmiştir.

Tablo-6 Tip D Kişilik ile Alkol, Sigara Kullanımı ve BMI Arasındaki İlişki

	ALKOL	SİĞARA	BMI
HASTA TİP D	p=0,989	p=0,463	p=0,699
KONTROL TİP D	p=0,651	p=0,676	p=0,567

Hasta ve kontrol gruplarında Tip D kişilik ile sigara, alkol içimi, BMI arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$)

4.5. Hasta Grubunda Tip D kişiliğin Kardiyolojik Tanı, Kardiyovasküler

Risk Faktörleri ve Ejeksiyon Fraksiyonu ile İlişkisi

Tablo-7’de hasta grubunda tip D kişilik ile kardiyolojik tanı, EF ve kardiyovasküler risk faktörleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-7 Hasta Grubunda Tip D kişilik İle Kardiyolojik Tanı,

Kardiyovasküler Risk Faktörleri, EF arasındaki ilişki

	KARDİYOLOJİK TANI	KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ	EF
HASTA TİP D	p= 0,096	p=0,029*	p=0,72

* istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$)

Hasta grubunda tip D kişilik tanısı alan 49 kişinin kardiyolojik tanılara göre

dağılımlarına bakıldığında; 8'nin aterosklerotik kalp hastalığı olduğu, 14'nün MI geçirmiş olduğu, 11'nin by-pass operasyonu geçirdiği, 16'sına ise koroner arterlerin herhangi birine stent takılmış olduğu görülmüştür.

Hasta grubunda tip D kişilik ile kardiyolojik tanı ve EF arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken; tip D kişilik ile kardiyovasküler risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Hasta grubundaki tip D bireylerin kardiyovasküler risk puanları tip D olmayanlara göre daha yüksektir.

4.6. Depresyonun Hasta ve Kontrol Gruplarında Prevelansı ve Tip D Kişilik ile Depresyon Arasındaki İlişki

Tablo-8' de hasta ve kontrol gruplarında tip D kişilik ile depresyon arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-9'da hasta grubunda NA ve SI skorları ile HAD-Ö' den alınan depresyon skorları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-10' de hasta ve kontrol gruplarında tip D olan ve olmayanlara göre HAD- Ö' den alınan ortalama depresyon skorları gösterilmiştir.

**Tablo-8 Hasta ve Kontrol Gruplarında Tip D Kişilik ile Depresyon,
Anksiyete, MSPSS, SAD PERSONS Skorları Arasındaki İlişki**

GRUP	DEPRESYON	ANKSİYETE	MSPSS	SAD PERSONS
HASTA TİP D	p =0,000* cc = 0,358*	p =0,000* cc =0,446*	p =0,000* cc= -0,275*	p =0,001* cc =0,373*
KONTROL TİP D	p =0,000* cc =0,445*	p =0,000* cc =0,426*	p =0,000* cc= - 0,389*	p =0,001* cc =0,365*

cc: correlation coefficient

- : negatif yönde ilişki

*: istatistiksel açıdan anlamlı ilişki

Tablo-9 Hasta Grubunda NA ve SI Skorları ile Depresyon,

Anksiyete,MSPSS,SAD PERSONS skorları arasındaki ilişki

TİP D ALT ÖLÇEK SKORLARI	DEPRESYON	ANKSİYETE	MSPSS	SAD PERSONS
NA	p=0,000* cc=0,501*	p=0,000* cc=0,504*	p=0,000* cc= -0,346*	p=0,000* cc=0,528*
SI	p=0,000* cc=0,390*	p=0,000* cc=0,437*	p=0,001* cc= -0,320*	p=0,000* cc=0,351*

cc: correlation coefficient

- : negatif yönde ilişki

*: istatistiksel açıdan anlamlı ilişki

**Tablo-10 Hasta ve Kontrol Gruplarında Tip D Kişilik Olan ve Olmayanlara
Göre Depresyon, Anksiyete, MSPSS ve SAD PERSONS Skorlarının
Ortalama Değerleri**

GRUP	TİP D	DEPRESYON	ANKSİYETE	MSPSS	SAD PERSONS
HASTA	VAR	12,32 ± 5,41	10,87± 4,44	45,02±11,43	2,79± 1,25
	YOK	7,43± 5,07	6,01± 3,52	53,22±13,15	1,64± 1,19
KONTROL	VAR	5,26± 0,93	8,42± 2,31	53,74± 6,04	1,63± 0,95
	YOK	2,84± 2,21	4,31± 3,60	63,28± 8,25	0,86± 0,68

Hasta grubunda HAD-Ö' den alınan puanlara göre depresyonun prevelansı %61 bulunurken; sağlıklı oldukları kabul edilen grupta yine HAD-Ö' den alınan puanlara göre depresyonun prevelansı %7,8 olarak saptanmıştır.

Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda Tip D kişilik ile depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Ayrıca hasta grubunda NA ve SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile HAD-Ö' den alınan depresyon skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Hasta grubunda NA alt ölçeği skorları ile HAD-Ö' den

alınan depresyon skorları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde, güçlü ilişki bulunurken; SI skorları ile HAD-Ö' den alınan depresyon skorları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta dereceli ilişki bulunmuştur.

Hasta grubunda tip D tanısı alan bireylerde HAD-Ö' den aldıkları depresyon skorlarının ortalaması 12,32 iken; tip D tanısı almayan bireylerde HAD-Ö' den aldıkları depresyon skorlarının ortalaması 7,43 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunda tip D tanısı alanlarda HAD-Ö' den aldıkları depresyon skorlarının ortalaması 5,26 iken ; tip D olmayanlarda HAD-Ö' den aldıkları depresyon skorlarının ortalaması 2,84 olarak bulunmuştur.

4.7. Anksiyetenin Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Prevelansı ve Tip D

Kişilik ile Anksiyete Arasındaki İlişki

Tablo-8' de hasta ve kontrol gruplarında tip D kişilik ile anksiyete arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-9'da hasta grubunda NA ve SI skorları ile HAD-Ö' den alınan anksiyete skorları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-10' da hasta ve kontrol gruplarında tip D olan ve olmayanlara göre

HAD-Ö' den alınan ortalama anksiyete skorları gösterilmiştir.

Hasta grubunda HAD- Ö 'den alınan puanlara göre anksiyetenin prevalansı %35 bulunurken, sağlıklı oldukları kabul edilen kontrol grubunda yine HAD-Ö' den alınan puanlara göre anksiyetenin prevalansı %16,9 bulunmuştur.

Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda tip D kişilik ile anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Ayrıca hasta grubunda NA ve SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile HAD-Ö' den alınan anksiyete skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$)) Hasta grubunda NA alt ölçeği skorları ile HAD-Ö' den alınan anksiyete skorları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde, güçlü ilişki bulunurken; SI skorları ile HAD-Ö' den alınan anksiyete skorları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde orta dereceli ilişki bulunmuştur.

Hasta grubunda tip D tanısı alan bireylerde HAD-Ö' den aldıkları anksiyete skorlarının ortalaması 10,87 iken; tip D tanısı almayan bireylerde HAD-Ö' den aldıkları anksiyete skorlarının ortalaması 6,01 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunda tip D tanısı alanlarda HAD-Ö' den aldıkları anksiyete

skorlarının ortalaması 8,42 iken ; tip D olmayanlarda HAD-Ö' den aldıkları anksiyete skorlarının ortalaması 4,31 olarak bulunmuştur.

4.8. MSPSS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı ve Tip D

Kişilik ile MSPSS Skorları Arasındaki İlişki

Tablo – 11' de MSPSS skorlarının hasta ve kontrol gruplarında dağılımı gösterilmiştir.

Tablo-11 MSPSS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı

GRUP		MSPSS
HASTA	Ortalama	49,2
	Sd	12,95
	Minimum	16
	Maximum	84
KONTROL	Ortalama	60,92
	Sd	8,76
	Minimum	44
	Maximum	77

Hasta grubunda MSPSS' den alınan ortalama skor değeri 49,20($\pm$ 12,95) iken, kontrol grubunda MSPSS' den alınan ortalama skor 60,92($\pm$ 8,76) olarak bulunmuştur.

Tablo-8' de hasta ve kontrol gruplarında tip D kişilik ile MSPSS puanları

arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-9’da hasta grubunda NA ve SI skorları ile MSPSS skorları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-10’ da hasta ve kontrol gruplarında tip D olan ve olmayanlara göre MSPSS’ den alınan ortalama skorlar gösterilmiştir.

Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda tip D kişilik ile MSPSS’ den alınan puanlar arasında ters yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Ayrıca hasta grubunda NA ve SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile MSPSS’ den alınan skorlar arasında ;negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı,orta derecede ilişki bulunmuştur.($p<0,05$)

Hasta grubunda tip D tanısı alan bireylerin MSPSS’ den aldıkları skorların ortalaması 45,02 iken; tip D tanısı almayan bireylerin MSPSS’ den aldıkları skorlarının ortalaması 53,22 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunda tip D tanısı alan bireylerin MSPSS’ den aldıkları skorların ortalaması 53,74 iken ; tip D olmayanların MSPSS’ den aldıkları skorların ortalaması 63,28 olarak bulunmuştur.

4.9. SAD PERSONS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı ve

Tip D Kişilik ile SAD PERSONS Skorları Arasındaki İlişki

Tablo – 12’ de SAD PERSONS skorlarının hasta ve kontrol gruplarında dağılımı gösterilmiştir.

Tablo-12 SAD PERSONS Skorlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı

GRUP		SAD PERSONS
HASTA	Ortalama	2,21
	Sd	1,35
	Minimum	0
	Maximum	5
KONTROL	Ortalama	1,05
	Sd	0,82
	Minimum	0
	Maximum	4

Hasta grubunda SAD PERSONS’ dan alınan ortalama skor değeri 2,21($\pm$ 1,35) iken, kontrol grubunda SAD PERSONS’ dan alınan ortalama skor 1,05($\pm$ 0,82) olarak bulunmuştur.

Tablo-8’ de hasta ve kontrol gruplarında tip D kişilik ile SAD PERSONS puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-9’da hasta grubunda NA ve SI skorları ile SAD PERSONS skorları

arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo-10' da hasta ve kontrol gruplarında tip D olan ve olmayanlara göre SAD PERSONS' dan alınan ortalama skorlar gösterilmiştir.

Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda tip D kişilik ile SAD PERSONS' dan alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Ayrıca hasta grubunda NA ve SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile SAD PERSONS' dan alınan skorlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0,05$) Hasta grubunda NA alt ölçeği skorları ile SAD PERSONS skorları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde, güçlü ilişki bulunurken; SI skorları ile SAD PERSONS skorları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde, orta dereceli ilişki bulunmuştur.

Hasta grubunda tip D tanısı alan bireylerde SAD PERSONS' dan aldıkları skorların ortalaması 2,79 iken; tip D tanısı almayan bireylerde SAD PERSONS' dan aldıkları skorlarının ortalaması 1,64 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunda tip D tanısı alanlarda SAD PERSONS' dan aldıkları skorların ortalaması 1,63 iken ; tip D olmayanlarda SAD PERSONS' dan aldıkları

skorların ortalaması 0,86 olarak bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Akut ve kronik psikolojik distres koroner kalp hastalığı patogenezi ve artan riski ile ilişkilidir. (55) Kişilik kronik stresin major belirtecidir fakat kardiyoloji ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye odaklanan az sayıda çalışma vardır. (9) Ayrıca kişilik özellikleri kardiyak hastalıkların medikal sonuçları için güçlü prediktör olarak kabul edilmektedir.(56)

Önceki çalışmalarda hırslılık, agresiflik, rekabetçilik, sabırsızlık, irritasyon, düşmanlık, kızgınlık gibi özelliklerle kendini gösteren tip A kişilik (57,58) üzerinde durulmuştur. Tip A kişilerde KKH gelişim riskinin artmış olduğu vurgulanmaktadır. (59)

Denollet ve ark. “ Distressed personality” yani tip D kişiliği tanımlamışlar ve bunun hem negatif affektivite hem sosyal inhibisyon düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. (1)

Negatif affektivite (NA) : Negatif emosyonları (depresif duygulanım, anksiyete, kızgınlık, düşmanlık) deneyimlemeye meyil olarak tanımlanır. NA skoru yüksek olan bireylerin kendilerine bakışı da negatiftir. Yüksek NA’lı

bireyler daha fazla disfori, anksiyete ve irritabilite duygularını yaşarlar. Çevreyi olması muhtemel sıkıntıların işaretlerini görmek için tararlar. (2) NA nevrosisizm ile pozitif ilişkilidir.

Sosyal inhibisyon (SI): Sosyal ilişkilerde beğenilmeme, karşılık alamama gibi potansiyel tehlikelerden kaçınmak amacıyla duygu ve davranışların dışı vurulmasındaki inhibisyon eğilimi olarak tanımlanır. (3)

Yani tip D kişilik; negatif duyguları deneyimlemeye eğilim ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak inhibe etmeyle karakterizedir. (6)

Negatif duygular depresif duygulanım, anksiyete, öfke, hostilitiyi içerir. Bunlar KKH gelişimini ve ilerlemesini öngörürler. Kardiyak hastalarda sağlık harcamalarını arttırır.

Duyguların inhibisyonu; kardiyovasküler reaktivitenin artmasıyla (60), kardiyovasküler iyileşmenin azalmasıyla (61), kalp hızındaki değişimin azalmasıyla (62), uzun dönemde karotid ateroskleroza (63), KKH insidansı (64), kardiyak mortalite ve morbiditenin artmasıyla (65) ilişkilidir.

Tip D kişilik diğer faktörlerden bağımsız olarak KKH gelişimi ile ilişkilidir.

Ayrıca tip D kişilik kardiyovasküler morbidite açısından 4 kat artmış riskle ilişkilidir.(10) Biyomedikal risk faktörleri ayarlandıktan sonra tip D kişilik kardiyak mortalite üzerinde anlamlı prediktif güçtür. Tip D kişilikli KKH hastalarında ani kardiyak ölüm riski 7 kat fazla bulunmuştur.(68) Stres ve tip D kişilik; yaş, cinsiyet, biyomedikal risk faktörleri ayarlandıktan sonra major olumsuz kardiyak olayların (kardiyak ölüm, MI, revaskülarizasyon cerrahi gereksinimi) artan riski ile ilişkili bulunmuştur.(71)

Tüm bilgilerin ışığında tip D kişilik ile kardiyovasküler hastalıkları arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Çağımızda kardiyovasküler hastalıkların en önde gelen ölüm nedenlerinden biri olması dikkate alındığında tip D kişilik ile KKH arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların önemi anlaşılmaktadır.

Literatüre bakıldığında tip D kişiliğin prevalansının koroner hastalarda %18 (13), %49 olduğunu (10) gösteren çalışmalar vardır. Sağlıklı gruplarda ise tip D kişilik prevalansını %32 (12), %42 olarak belirten (11) çalışmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda KKH olanlarda tip D kişilik prevalansı %49 bulunurken sağlıklı oldukları kabul edilen kontrol grubunda %24,7 olarak bulunmuştur.

(tablo-4) Yani tip D kişilik KKH olanlarda sağlıklı kontrollere daha yüksek prevelansta bulunmuştur. Bu da tip D kişilik ile KKH ilişkisini desteklemektedir. Fakat kesitsel çalışmaların nedensellik sonucu çıkarma imkanı vermediği göz önüne alındığında; tip D kişilik ve KKH ilişkisini yorumlamada prospektif çalışmalara gerek olduğu unutulmamalıdır.

Tip D kişilik ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında; bazı çalışmalar kadınlarda tip D kişiliğin daha sık görüldüğünü belirtirken (9,11,13) bazıları da tip D kişiliğin cinsiyet ile anlamlı ilişkisi olmadığını söylemektedir.(12) Bizim çalışmamızda; hasta grubunda erkeklerin %46,6' sı, kadınların %55,6'sı tip D tanısı almıştır ancak istatistiksel açıdan hasta grubunda tip D ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (tablo-5) Kontrol grubunda erkeklerin %21,3'ü, kadınların %30'u tip D tanısı almıştır. Kontrol grubunda da istatistiksel olarak tip D ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (tablo-5) Tüm gruba bakıldığında; erkeklerin %36,7'si, kadınların %42,1'i tip D tanısı almıştır, yine tüm grupta da tip D kişilik ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. (tablo-5)

Çalışmamızdaki hasta ve kontrol gruplarındaki cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; hasta grubunun %73'nün erkeklerden, kontrol grubunun ise %61'nin erkeklerden oluştuğunu görmekteyiz. Hasta grubunda erkeklerin oranının %73 olması KKH' nın erkeklerde daha sık görülmesine bağlı olabilir. İstatistiksel açıdan anlamlı karşılaştırma yapabilmek için kontrol grubunun da %61'i erkeklerden oluşturulmuştur. Hasta ve kontrol gruplarda erkek cinsiyetin daha yüksek oranda olması, çalışmamızda cinsiyet ile tip D kişilik arasında ilişki bulunmamasını etkileyen bir faktör olabilir.

Sigara içmek ve tip D kişilik arasındaki ilişkiye dair literatürde farklı bilgiler bulunmaktadır. Çalışmaların bazıları tip D kişilikli bireylerin sigara içmeye daha meyilli olduklarını belirtirken (89) bazıları tip D olan ve olmayan bireyler arasında sigara içme açısından farklılık olmadığını söylemektedir.(11) Bizim çalışmamızda da hem hasta hem de kontrol grubunda tip D kişilik ile sigara içimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (tablo-6) Ancak bu ilişki yorumlanırken ; hasta grubunun %44'nün sigarayı bırakmış olduğunu söylemesi, çalışmamızın kesitsel olması ve kontrol grubunun %62,3 oranında yani genel topluma göre çok yüksek

oranda sigara içmeyenlerden oluşuyor olması dikkate alınmalıdır. Bu faktörler sonuçları etkilemiş olabilir.

Bulgularımızda tip D kişilik ile alkol kullanımı arasında hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. (tablo-6) Ancak 177 kişiden oluşan tüm grup ele alındığında; 1 alkol bağımlısı ve 1 alkol kötüye kullanımı olan kişinin olması, ikisinin de hasta grubundan olup ikisinin de tip D tanısı alması “ tip D kişilik ile alkol kullanım ilişkisinde sosyal içicilikten çok acaba bağımlılık anlamında ilişki olabilir mi? ” sorusunu akla getirmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmaların literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı yaşam tarzının bir göstergesi olabilecek olan BMI’ nın tip D kişilik ile ilişkisine bakılmıştır. Ancak hem hasta hem kontrol grubunda tip D kişilik ile BMI arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (tablo-6) BMI ve tip D kişilik ilişkisini yorumlamak için; prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu ayrıca BMI’ nın pek çok faktörden etkilendiği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda hasta grubunda tip D kişilik ile alınan kardiyolojik tanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (tablo-7) Kardiyovasküler hastalık

yelpazesinin aterosklerotik kalp hastalığından by-pass operasyonuna kadar uzanan geniş bir tanı aralığında olduğunu düşünürsek ve bu tanımlar arasında geçiş olduğunu dikkate alırsak (örneğin şimdi MI tanısı alan birisine 3 yıl sonra stent takılabileceği gibi) aslında kişilik ile kardiyovasküler hastalık tanısı arasındaki ilişkiyi kurmanın kolay olmadığı söylenebilir. Ayrıca hasta grubumuzdaki kardiyolojik tanı dağılımına baktığımızda grubun homojen olmadığını görmekteyiz. Bu da çalışmamızda tip D kişilik ile kardiyolojik tanı arasındaki ilişkinin yorumlanmasında kısıtlılık yaratan bir nokta olabilir.

KKH tanısı olan 300 hasta ile yapılan bir izlem çalışmasında hastalar tip D olanlar ve olmayanlar olarak ayrılmış ve 5 yıl izlenmiştir. İzlem sonucunda kardiyak ölüm veya non fatal MI'nın önemli prediktörü olarak üç faktörün altı çizilmiştir. Bu faktörler yaş, sol ventrikül EF'si ve tip D kişilik olarak belirtilmiştir.(103) Yani EF daha çok izlem çalışmasında olumsuz kardiyak olayların bir prediktörüdür. Bizim çalışmamız izlem çalışması olmasa da tip D kişilik ile EF arasında kesitsel olarak bir ilişki olup olmadığına bakılmış; hasta grubunda tip D kişilik ile EF arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (tablo-7)

Ancak bu ilişki yorumlanırken EF' nin yaş, hastalık şiddeti gibi pek çok değişkenden etkilendiği de unutulmamalıdır.

Çalışmamızda hasta grubunda en çok kabul edilen kardiyovasküler risk faktörlerine bakılmıştır. Bunlar; yaş ve cinsiyet (erkek>45, kadın>55), birinci derece akrabalarda erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü (erkek<55, kadın 65 yaş), sigara, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, hareketsiz yaşam,aşırı kilo olarak kabul edilmektedir.(93,94) Hasta grubumuzda tip D kişilik ile kardiyovasküler risk faktörleri arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuş,(tablo-7) hasta grubundaki tip D olan bireylerde tip D olmayanlara göre kardiyovasküler risk faktörlerinden alınan toplam puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu da tip D kişilik ile KKH arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Ancak tip D ile kardiyovasküler risk faktörleri arasındaki ilişkiyi daha net ve doğru yorumlamak için; tip D'nin bu faktörlerin her biri ile olan ilişkisini ayrı ayrı araştırıp değerlendirmeye ve izlemeye ihtiyaç vardır. Bu konuda daha fazla sayıda hasta ile yapılacak çalışmalar daha net bilgiler verecektir.

Depresyon CHD gelişiminde bağımsız risk faktörü olarak görülür (42,43,44)

ve kötü kardiyak prognozla ilişkilidir.(51) Kardiyovasküler hastalar arasında depresyon ve/veya anksiyete çok yaygındır. Prevelansı %15-50 arasındadır. (40)

Bizim çalışmamızda da hasta grubunda HAD-Ö' den alınan puanlara göre depresyonun prevelansı %61, anksiyetenin %35 bulunurken; sağlıklı oldukları kabul edilen grupta yine HAD-Ö' den alınan puanlara göre depresyonun prevelansı %7,8, anksiyetenin %16,9 olarak saptanmıştır.Başka bir deyişle; depresyon ve anksiyetenin prevelansı KKH olanlarda sağlıklı oldukları kabul edilen kontrol grubuna göre dikkat çekici oranda yüksek bulunmuştur. Ayrıca hasta grubunda HAD-Ö' den alınan depresyon ve anksiyete ortalama skorları da kontrol grubundan daha yüksektir. Depresyon ve anksiyetenin kardiyovasküler hastalarda hem sık görülmesi hem de kötü kardiyak prognozla ilişkili olması; atlanmaması gereken psikiyatrik tanılar olduğunun altını çizmektedir.

Tip D kişilik hem KKH olanlarda hem de sağlıklı gönüllülerde yapılan çalışmalarda diğer değişkenlerden bağımsız olarak depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. (9,15,16,17,18) Bizim çalışmamızda da hem hasta hem kontrol grubunda tip D kişilik ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel

açından anlamlı ilişki bulunmuştur. (tablo-8)Hasta ve kontrol grupları ayrı ayrı ele alındığında her iki grupta da tip D olanlarda olmayanlara göre HAD-Ö' den alınan depresyon ve anksiyete ortalama skorları yüksek bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar literatür verileri ile uyumludur. Sağlıklı kontrol grubunda da tip D ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunması, tip D kişiliğin fiziksel hastalıktan bağımsız olarak depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. NA ve SI alt ölçekleri ile HAD-Ö' den alınan depresyon ve anksiyete skorları karşılaştırıldığında ise; NA' nın depresyon ve anksiyete skorları ile güçlü ilişkisi olduğu ancak SI'nın orta derecede ilişkisi olduğu görülmüştür. Bu bulgu da NA disfori, anksiyete ve irritabilite duygularını yaşamaya eğilimle ilgilidir cümlesiyle uyumludur.(10)

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada suisid fikrinin altında yatan faktörler araştırılmıştır. Suisid fikri anlamlı olarak kadın cinsiyet, partnersiz yaşam, düşük sosyoekonomik düzey, CHD teşhisi, MI aile öyküsü, sigara içme ve mental distres ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yaş, kişinin bildirdiği depresyon, panik bozukluk, depersonalizasyon, tip D kişilik ile anlamlı ilişki bildirilmiştir. Bu çalışmada ilk

kez genel popölasyonda tip D kişiliğın suisid düşüncesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.(21)

Bizim çalışmamızda da hem hasta hem kontrol grubunda SAD PERSONS ölçeğinden alınan puanlara göre suisid riski değerdendirilmiş ayrıca tip D kişilikle arasındaki ilişkiye bakılmıştır. (tablo-8) SAD PERSONS’ tan alınan ortalama skor hasta grubunda 2,21 iken; kontrol grubunda 1,05 bulunmuştur. Başka bir deyişle hasta grubunda suisid riski kontrol grubuna göre daha yüksektir. Bu bulgu suisid fıkrını KKH teşhisi ile ilişkili bulan çalışma(21) ile uyumludur.

Çalışmamızda hem hasta hem kontrol grubunda tip D kişilik ile suisid riski arasında anlamlı ilişki bulunmuş, tip D olanlarda olmayanlara göre suisid riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hasta ve kontrol gruplarının ikisinde de tip D olanlar olmayanlara göre SAD PERSONS’ tan daha yüksek ortalama skorlar almıştır. Bu bulgumuz da önceki çalışma(21) ile uyumludur. Ancak bu ilişkiyi araştıran az çalışma olduğundan farklı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda hasta grubunda NA ve SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile suisid riski arasındaki ilişkiye de bakılmış ve anlamlılık bulunmuştur. (tablo-9)

Hasta grubumuzda NA alt ölçeği skorları ile suisid riski arasında pozitif yönde, güçlü ilişki bulunurken; SI skorları ile suisid riski arasında pozitif yönde, orta dereceli ilişki bulunmuştur. NA alt ölçeğinin SI' ya göre depresyon ve anksiyete ile daha güçlü ilişkisi olduğunu, depresyon ve anksiyetenin de suisid ile ilişkili olduğunu göz önünde bulundurunca aslında bunun beklenen bir bulgu olduğunu söyleyebiliriz.

Tip D bireyler sosyal yabancılaşıma ve geri çekilme hissini yüksek düzeyde yaşamaları ile tanınırlar. Sosyal anlamda içe dönüktürler. Bu da çevre desteğinin azalmasına yol açar. Sosyal destek psikolojik distresten koruyan ayrıca olumsuz medikal sonuçların oluşumunu etkileyen faktör olarak bilinir. Mortalite ve sosyal destek arasındaki ters ilişki de uzun süredir tanımlanan bir gerçektir. (91)Yapılan çalışmalarda hem sağlıklılarda hem de CHD hastalarında tip D kişilerde tip D olmayanlara göre algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı oranda düşük bulunmuştur.(11,33,34) Tip D kişiliğin kardiyak hastalarda depresyon ve anksiyeteden bağımsız olarak algılanan sosyal destek düzeylerinin düşüklüğü ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır.(34)

Bizim çalışmamızda da hem hasta hem kontrol grubunda MSPSS ölçeğinden alınan puanlara göre algılanan sosyal destek düzeyleri değerlendirilmiş ayrıca tip D kişilikle arasındaki ilişkiye bakılmıştır.(tablo-9) MSPSS’ ten alınan ortalama skor hasta grubunda 49,2 iken sağlıklı kontrol grubunda 60,92 olarak bulunmuştur. Yani hasta grubunda algılanan sosyal destek düzeyleri kontrol grubuna göre düşüktür. Hasta grubundaki bu algılanan sosyal destek düşüklüğü hastalık psikolojisine bağlı durumsal bir tablo olabilir, ayrıca hasta grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin de yüksek olması sosyal desteğin düşük algılanmasına katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda hem hasta hem kontrol grubunda tip D kişilik ile algılanan sosyal destek arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuş, (tablo-8)tip D olanlarda olmayanlara göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Hasta ve kontrol gruplarının ikisinde de tip D olanlar olmayanlara göre MSPSS ölçeğinden daha düşük skorlar almıştır yani algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha düşüktür. Bu bulgular literatür bilgileri ile uyumludur. (11,33,34)

Çalışmamızda hasta grubunda NA ve SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye de bakılmış ve ters yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. (tablo-9) Hasta grubunda hem NA ve hem SI alt ölçeklerinden alınan skorlar ile MSPSS ölçeğinden alınan skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönde, orta dereceli ilişki bulunmuştur. Aslında NA ve SI ile algılanan sosyal destek karşılaştırıldığında; SI ile algılanan sosyal destek arasında daha güçlü bir ilişki çıkmasını bekleyebiliriz. Başka bir deyişle; SI sosyal uzaklaşmayı temsil ettiğine göre aslında bunun algılanan sosyal destek ile güçlü ilişkisi olması beklenir. Ancak NA’ nında depresyon ve anksiyete ile daha yüksek ilişkisini düşünürsek, bunlarında sosyal desteğin düşük algılanmasına etki edeceğini göz önünde bulundurursak NA’ nın da SI kadar algılanan sosyal destekle ilişkisi olduğu yorumunu yapabiliriz.

Tüm literatür birlikte değerlendirildiğinde; tip D kişiliğin KKH ile güçlü ilişkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca tip D kişilik hem sağlıklı popülasyonda hem de KKH olanlarda depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek eksikliği ve suisid riski ile ilişkilidir. Bizim çalışmamızın bulguları da bu bağlamda literatür

ile uyumlu çıkmıştır. Öte yandan toplumumuzda tip D kişilik ile ilgili yapılan başka çalışma bulunmadığından bu bilgileri toplumumuza uyarlamak adına daha fazla çalışmaya özellikle izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Kişiliğin toplumsal ve bölgesel farklılıklardan etkilenebileceği unutulmamalıdır.

Tip D kişilik ile ilgili tartışılabilir bir konu da tedavi edilip edilmeyeceği, eğer tedavi edilecekse hangi yöntemlerin (farmakolojik,psikoterapi, alternatif yöntemler gibi) daha yararlı olabileceği konusudur. İleriki çalışmalar tip D kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirme yollarını araştırmaya yönelik olabilir.

Tip D kişilerin kardiyak popülasyonda tanınması ve gerekirse tedavi edilmesi, hastaların kardiyak tedaviye yanıt ve uyumunu arttırabilir dolayısıyla sağlık harcamalarını azaltabilir. Tip D kişilerin genel popülasyon da tanınması ise kardiyovasküler hastalıkların gelişimi açısından önlemler alınmasına katkıda bulunabilir.

Bu çalışmanın verilerinin; konsültasyon liyezon psikiyatrisinin kardiyovasküler sistem hastalıklarındaki önemini bir kez daha ortaya koyduğu da

görülmektedir.

SONUÇLAR

1. Tip D kişilik prevelansı KKH olanlarda (%49) sağlıklı kontrollere göre (%24,7) daha yüksektir.
2. Tip D kişilik ile cinsiyet arasında hasta, kontrol ve tüm grupta anlamlı ilişki bulunmamıştır.
3. Tip D kişilik ile sigara, alkol içimi ve BMI arasında hasta, kontrol ve tüm grupta anlamlı ilişki bulunmamıştır.
4. Hasta grubunda tip D kişilik ile alınan kardiyolojik tanı, EF arasında anlamlı ilişki bulunmazken; tip D kişilik ile kardiyovasküler risk faktörleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tip D bireylerin tip D olmayanlara göre kardiyovasküler risk puanları daha yüksektir.
5. Depresyonun prevelansı KKH olanlarda dikkat çekici oranda yüksektir. (%61)
6. Anksiyetenin prevelansı KKH olanlarda %35 bulunurken, sağlıklı kontrollerde %7,8' dir.
7. Tip D kişilik hem hasta hem de sağlıklı grupta depresyon ve anksiyete ile

ilişkilidir. Hasta ve kontrol gruplarında tip D bireylerin tip D olmayanlara göre aldıkları depresyon ve anksiyete skorlarının ortalaması da daha yüksektir.

8. Hasta grubunda NA skorları ile depresyon ve anksiyete skorları arasında güçlü ilişki vardır.

9. Hasta grubunda SI skorları ile depresyon ve anksiyete skorları arasında orta dereceli ilişki vardır.

10. Hasta grubunda algılanan sosyal destek düzeyleri sağlıklı gruba göre düşük düzeydedir.

11. Tip D kişilik ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında ters yönde ilişki vardır. Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda tip D olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri tip D olmayanlara göre anlamlı oranda düşüktür.

12. Hasta grubunda NA ve SI skorları ile MSPSS skorları arasında ters yönde, orta dereceli ilişki vardır.

13. Hasta grubunda suisid riski kontrol grubuna göre daha yüksektir.

14. Tip D kişilik hem hasta hem kontrol grubunda artan suisid riski ile ilişkilidir.

15. Hasta grubunda NA skorları ile suisid riski arasında güçlü ilişki vardır.

16. Hasta grubunda SI skorları ile suisid riski arasında orta dereceli ilişki vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995; 57: 582-591
2. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96: 234-54
3. Asendorpf JB. Social inhibition: a general –developmental perspective. In: Traue HC, Pennebaker JW, eds. *Emotion, inhibition and health*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 1993: 80-99
4. Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, type A behavior, and coronary heart disease : the role emotional expression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 783-92
5. Gest SD. Behavioral inhibition : stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 467-75
6. Sher L. Type personality : the heart, stress and cortisol. *QJ med* 2005; 98: 323-329
7. Denollet J. Type D personality : a potential risk factor refined. *J. Psychosom Res* 2000; 49: 255-266
8. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type D personality and younger age on five-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000; 102: 630-635
9. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: 241-248
10. Denollet J. DS 14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social inhibition, and Type D Personality . *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 89-97

11. Williams L. Type D Personality in a Healthy UK Population: The Role of Health Behaviour and Social Support. 1 st Year PhD Progress Report. University of Stirling, Stirling, United Kingdom
12. Grande G, Jordan J, Kummel M, Struwe C, Schubmann r, Sculze F, Unterberg C, von Kanel R, Kudielka, BM, Ficher j, Herrmann-Lingen C. Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother Psych Med* 2004; 54: 413-422
13. Bergvik S, Sorlie T, Wynn R, Sexton H. Psychometric properties of the type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scand J Psychol*. 2010 Jan 25 (Epub ahead of print)
14. Kupper N, Denollet J, de Geus EJ, Boomsma DI, Willemsen G. Heritability of Type-D Personality. *Psychosom Med*. 2007; 69(7): 675-81
15. Pedersen SS, Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J. Psychosom Res*. 2004; 57(3): 265-72.
16. Pedersen SS, van Domburg RT, Theuns DA, Jordaens L, Erdman RA. Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosom Med*. 2004; 66: 714-19.
17. Schiffer AA, Susanne S. Pedersen, Jos W. Widdershoven, Eric H. Hendriks, Jobst B. Winter and Johan Denollet. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention*

and Rehabilitation 2005; 12: 341-346

18. Spindler H, Kruse C, Zwisler AD, Pedersen SS. Increased anxiety and depression in danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D Scale(DS14). *Int. Behav. Med.* 2009; 16(2): 98-107

19. Pedersen SS, Yagensky A, Smith OR, Yagenska O, Shpak V, Denollet J. Preliminary Evidence for the Cross-Cultural Utility of the Type D Personality Construct in the Ukraine. *Int. J Behav Med* 2009; 16(2): 108-15

20. Jellesma FC. Health in Young People: Social Inhibition and Negative Affect and Their Relationship with Self-Reported Somatic Complaints. *J Dev Behav Pediatr.* 2008; 29(2): 94-100

21. Michal M, Wiltink J, Till Y, Wild PS, Münzel T, Blankenberg S, Beutel ME. Type D personality and depersonalization are associated with suicidal ideation in the German general population aged 35-74: Results from the Gutenberg Heart Study. *J Affect Disord.* 2010 Mar 3. (Epub ahead of print)

22. Jellesma FC. Health in young people: social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *J Dev Behav Pediatr.* 2008; 29(2): 94-100

23. Meulenbroek LFP, Thomas G, Kooijman PGC, de Jong FICRS. Biopsychosocial impact of the voice in relation to the psychological features in female student teachers. *Journal of Psychosomatic Research* 2010.

24. Thomas G, de Jong FI, Koojiman PG, Cremers CW. Utility of the Type D scale 16 and Voice Handicap Index to assist voice care in student teachers and teachers. *Folia Phoniatr Logop* 2006; 58(4): 250-263

25. De Fruyt F, Denollet J. Type D personality : A five factor model perspective. *Psychol Health* 2002; 17(5): 671-683
26. Broek KC Van den, Smolderen KG, SS P, Denollet J. Type D personality mediates the relationship between remembered parenting and perceived health. *Psychosomatics* 2009.
27. Al-Ruzzeh S, Athanasiou T, Mangoush O, Wray J, Modine T, George S, et al. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart* 2005; 91(12): 1557—62.
28. Skodová Z, van Dijk JP, Nagyová I, Rosenberger J, Ondušová D, Middel B, Reijneveld SA. Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions. *Heart Lung* 2010 May 12 (Epub ahead of print)
29. Song EK. Son YJ. The analysis of the type D personality research as a psychosocial risk factor in cardiovascular disease for elders with a chronic disease. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*.2008 ; 38(1): 19-28
30. Polman R, Borkoles E, Nicholis AR. Type D Personality , stres, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol*. 2009
31. Hausteiner C, Klupsch D, Emeny R, Baumert J, Ladwing KH. Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker. *Psychosom Med*. 2010; 72(2): 163-171
32. Denollet J, Sys SU, stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality is independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 34: 417-21

33. Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Jonston DW, Hay JL et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *Psychosom Res.* 2008; 64(1): 63-9
34. Pedersen SS, Spinder H, Erdman RA, Denollet J. Poor Perceived Social Support in Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) Patients and Their Partners: Cross-Validation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Psychosomatics.* 2009; 50(5): 461-7
35. Hanebuth D, Meinel M, Fischer JE. Health-related quality of life , psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white- collar employees: a comparison of potential predictors. *J Occup Environ Med.* 2006; 48(1): 28-37
36. Preckel D, von Kanel R, Kudielka BM, Fischer JE. Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78(2): 117-122
37. Oginska-Bulik N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of the type D personality. *Int J Occup Med Environ Health* 2006; 19(2): 113-122
38. Kunts MJ, Bogaerts S, Winkel FW. Peer and inmate aggression, Type D personality and post-traumatic stress among Dutch prison workers. *Stress and health* 2009
39. Gottlieb SS, Khatta M, Friedman E, Einbinder L, Katzen S, Baker B et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J. Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1542-1549

40. Monami M, Marchionni N. Psychological disorders and cardiovascular diseases. *G Ital Cardiol (Rome)* 2007; 8(6): 335-48
41. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA* 2003;290:215-221
42. Roose SP, Glassman AH, Seidman SN. Relationship between depression and other medical illnesses. *J Am Med Assoc* 2001; 286: 1687-90
43. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 580–92
44. Sher L. Effects of psychological factors on the development of cardiovascular pathology: role of the immune system and infection. *Med Hypotheses* 1999; 53: 112–13
45. Ford DE, Mead LA, Chang PP, Cooper-Patrick L, Wang NY, Klag MJ. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1422-26
46. Aromaa A, Ilmarinen O, Heliovaara M, Knekt P. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatrica Scand* 1994; 377: 77-82
47. Fimognari FL, Piccirillo G, Lama J, Paganica P, Monteleone G, Gianni W. Associated daily biosynthesis of cortisol and thromboxane A2: A preliminary report. *J Lab Clin Med* 1996; 128: 115-121
48. Chrapko WE, Jurasz P, Radomski MW, Lara N, Archer SL, Le Melle JM. Decreased platelet nitric oxide synthase activity and plasma nitric oxide metabolites in major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 129-134

49. Wallerath T, Witte K, Schafer SC, Schwarz PM, Prellwitz W, Wohlfart P. Down-regulation of the expression of endothelial NO synthase is likely to contribute to glucocorticoid-mediated hypertension. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999; 96: 13357-62
50. Whyte EM, Pollock BG, Wagner WR, Mulsant BH, Ferrell RE, Mazumdar S. Influence of serotonin transporter-linked promoter region polymorphism on platelet activation in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2074-76
51. Kupper N, Gidron Y, Winter J, Denollet J. Association between type D personality, depression, and oxidative stress in patients with chronic heart failure. *Psychosom Med*.2009; 71(9): 973-80
52. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *J Am Med Assoc* 1993; 270: 1819-25
53. Lesperance F, Frasure-Smith N, Theroux P. Depression influences 1-year prognosis in unstable angina. *J Am Coll Cardiol* 1998; 33: 208 A.
54. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloon RP. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome; a prospective study. *Lancet* 2001; 358: 1766-71
55. Kop WJ. Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosom Med* 1999; 61: 476-87
56. Reich J, Schatzberg A. Personality traits and medical outcome of cardiac illness. *J Psychiatr Res*. 2010 May 5 (Epub ahead of print)
57. Heilbrun AB Jr, Friedberg EB. Type A personality, self-control, and vulnerability to stress. *J Personality Assessment* 1988; 52: 420–33

58. Ursano RJ, Epstein RS, Lazar SG. Behavioral responses to illness: personality and personality disorders. In: Wise MG, Rundell JR, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Psychiatry in the Medically Ill*, 2nd edn. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2002: 107–25
59. Williams RB, Littman AB. Psychosocial factors: role in cardiac risk and treatment strategies. *Cardiol Clinics* 1996; 14: 97–104
60. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol* 1997; 106:95–103
61. Brosschot JF, Thayer JF. Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: a model of the links between hostility and cardiovascular disease. *Ann Behavior Med* 1998; 20:326–32.
62. Horsten M, Ericson M, Perski A, Wamala SP, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomer K. Psychosocial factors and heart rate variability in healthy women. *Psychosom Med* 1999; 61:49–57
63. Matthews KA, Owens JF, Kuller LH, Sutton-Tyrrell K, Jansen-McWilliams L. Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosom Med* 1998; 60:633–8.
64. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 37–58.
65. Graves PL, Mead LA, Wang NY, Liang K, Klag MJ. Temperament as a potential predictor of mortality: evidence from a 41-year prospective study. *J*

Behavior Med 1994; 17: 111–26.

66. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. J Psychosom Res 2003;55:235-45

67. Williams L, O'Carroll RE, O'Connor RC. Type D personality and cardiac output in response to stress. Psychology and Health 2008

68. Appels A, Golombeck B, Gorgels A, de Vreede J, van Breukelen G. Behavioral risk factors of sudden cardiac arrest. J Psychosom Res 2000;48: 463–9

69. Denollet J, Holmes RV, Vrints CJ, Conraads VM. Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality. J Heart Lung Transplant. 2007; 26(2): 152-8

70. Martens EJ, Mols F, Burg MM, Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. J Clin Psychiatry 2010 Feb 9. (Epub ahead of print)

71. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. Am J Cardiol 2006; 97(7): 970—3

72. Schiffer AA, Denollet J, Widdershoven JW, Hendriks EH, Smith OR. Failure to consult for symptoms of heart failure in patients with a type D personality. Heart. 2007; 93(7):814-818

73. Pelle AJ, Schiffer AA, Smith OR, Widdershoven JW, Denollet J. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between type D personality and

impaired health status in chronic heart failure *Int J cardiol.* 2009

74. Buchanan TW, al'Absi M, Lovallo WR. Cortisol fluctuates with increases and decreases in negative affect. *Psychoneuroendocrinology* 1999; 24: 227–41

75. Lovallo WR, Thomas TL. Stress hormones in psychophysiological research: emotional, behavioral, and cognitive implications. In: Cacioppo JT, Tassinari LG, Berntson G, eds. *Handbook of Psychophysiology*. New York, Cambridge University Press, 2000: 342–67.

76. Lovallo WR, Pincomb GA, Brackett DJ, Wilson MF. Heart rate reactivity as a predictor of neuroendocrine responses to aversive and appetitive challenges. *Psychosom Med* 1990; 52:17–26.

77. Holsboer F. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology* 2000; 23: 477–501.

78. Stokes PE. The potential role of excessive cortisol induced by HPA hyperfunction in the pathogenesis of depression. *Eur Neuropsychopharmacology* 1995; 5 (Supl.): 77–82

79. Whitehead DL, Perkins-Porras L, Strike PC, Magid K, Steptoe A. Cortisol awakening response is elevated in acute coronary syndrome patients with type-D personality. *J Psychosom Res* 2007;62(4): 419—25

80. Erfurth EM, Bulow B, Eskilsson J, Hagmer L. High incidence of cardiovascular disease and increased prevalence of cardiovascular risk factors in women with hypopituitarism not receiving growth hormone treatment: Preliminary results. *Growth Horm IGF Res* 1999;9:21-4

81. Hew FL, O'Neal D, Kanarudin N, Alford FP, Best JD. Growth hormone

deficiency and cardiovascular risk. *Baillieres Clin.Endocrinol. Metab*

1998;12:199-216

82. Denollet J, Condraads VM, Brutsaert DL, De Clerck LS, Stevens Wj, Vrints

CJ. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type D

personality. *Brain Behav Immun* 2003;17:304-309

83. Pasic j, Levy WC, Sullivan MD. Cytokines depression and heart failure.

Psychosom Med 2003;65:181-193

84. Deswal A, Petersen NJ, Feldman AM, Young JB, White BG, Mann DL.

Cytokines and cytokine receptors in advanced heart failure:an analysis of the

cytokine database from the Vesnarinone Trial (VEST). *Circulation*

2001;103:2055-2059

85. Conraads VM, Denollet J, De Clerck LS, Stevens WJ, Bridts C, Vrints CJ.

Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor

(TNF)-alpha and TNF-alpha receptors in chronic heart failure. *Int J Cardiol*

2006;113(1):34—8

86. Knoop KT, de Groot LC, kromhout D, Perin AE, Moreiras-Varela O, Menotti

A,van Staveren WA. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10 year mortality in

elderly European men and women: The HALE Project. *JAMA* 2004; 292: 1433-

1439

87. Kahn HA. The relationship of repeated coronary heart disease mortality to

physical activity of work. *Am J Pub Health* 1963;53:1058-1067

88. Amir D. Preventive behaviour and health status among the elderly. *Psychol*

Health 1987;1:353-377

89. Pedersen SS, Lemos PA, van Vooren PR, Liu TKK, Daemen J, Erdman RAM, Smits PC. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:997-1001
90. Borkoles E, Polman R, Levy A. Type D personality and body image in men: the role of exercise status. *Body Image* 2010;7(1):39-45
91. Berkman LF, Syme AS. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-204
92. Van Craenenbroeck EM, Denollet J, Paelinck BP, Possemiers N, Hoymans VY, Vrints CJ, Conraads VM. Circulating CD34+/KDR+ endothelial progenitor cells are reduced in chronic heart failure patients as a function of type D personality. *Clin Sci (Lond)* 2009;117(4):165-172
93. Güleç S. Global risk and objectives in cardiovascular diseases. *Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37 Suppl 2:1-10
94. Poulter N. Global risk of cardiovascular disease. *Heart* 2003;89 Suppl 2:ii 2-5
95. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type D scale 16(DS16). *Ann Behav Med* 1998;20:209-15
96. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Petterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSON Scale. *Psychosomatics* 1983;24(4):343-49
97. Shea SC. The Practical Art of Suicide Assessment. A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. John Wiley and Sons, Inc;1999
98. Juhnke G. SAD PERSONS scale review. *Measurement and Evaluation in*

Counseling and Development. 1994;27(1):325-27

99. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatry Scand 1983;67:361-370

100. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8:280-287

101. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik, güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 34:45-55

102. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik, güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17-25

103. Denollet J, Brutsaert DL. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. Circulation 1998;97: 167-173

8. ÖZET

Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde en önde gelen ölüm nedenlerindendir. Stres ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki uzun zamandan beri bilinmektedir. Kişilik ise stresin major belirteçidir. Daha önceki çalışmalarda hırslılık, rekabetçilik, agresiflik, sabırsızlık ile karakterize olan tip A davranış üzerinde durulmuştur. Günümüzdeki çalışmalar tip D kişilik ile KKH arasındaki güçlü ilişkiyi desteklemektedir. Tip D kişilik negatif duyguları deneyimlemeye meyil ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak inhibe etmeyle karakterizedir.

Bu çalışmada; KKH tanısı alanlarda tip D kişiliğin prevelansına bakmak; depresyon, anksiyete, suisid riski, algılanan sosyal destek ile ilişkisini saptamak ve bunları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Hasta grubu; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na başvuran, yaşları 18-65 arası olan ve KKH tanısı almış 100 kişiden oluşmuştur. DS-14, HAD-Ö, MSPSS ve SAD PERSONS ölçekleri uygulanmıştır. Kontrol grubu; yaşları 18-65 arası olan, tanı konmuş tıbbi hastalığı olmayan, hastane

personeli ve yakınlarından oluşan 77 kişiden oluşturulmuştur. Kontrol grubuna da DS-14, HAD-Ö, MSPSS ve SAD PERSONS ölçekleri uygulanmıştır.

Hasta grubunda tip D kişiliğin prevelansı %49 bulunurken; kontrol grubunda %24,7 olarak bulunmuştur. Tip D kişilik ile depresyon, anksiyete, suisid riski, algılanan sosyal destek eksikliği arasında hem hasta hem kontrol grubunda anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuçlar tip D kişiliğin KKH olanlarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek prevelansta görüldüğünü ayrıca tip D kişiliğin emosyonel ve sosyal zorluklarla ilişkili olduğunu desteklemektedir.

9. SUMMARY

Cardiovascular diseases are one of leading causes of death at present. The relationship of stress and cardiovascular diseases is known for a long time.

Personality is the major determinant of stress. Previous studies underscore type A behaviour which is characterized by passion, competitiveness, aggression and impatientness. Present studies support the strong relationship between type D personality and cardiovascular heart disease. Type D personality is characterized by leaning towards experiencing negative emotions and inhibiting these emotions by escaping from social relations.

In this study, it is aimed to find out type D personality prevalence in cardiovascular heart disease patients, to define the relationship between type D personality and depression, anxiety, risk of committing suicide and perceived social support and to compare these with healthy controls.

Patients group consisted of 100 people who are between 18-65 years old, diagnosed to have cardiovascular disease and that applied Gazi University Faculty of Medicine Cardiology Department. DS-14, HAD-Ö, MSPSS and SAD

PERSONS scales were applied. Control group consisted of 77 hospital worker or a relative who are between 18-65 years old and who had no known medical illness. DS -14, HAD-Ö, MSPSS and SAD PERSONS were applied to control group.

Type D personality prevalence was found to be 49 % for patients group and 24,7 % for the control group. There was a significant relationship between type D personality and depression, anxiety, risk of committing suicide and perceived social support. The results support that Type D personality has a higher prevalence in cardiovascular heart disease patients than controls and also that type D personality is related to emotional and social difficulties.

10. EKLER

EK-1

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

1-YAŞ:	2-BOY(M):	3-KİLO(KG):	4-BMI(KG/M2):
5-CİNSİYET:	1)ERKEK	2)KADIN	
6-MEDENİ DURUM:	1)EVLİ 4)BOŞANMIŞ	2)BEKAR 5)AYRI YAŞIYOR	3)DUL
7-MESLEK:	1)BOŞ 4)İŞÇİ 7)EMEKLİ	2)ÖĞRENCİ 5)MEMUR 8)DİĞER	3)EV HANIMI 6)SERBEST
8-EĞİTİM:	1)İLKÖĞRETİM	2)LİSE VE DENGİ	3)YÜKSEKOKUL
9-YAŞADIĞI ŞEHİR:	1)ANKARA	2)DİĞER(YAZINIZ)	
9-ÖZGEÇMİŞ:	1)DM 4)KBY 6)PERİFERİK ARTER HAST	2)HT 5)GEÇİRİLMİŞ SVH	3)HİPERLİPİDEMİ
10-SİGARA KULLANIMI:	1)YOK 2)BIRAKMIŞ 3)KULLANIYOR		
11-ALKOL KULLANIMI:	1)YOK 2)BIRAKMIŞ 3)SOSYAL İÇİCİ 4)ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI 5)ALKOL BAĞIMLISI		
12-SOYGEÇMİŞ:	1)DM	2)HT	3)ASKH 4)SVH 5)ANİ ÖLÜM
13-TOTAL KOLESTEROL:			
14-SOL VENTRİKÜL EJEKSİYON FRAKSİYONU:			
15-KARDİYOLOJİK TANI:			

16-SAD PERSON:

- 1)CİNSİYET: a)ERKEK b)KADIN
- 2)YAŞ: a)25-34 b)35-44 c)65 ve üzeri d)Hiçbiri
- 3)DEPRESYON: a)VAR b)YOK
- 4)İNTİHAR GİRİŞİM ÖYKÜSÜ: a)VAR b)YOK
- 5)ETANOL KÖTÜYE KULLANIMI: a)VAR b)YOK
- 6) MANTIKLI DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNA NEDEN OLABİLECEK DURUM: a)VAR b)YOK
- 7)SOSYAL DESTEK KAYBI/OLMAMASI: a)VAR b)YOK
- 8)İNTİHAR PLANININ VARLIĞI: a)VAR b)YOK
- 9)BOŞANMA,AYRILMA,EŞİN ÖLÜMÜ YA DA HASTA ‘‘ERKEKSE’’ BEKAR OLMASI: a)EVET b)HAYIR
- 10)KRONİK YETİ YETİMİNE NEDEN OLABİLECEK CİDDİ BİR HASTALIĞIN VARLIĞI a)EVET b)HAYIR
- SAD PERSON PUAN:

17-CV RİSK FAKT:(0-6)

- 1-HASTA ERKEKSE>45YAŞ ,KADINSA>55YAŞ MI? a)EVET b)HAYIR
- 2-SON 12 AYDA DÜZENLİ AKTİF SİGARA KULLANIMI VAR MI? a)EVET b)HAYIR
- 3-BİRİNCİ DERECEDE AKRABALARDA ,55YAŞ ALTINDA ERKEKLERDE ,65 YAŞ ALTINDA KADINLARDA MI,İNME,KVH ÖYKÜSÜ VAR MI? a)EVET b)HAYIR
- 4-KAN BASINCI 140/90 mmHG ‘nın ÜZERİNDE YA DA ANTİHIPERTANSİF KULLANIM ÖYKÜSÜ VAR MI? a)EVET b)HAYIR
- 5-DİYABETİ VAR MI? a)EVET b)HAYIR
- 6-TOTAL KOLESTEROL DÜZEYİ>160 MG/DL Mİ? a)EVET b)HAYIR
- 7-AŞIRI KİLO VAR MI? a)EVET b)HAYIR

8-YAŞAM TARZI SEDANTER Mİ?

a)EVET

b)HAYIR

TOTAL CV RİSK PUANI:

18-TİP D:

1-EVET

2-HAYIR

19-NA:

20-SI:

21-HAD:

1)TOPLAM

2)ANKSİYETE

3)DEPRESYON

30-MSPSS:

EK-2**SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLERİ DEĞERLENDİRME FORMU****1-YAŞ:** **2-BOY(M):** **3-KİLO(KG):** **4-BMI(KG/M2):****5-CİNSİYET:** 1)ERKEK 2)KADIN**6-MEDENİ DURUM:** 1)EVLİ 2)BEKAR 3)DUL
4)BOŞANMIŞ 5)AYRI YAŞIYOR**7-MESLEK:** 1)BOŞ 2)ÖĞRENCİ 3)EV HANIMI
4)İŞÇİ 5)MEMUR 6)SERBEST
7)EMEKLİ 8)DİĞER**8-EĞİTİM:** 1)İLKÖĞRETİM 2)LİSE VE DENGİ 3)YÜKSEKOKUL**9-YAŞADIĞI ŞEHİR:** 1)ANKARA 2)DİĞER(YAZINIZ)**10-SİGARA KULLANIMI:** 1)YOK
2)BIRAKMIŞ
3)KULLANIYOR**11-ALKOL KULLANIMI:** 1)YOK
2)BIRAKMIŞ
3)SOSYAL İÇİCİ
4)ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI
5)ALKOL BAĞIMLISI**12-TİP D:** 1-EVET 2-HAYIR**13-NA:****14-Sİ:****15-HAD:** 1)TOPLAM : 2)ANKSİYETE 3)DEPRESYON**16-MSPSS:****17-SAD PERSONS:**

EK- 3**DS- 14 ÖLÇEĞİ**

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm durumları okuyun ve sağdaki numaralardan size en uygun olanını işaretleyin. Doğru yada yanlış cevap bulunmamaktadır. Önemli olan tek şey sizin kendi izleniminizdir.

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsız	Kısmen Doğru	Doğru
1	İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim	0	1	2	3	4
2	Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım	0	1	2	3	4
3	Yabancılarla sıklıkla konuşurum	0	1	2	3	4
4	Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim	0	1	2	3	4
5	Sıklıkla çabuk kızarım	0	1	2	3	4
6	Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir	0	1	2	3	4
7	Olaylara karamsar bakarım	0	1	2	3	4
8	Konuşmayı başlatmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
9	Genelde ruh halim kötüdür	0	1	2	3	4
10	İçine kapanık bir insanım	0	1	2	3	4
11	İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim	0	1	2	3	4
12	Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum	0	1	2	3	4
13	Genelde çökkün bir ruh halim vardır	0	1	2	3	4
14	Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam	0	1	2	3	4

EK-4**SAD PERSONS ÖLÇEĞİ**

- 1)CİNSİYET: a)ERKEK b)KADIN
- 2)YAŞ: a)25-34 b)35-44 c)65 ve üzeri d)Hiçbiri
- 3)DEPRESYON: a)VAR b)YOK
- 4)İNTİHAR GİRİŞİM ÖYKÜSÜ: a)VAR b)YOK
- 5)ETANOL KÖTÜYE KULLANIMI: a)VAR b)YOK
- 6) MANTIKLI DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNA NEDEN OLABİLECEK DURUM: a)VAR b)YOK
- 7)SOSYAL DESTEK KAYBI/OLMAMASI: a)VAR b)YOK
- 8)İNTİHAR PLANININ VARLIĞI: a)VAR b)YOK
- 9)BOŞANMA,AYRILMA,EŞİN ÖLÜMÜ YA DA HASTA ‘ERKEKSE’ BEKAR OLMASI: a)EVET b)HAYIR
- 10)KRONİK YETİ YETİMİNE NEDEN OLABİLECEK CİDDİ BİR HASTALIĞIN VARLIĞI a)EVET b)HAYIR

EK-5

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Aklınıza gelen ilk yanıtın en doğrusu olacağını unutmayın.

1	Kendimi gergin,patlayacak gibi hissediyorum	Çoğu zaman
		Birçok zaman
		Zaman,zaman bazen
		Hiçbir zaman
2	Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum	Aynı eskisi kadar
		Pek eskisi kadar değil
		Yalnızca biraz eskisi kadar
		Nerdeyse hiç eskisi kadar değil
3	Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum	Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
		Evet ama çok da şiddetli değil
		Biraz,ama beni endişelendiriyor
		Hayır,hiç öyle değil
4	Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum	Her zaman olduğu kadar
		Şimdi pek o kadar değil
		Şimdi kesinlikle o kadar değil
		Artık hiç değil
5	Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor	Çoğu zaman
		Bir çok zaman
		Zaman zaman ama çok sık değil
		Yalnızca bazen
6	Kendimi neşeli hissediyorum	Hiçbir zaman
		Sık değil
		Bazen
		Çoğu zaman
7	Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum	Kesinlikle
		Genellikle
		Sık değil
		Hiçbir zaman
8	Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum	Hemen hemen her zaman
		Çok sık
		Bazen
		Hiçbir zaman

9	Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum	Hiçbir zaman
		Bazen
		Oldukça sık
		Çok sık
10	Dış görünüşüme ilgimi kaybettim	Kesinlikle
		Gerektiği kadar özen göstermiyorum
		Pek o kadar özen gösteremeyebiliyorum
		Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11	Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum	Gerçekten de çok fazla
		Oldukça fazla
		Çok fazla değil
		Hiç değil
12	Olacakları zevkle bekliyorum	Her zaman olduğu kadar
		Her zamankinden biraz daha az
		Her zamankinden kesinlikle daha az
		Hemen hemen hiç
13	Aniden panik duygusuna kapılıyorum	Gerçekten de çok sık
		Oldukça sık
		Çok sık değil
		Hiçbir zaman
14	İyi bir kitap,televizyon yada radyo programından zevk alabiliyorum	Sıklıkla
		Bazen
		Pek sık değil
		Çok seyrek

EK-6**ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki cümleler hakkında ne düşündüğünüzü öğrenmek istiyoruz. Her bir basamağı dikkatlice okuyunuz ve nasıl hissettiğinizi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum

2-Çoğunlukla katılmıyorum

3-Biraz katılmıyorum

4-Nötr

5-Biraz katılıyorum

6-Çoğunlukla katılıyorum

7-Kesinlikle katılıyorum

Ne zaman yardıma ihtiyacım olsa özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşabileceğim özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Ailem gerçekten bana yardım etmeye çalışıyor	1	2	3	4	5	6	7
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Benim için gerçek bir rahatlık kaynağı olan özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarım gerçekten bana yardım etmeye çalışıyor	1	2	3	4	5	6	7
İşler kötüye gittiğinde arkadaşlarımı dikkate alırım	1	2	3	4	5	6	7
Ailemle problemlerimi konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7
Üzüntümü ve neşemi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır	1	2	3	4	5	6	7
Duygularıma değer veren özel biri vardır	1	2	3	4	5	6	7
Ailem karar almamda bana seve seve yardım eder	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarımla problemlerimi konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7

12.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Armağan Sürgit

Doğum Tarihi: 30.09.1979

Doğum Yeri: İzmir

Eğitim: GÜTF Psikiyatri A.B.D Araştırma Görevlisi 2005-2010

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 1997-2003

Suphi Koyuncuoğlu Lisesi 1996

Ali Suavi İlköğretim Okulu 1991

Yabancı Dil: İngilizce

Yayın:

- Perceptions of Turkish psychiatric inpatients about therapeutic factors of group psychotherapy. Sayın A, Karşlıoğlu E.H, **Sürgit A**, Şahin S, Arslan T, Candansayar S. Int J Group Psychother. 2008 Apr;58(2):253-63.