

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALARINDA D TİPİ
KİŞİLİĞİN, ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN,
PSİKOLOJİK DURUMUN VE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burak ÇAĞLAR

İstanbul
Temmuz-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALARINDA D TİPİ KİŞİLİĞİN,
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN, PSİKOLOJİK DURUMUN
VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burak ÇAĞLAR

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

İstanbul
Temmuz-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Koroner Arter Hastalığında D Tipi Kişiliğin, Algılanan Sosyal Desteğin, Psikolojik Durumun ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi**” adlı çalışmamın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Burak ÇAĞLAR

ÖN SÖZ

Eğitim hayatım süresince vizyonu ve çalışmalarıyla bana örnek olan Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK başta olmak üzere bütün hocalarıma, Danışmanlığı süresince yol göstericiliği ile her zaman yanımda olan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e, desteğini esirgemeyen değerli aileme ve değerli nişanlım Ayşe Nur ZENCİR'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından BAP-2023-26 proje numarası ile desteklenmiştir.

Burak ÇAĞLAR
İstanbul- 2024

ÖZET

KORONER ARTER HASTALARINDA D TİPİ KİŞİLİĞİN, ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN, PSİKOLOJİK DURUMUN VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Burak ÇAĞLAR

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Temmuz, 2024 – 125 Sayfa

Bu çalışma, koroner arter hastalarında D tipi kişiliğin, algılanan sosyal desteğin, psikolojik durumun ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak tasarlanan bu çalışma İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kardiyoloji kliniklerine başvuran 251 hasta ile Mayıs 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Veriler, D Tipi Kişilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) kullanılarak toplandı. Bireylerin ortalama yaşları $61,48 \pm 13,45$, tanı süresi (yıl) ortalama $1,02 \pm 0,15$, Beden Kütle İndeksi (kg/m^2) ortalaması $27,94 \pm 5,56$ ve %72,5'i erkektir. Hastaların %55'i daha önce MI geçirmiş, %46,2'sinin ailesinde kalp hastalığı bulunmakta, %64,5'inde ek kronik hastalık bulunmakta, %52,5'sinin ek kronik hastalığı diyabettir. D Tipi Kişilik Ölçeği toplam ve alt boyutları (Negatif Duygulanım, Sosyal İç Dönüklük) puan ortalaması sırasıyla, $11,81 \pm 5,45$, $11,01 \pm 5,44$, $12,61 \pm 5,46$ 'dır. ÇBASDÖ ortalama değeri $73,93 \pm 9,79$ olup alt boyutlarından Özel Kişi Desteği, Aile Desteği ve Arkadaş Desteği ortalaması sırasıyla $25,79 \pm 3,22$, $22,85 \pm 4,74$, $25,29 \pm 3,41$ 'dir. Depresyon ortalaması $5,23 \pm 3,06$, Anksiyete ortalaması $7,68 \pm 3,88$, Stres ortalaması $7,4 \pm 3,43$ 'tür. COPE-R ortalaması $98,69 \pm 10,12$ olup alt boyutlarından Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma Kaçınma ve Kendine Ceza ortalaması $17,3 \pm 4,88$, $24,96 \pm 3,57$, $23,34 \pm 3,81$, $13,08 \pm 4,18$, $20,01 \pm 3,64$ 'tür. Negatif Duygulanım ve Sosyal İç Dönüklük ile Özel Kişi Desteği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, ÇBASDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Negatif duygulanım ile Depresyon, Anksiyete, Stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastaların çoğunda D Tipi Kişilik özelliği

görülmüştür. Algılanan sosyal destek, depresyon, anksiyete, ve başa çıkma tutumları düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. D tipi kişilik sosyal destek algısını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca D tipi kişiliğin depresyon, anksiyete, stres düzeylerini artırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Hastalığı, D Tipi Kişilik, Algılanan Sosyal Destek, Psikolojik Durum, Başa Çıkma Tutumları, Hemşirelik.



ABSTRACT

INVESTIGATION OF TYPE D PERSONALITY, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, PSYCHOLOGICAL STATE AND COPING ATTITUDES IN CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS

Burak ÇAĞLAR

Master, Nursing of Internal Diseases

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

July, 2024 - 125 Pages

The present study was conducted to investigate type D personality, perceived social support, psychological state and coping attitudes in coronary artery disease patients. This descriptive, cross-sectional and correlational study was conducted with 251 patients admitted to the cardiology clinics of a Training and Research Hospital in Istanbul between May 2023 and January 2024. The data were collected by using the Type D Personality Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS), Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21) and Coping Attitudes Evaluation Scale (COPE-R). The mean age of the individuals was 61.48 ± 13.45 years, mean duration of diagnosis (years) was 1.02 ± 0.15 , mean Body Mass Index (kg/m^2) of the individuals was 27.94 ± 5.56 and 72.5% were male. Of the patients, 55% had previously had MI, 46.2% had a family history of heart disease, 64.5% had comorbid chronic diseases, and 52.5% had diabetes mellitus. The mean scores of Type D Personality Scale total and sub-dimensions (Negative Affect, Social Introversion) were 11.81 ± 5.45 , 11.01 ± 5.44 , 12.61 ± 5.46 , respectively. The mean value of the MSPSS was 73.93 ± 9.79 and the mean values of the sub-dimensions of Support from Significant Other, Support from Family and Support from Friends were 25.79 ± 3 , 22.85 ± 4.74 , 25.29 ± 3.41 , respectively. The mean scores were 5.23 ± 3.06 for depression, 7.68 ± 3.88 for anxiety, and 7.4 ± 3.43 for stress. The mean COPE-R score was 98.69 ± 10.12 and the mean scores of Self-Help, Approach, Adaptation, Avoidance and Self-Punishment were 17.3 ± 4.88 , 24.96 ± 3.57 , 23.34 ± 3.81 , 13.08 ± 4.18 , 20.01 ± 3.64 . There is a significant negative relationship between Negative Affectivity and Social Introversion with Personal Support, Family Support, Friend Support, and the MSPSS. There was a significant positive correlation between negative affect and

Depression, Anxiety and Stress. Most of the patients were found to show Type D personality traits. The levels of perceived social support, depression, anxiety, and coping attitudes were found to be high. It can be seen that Type D personality negatively affects the perception of social support. It was also found that Type D personality increased the levels of depression, anxiety and stress.

Keywords: Coronary Artery Disease, Type D Personality, Perceived Social Support, Psychological State, Coping Attitudes, Nursing



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xiii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
--------------------	----------

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	4
2.2. Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.3. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi	8
2.4. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri	9
2.5. Koroner Arter Hastalığının Semptomları.....	12
2.6. Koroner Arter Hastalığının Tanılanması.....	13
2.7. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi.....	14
2.8. Koroner Arter Hastalığından Korunma.....	14
2.9. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Süreci.....	15
2.10. Kişilik ve Kişilik Özellikleri	17
2.10.1. Koroner Arter Hastalığı ve D Tipi Kişilik	19
2.11. Sosyal Destek	21
2.11.1. Koroner Arter Hastalığı ve Sosyal Destek.....	22
2.12. Psikolojik Durum	23
2.12.1. Depresyon	23
2.12.2. Anksiyete	25

2.12.3. Stres.....	26
2.13. Başa Çıkma Tutumları	28
2.13.1. Koroner Arter Hastalığı ve Başa Çıkma Tutumları	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ YÖNTEM 33

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK 1).....	34
3.4.2. D Tip Kişilik Ölçeği (EK 2).....	34
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 3).....	34
3.4.4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) (EK 4).....	35
3.4.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) (EK 5)	35
3.5. Verilerin Toplanması	36
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	36

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR 37

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkları Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	37
4.2. D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Bulguları	38
4.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkları Özellikleri ile D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Ölçüm Karşılaştırma Bulguları	39
4.4. Yaş, Beden Kütle İndeksi, Hastalığın Tanı Süresi, D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Korelasyon Bulguları	56

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA 62

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ 73

KAYNAKÇA 75

EKLER 101

ÖZGEÇMİŞ 111



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	37
Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri	38
Tablo 4.3: D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Ölçüm Ortalamaları	39
Tablo 4.4: Cinsiyete Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	40
Tablo 4. 5: Medeni Duruma Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	41
Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	42
Tablo 4.7: Çocuk Varlığına Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	45
Tablo 4.8: Çalışma Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	46
Tablo 4.9: Gelir Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	47
Tablo 4.10: Birlikte Yaşadığı Kişiyeye Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	49
Tablo 4.11: Sigara Kullanım Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	51
Tablo 4.12: Alkol Kullanım Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	52
Tablo 4.13: Daha Önce Miyokard İnfarktüsü Geçirme Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	53
Tablo 4.14: Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması	54
Tablo 4.15: Eşlik Eden Ek Kronik Hastalık Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal	

Destek Ölçeği, Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması.....	55
Tablo 4.16: Yaş, Beden Kütle İndeksi, Hastalığın Tanı Süresi ile D Tip Kişilik Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, ok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Korelasyon Analizi.....	56
Tablo 4.17: D Tip Kişilik Ölçeği, ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Korelasyon Analizi.....	59
Tablo 4.18: Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile D Tip Kişilik Ölçeği, ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Korelasyon Analizi.....	61



KISALTMALAR LİSTESİ

AHA	: Amerikan Kalp Derneği
AKS	: Akut Koroner Sendrom
AP	: Anjina Pektoris
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
COPE-R	: Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DALY	: Disability Adjusted Life Year
DASS-21	: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DM	: Diyabetes Mellitus
EKG	: Elektrokardiyografi
EURIKA	: Epidemiological Study of European Cardiovascular Risk Patients
HT	: Hipertansiyon
INTERHEART	: Global Study of Risk Factors in Acute Myocardial Infarction
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KAG	: Koroner Anjiyografi
KR	: Kardiyak Rehabilitasyon
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
KY	: Kalp Yetmezliği
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NHYA	: New York Kalp Derneği
NSTEMI	: ST Segment Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü
PKG	: Perkütan Koroner Girişim
STEMI	: ST Segment Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
TEKHARF	: Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TEMĐ : Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

VKI : Vücut Kitle İndeksi

WHO : Dünya Sağlık Örgütü



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Koroner Arter Hastalığı (KAH), kalbin miyokard tabakasını destekleyen koroner arter kan akımının genellikle ateromatöz bir plakla daralması ya da tıkanması sonucu ortaya çıkan hastalıklara denir (Gülhan Güner ve Nural, 2020). KAH en yaygın görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Koroner arterlerde oluşan ateroskleroz, çocukluk çağından başlayıp yavaş ilerleyen bir süreçtir. Bazı bireylerde daha hızlı bir ilerleme göstererek 30'lu yaşlarda ortaya çıkabilirken bazılarında 50'li, 60'lı yaşlara kadar sessiz kalabilmektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri genetik ve çevresel nedenli olup, değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir. Değiştirilemez risk faktörleri arasında yaş, erkek cinsiyeti, ırk ve kalıtım yer almaktadır. Sigara kullanımı ve sigara dumanına maruziyet, hiperkolesterolemi, hipertansiyon (HT), kontrolsüz diyabet, şişmanlık, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam ve aşırı stres koroner kalp hastalıklarının değiştirilebilir risk faktörlerindedir (Gülhan Güner ve Nural, 2020). KAH'da ateroskleroz süreci, arter duvarlarının intima tabakasında lipitlerin birikimi ile başlamakta ve kronik düşük düzeyli bir enflamasyon yanıtı ortaya çıkmaktadır. Plak oluşumu, damar çapında daralma ve damarın beslediği bölgeye kan akımının azalması ile sonuçlanmaktadır. KAH belirti ve bulguları arter lümenindeki daralmanın lokalizasyonu ve derecesine göre değişiklik göstermektedir. Miyokarda kan akımının azalmasına bağlı olarak iskemi ortaya çıkmaktadır. İskeminin neden olduğu göğüs ağrısı anjina pectoris olarak tanımlanmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Koroner arter hastalarında, akut koroner sendrom sonucu oluşan miyokard enfarktüsünde (MI) mortalite oranının oldukça yüksek olmasının yanında, yaşamsal bütünlüğün devamı konusunda risklere ve birtakım psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Erşan vd., 2013). Stres, kardiyovasküler sağlığın bozulmasına sebep olan, en yaygın psikososyal faktörlerdendir (Stoll vd., 2014). Koroner arter hastalıklarının ortaya çıkışında akut stresin tetikleyici etkisi olduğu, kronik stresle de orta derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir (Roohafsa vd., 2010). Kişilik yapısı kronik stresin önemli belirleyicilerindedir. Kişilik, bireyi başkalarından ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan kazanılan, tutarlı olarak sergilenen özelliklerin bütünüdür (Özdemir vd., 2012). Bireyin hayatının her alanına etki eden ve kendi içinde bir tutarlılığı olan kişilik

özellikleri kalp hastalıklarının oluşmasında da rol oynamaktadırlar (Dirik ve Şahin, 2008). Depresif, anksiyöz, gergin ya da kızgın, negatif duyguları daha sık yaşama eğilimi gösteren, diğer kişilere kendini ifade etme güçlüğü yaşayan, sıkıntılı kişilik özelliklerini içeren bireylerin D Tipi kişiliğe sahip olduğu kabul edilmektedir (Kocaman Yıldırım ve Öztürk, 2016). D Tipi Kişilik yapısı Denollet ve arkadaşları tarafından negatif affektivite ve sosyal inhibisyon düzeylerinin yüksek olması şeklinde tanımlanmıştır (Denollet vd., 1995). Bu kişilik tipinin kronik kalp hastalığı olan hastalarda kötü prognozu öngördüğü gösterilmiştir (Albus, 2010).

Koroner arter hastaları; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ciddi sorunlar yaşamakta, fonksiyonel kayıplar hastaları fiziksel olduğu kadar ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan da ciddi şekilde etkilemektedir. Hastalık sürecinin ilerlemesi bağımlılığın artmasına, sosyal aktivitelerin kısıtlanmasına, hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu durum sosyal destek gereksinimlerini artmaktadır (Aydemir vd., 2015). Sosyal destek, bireyin stresle başa çıkma becerisini geliştiren psikolojik ve fiziksel kaynaklar sağlayan sosyal ağ olarak tanımlanmaktadır (Cohen, 2014).

Koroner hastalığı olan bireylerde depresyon, anksiyete ve mental stres sık karşılaşılan bir sorundur (Kutlu vd., 2016). Depresyon, kalp hastalığı olan kişiler arasında yaygın olarak görülmektedir. Stres, KAH hastaları için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuş ve hastaların stres seviyeleri yüksek tespit edilmiştir (Kurd vd., 2014). Koroner arter hastalarında, umutsuzluk ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu ve bu durum nedeniyle hastanın hastalıkla baş etmede yetersizliğe, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, fiziksel iyilik halinde ve iyileşme sürecinde sorunlara yol açtığı belirtilmektedir (Çam ve Nehir, 2011; Fırat Akçay ve Dedeli, 2016).

Toplumda kardiyovasküler olayların artması ve kalp hastalıklarının artan insidansı önemli bir risk faktörü olduğuna inanılmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında, başa çıkma stratejileri ve KVH üzerindeki etkileri hakkında bilgi edinmek değerli görülmektedir. Kardiyovasküler olaylarda birincil önleme olarak başa çıkma stratejilerinin tanıtılması ve hastaların başa çıkma stratejilerinin kullanımı konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (Roohafza vd., 2021). Başa çıkma, ömür boyunca insanların problemleri yönetmede kullandığı önemli bir kabiliyettir (Bedel ve Kutlu, 2018). Kardiyovasküler hastalar genellikle hastalığın neden olduğu semptomatik etkileri azaltmak adına başa çıkma yöntemlerine başvurmaktadır. Kardiyovasküler

hasta grubunda negatif duygulanıma sahip bireylerin başa çıkma tutumlarındaki etkisizlik ön plana çıkmaktadır. Problemi çözmekten kaçınma ve durumu kabullenmeme gibi davranışlar etkisiz başa çıkmayı beraberinde getirmektedir. Koroner arter hastalarında AKS sonrasında gelişebilecek posttravmatik stres de bir tür başa çıkma mekanizmasıdır. İskemik atak sonrasında gelişen stresin nedeni genellikle hastalık belirtilerine umarsız kalma ve kabullenmemekten kaynaklanmaktadır (Keskin ve Gümüş, 2012).

Düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal destek eksikliği, iş ve aile yaşamı stresi, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal risk faktörleri hem KAH gelişim riskini, hem de klinik süreci ve prognozu kötüleştirmektedir. Klinik uygulamada, psikososyal risk faktörleri tanılanmalı ve tıbbi sonuçları hastayla tartışılmalıdır. Kardiyovasküler hastalığı olan tüm hastalarda anksiyete ve depresyon taranmalıdır. Riskli veya klinik olarak anksiyete ve depresyon semptomları saptanan hastalar profesyonel ruh sağlığı yardım almaları için yönlendirilmelidir (Yıldırım ve Öztürk, 2016). Avrupa Kardiyoloji Derneği yayınlamış olduğu son kılavuzunda psikososyal risk faktörleri için değerlendirme yapılmasını önermektedir (Knuuti vd., 2020). KAH ile başa çıkmak, çeşitli duygular ve uyum ihtiyaçları ile başa çıkmanın uzun vadeli dinamik bir sürecidir. Hastanın durumun ciddiyetini inkar etmesi, stres, depresyon ve duygusal tükenme yaşaması veya aile bireyleri ile etkileşiminde sorunlar olması durumunda baş etmede zorlanma söz konusu olabilmektedir (Salminen-Tuomaala vd., 2012). KAH için başa çıkma tutumlarını değerlendirmek ve problem odaklı başa çıkma stratejisi gibi daha olumlu başa çıkma stratejilerini kullanmak için spesifik müdahaleler sağlamak önemlidir (Bafghi vd., 2018). Bu araştırma, koroner arter hastalarında D Tipi kişiliğin, algılanan sosyal desteğin, psikolojik durumun ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), inflamatuvar ve bulaşıcı bir faktör ile bağlantısı olmayan, genellikle kronikleşen ve ilerleyici hastalıklardır (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2020). Dünya genelinde mortalitenin en önemli sorumlusu olarak gösterilen BOH günümüzde ciddi bir hastalık yüküne neden olmaya devam etmektedir (Irmak vd., 2021). BOH kişiler üzerinde uzun vadede fizyolojik olarak sekellere neden olmakta, aktiviteyi kısıtlamakta ve psikososyal yönden sıkıntılar doğurmaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019). Kronik hastalıklar olarak da bilinen BOH, kişiler üzerinde uzun süreli etki göstermekte olup bu hastalıklar genetik, fiziksel, çevresel ve davranışsal faktörler sonucu oluşmaktadır. BOH; kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları ve diyabetes mellitus (DM) olarak ele alınır. Bu hastalıklar dünya genelindeki ölümlerin %74'ünden sorumludur. Dünya üzerinde BOH'lardan kaynaklanan ölümlerin en önemli sorumlusu Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)'dır. Bunu sırasıyla kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve DM takip etmektedir. Bu dört hastalık grubu BOH'lara bağlı tüm ölümlerin %80'ine denktir (World Health Organization, 2022). Son yıllarda BOH, gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek oranda seyretmektedir (Terzic ve Waldman, 2011). Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde kanser sebebiyle meydana gelen erken ölümleri azaltmak; kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve diyabeti 2030 yılına kadar üçte bir oranında önlemek yer almaktadır (Lancet, 2022).

Kardiyovasküler hastalıklar, bünyesinde bir dizi hastalıkları barındırmaktadır. KVH; koroner arter hastalığı, ritim ve iletim bozuklukları, yapısal enfeksiyöz ve enflamatuvar kalp hastalıkları, vasküler hastalıklar, periferik dolaşım bozuklukları ve HT olarak ele alınmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Gelişiminin altında yatan neden çoğunlukla aterosklerozdur (Frančula-Zaninović ve Nola, 2018). KVH, dünya genelinde önde gelen ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır. 2019'da tahminen 17,9 milyon insanın KVH'den öldüğü ve bu tüm küresel ölümlerin %32'sini temsil ettiği belirtilmiştir. Bu ölümlerin %85'i kalp krizi ve inme nedeniyle gerçekleşmiştir. 2019'da bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı 17 milyon erken ölümün (70 yaş altı) %38'ine KVH neden olmuştur (WHO, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2020

yılında yayınladığı ilk 10 ölüm nedeni içerisinde KVVH'lerden biri olan ve koroner arter hastalığı ile sınıflandırılan iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (WHO, 2020). Disability Adjusted Life Year (DALY), engelliliğe bağılı yaşam yıllarıdır (WHO, 2021). Bireylerde görülen birtakım hastalıklar sonucu gelişen erken yaşta mortaliteler ile bireylerde uzun vadeli sekeller ve disfonksiyonların neden olduğu durumlar değerlendirilmektedir (Civek ve Akman, 2022). Bunlara bağılı olarak KVVH'lar, engelliliğe bağılı yaşam yıllarının en önemli küresel nedenleri içerisinde yer almaktadır (WHO, 2021).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de KVVH'lar, bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde önemli bir konuma sahiptir ve mortalitenin birincil sebebidir (Yeşil, 2012). Kardiyovasküler hastalıkların ülkemizdeki mortalite oranı ve koroner kökenli hastalık insidansı yüksek düzeyde seyretmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri incelendiğinde 2021 yılında ülkemizde en önemli ölüm sebebi %33,4 ile dolaşım sistemi kökenli hastalıklardır. Dolaşım sistemi kökenli ölümler içerisinde ise %41,8 oranla iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. Bunları sırasıyla diğerk kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve hipertansif hastalıklar takip etmektedir (TÜİK, 2022). Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 1990 yılında başlamıştır. TEK HARF çalışması sayesinde 1990 yılından günümüze dek Türk halkının kardiyovasküler hastalık profiline ilişkin önemli veriler sağlanmış ve sağlanmaktadır. Çalışmadan elde edilen istatistiklere göre koroner kökenli KVVH'lar 45-54 yaş aralığında %6, 55-64 yaş aralığında %17, 65 yaş ve üzeri yaş aralığında yer alan kişilerde ise %28 olduğu bildirilmiştir. TEK HARF çalışmasına göre ülkemizde koroner arter hastalığına sahip 2 milyon insan bulunmakta olup, tahminlere göre bu hastalıktan yılda 160 bin kişi hayatını kaybetmektedir (Gülhan Güner ve Nural, 2020). KVVH'lara ilişkin mortalite düzeyi incelendiğinde ülkemizdeki oranın, birçok Avrupa ülkesinden fazla olduğu tespit edilmiştir (Onat ve Can, 2017).

2.2. Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Sınıflandırılması

Koroner Arter Hastalığı (KAH), kalbin miyokard tabakasında doku perfüzyonunu sağlayan koroner arterlerdeki akımın çoğunlukla ateroskleroz kaynaklı oluşumlarla engellenmesi ya da kısıtlanması ile gerçekleşen hastalıklara denir (Sevinç, 2017). KAH, gelişimi uzun süreli olan ve süregelen bir hastalıktır (Boudoulas vd., 2016). Küresel popülasyonunu etkileyen başlıca KVVH'lardan biridir (Malakar vd., 2019). KVVH'lar içerisinde en sık gözlemlenen türüdür. Dünya üzerinde yüksek morbidite ve

mortalite oranlarına sahip bir hastalık olup mortalitenin ilk ve en önemli nedeni olmaya da devam etmektedir (Pyxaras vd., 2018). Prevalansı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde devamlı artmaktadır (Koplay ve Erol, 2013). KAH, iskemik kalp hastalığı olarak da tanımlanmaktadır. KAH, anjina pektoris ve miyokard infarktüsü olarak sınıflandırılmaktadır. KAH kalp yetmezliği ve ani kalp ölümüne neden olabilmektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Anjina Pectoris (AP), en yaygın karşılaşılan KAH çeşididir (Akdemir ve Canlı Özer, 2020). Tipik olarak efor, anksiyete veya stres ile şiddetlenen, 30 ila 60 saniyeden uzun süren, dinlenme veya nitrogliserin ile rahatlayan substernal göğüs ağrısıdır (Kloner ve Chaitman, 2017). Miyokarda oksijen arzının azalmasına bağlı olarak AP semptomları görülmeye başlar. Görülen semptomların en yaygın sebebi aterosklerozdur (Akdemir ve Canlı Özer, 2020). Yüksek efor gerektiren eylemlerde miyokardın oksijen tüketimi artmaktadır. Koroner arterler ile bölgeye yeteri kadar kan akımı sağlanarak bu ihtiyaç karşılanamaz ise iskemik olay gerçekleşir. AP’de en tipik semptom ise göğüs ağrısıdır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Göğüs ağrısına ek olarak eşlik eden efor dispnesi de görülebilmektedir (Dechend, 2022). Ağrı veya rahatsızlık kollardan aşağıya, boyundan yukarıya, alt çeneye, epigastriuma ve bazen sırtta yayılım gösterebilmektedir. Bazen yanma şikayetiyle de kendini göstermektedir (Kloner ve Chaitman, 2017). AP semptomları bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Semptomların başlama nedeni ve süresine göre stabil (kararlı) ve unstabil (kararsız) AP olmak üzere tipleri bulunmaktadır. Stabil AP, eforlu aktiviteler ile artış gösteren 5-15 dakika arası süren substernal ağrılardır. Nitrogliserin tedavisine ve istirahate olumlu yanıt alınır. Unstabil AP, dinlenme ya da aktivite gözetmeksizin stabil AP’ye göre semptomların daha belirgin görüldüğü durumlardır. İstirahat ile belirtiler gerilemez. Bireylerde genellikle son iki aylık sürede belirginleşmiş AP öyküsü bulunur. New York Kalp Derneği’nin (NHYA) oluşturduğu ve yaygın olarak kullanılan anjina sınıflandırmasına göre AP dört ayrı sınıfta ele alınmıştır. Sınıf I AP’de gündelik eylemler olumsuz etkilenmez. Herhangi bir dispne, çarpıntı ya da halsizlik belirtisi görülmez. Sınıf II AP minimal düzeyde fiziksel aktivitede (eğimli yolda yürümek, birkaç basamak çıkmak vb.) dispne, çarpıntı ya da halsizlik belirtileri görülmektedir. Sınıf III AP’de gündelik eylemlerde belirgin kısıtlanma mevcuttur. Normal yürüyüş, bir kat basamak çıkma bile bireyi etkiler. Ancak dinlenme esnasında

birey rahattir. Sınıf IV AP’de ise istirahatte dahil olmak üzere tüm aktivitelerde tipik göğüs ağrısı gelişmektedir (Kavurmacı, 2023).

Miyokard İnfarktüsü (MI), koroner arterlerdeki kan akımında azalmaya bağlı olarak miyokard hasarı gelişmesi ile meydana gelen iskemik ataktır (Bulduk vd., 2017). Meydana gelen iskemi ile bölgedeki miyokard dokusunda nekroz gelişir. Bu hasar endokard ile başlayıp bütün miyokard dokusuna yayılım gösterir. AP, miyokard infarktüsünün klinik belirteçidir. Ağrının bölgesi, egzersiz ile bağlantısı, süresi ve niteliği iskemik göğüs ağrısının özelliklerini oluşturur. Ağrı substernal bölgede yoğunlaşır; sol omuz, sol kolda, ulnar bölgede hissedilebilir. Niteliği göğüste sıkışma, baskı, yanma gibi belirtilerdir. Dinlenme ile ağrı geçmiyorsa akut koroner sendrom (AKS) açısından değerlendirilmelidir (Kavurmacı, 2023). En sık görülen KVH olup, dünya çapında morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir (Mitsis ve Gragnano, 2021). AKS, temelinde miyokardiyal iskemiye barındıran ve bu etiyolojiyle ortaya çıkan semptomların tümünü kapsayan klinik tablodur (Gülhan Güner ve Nural, 2020). ST segment elevasyonlu MI (STEMI), ST segment elevasyonsuz MI (NSTEMI) ve unstabil AP, AKS’nin çeşitlerini oluşturmaktadır (Basit vd., 2023). Unstabil AP, stabil AP’ye göre daha ciddi bir durum olarak görülmektedir. Efor sonrası istirahatte bile substernal göğüs ağrısının görülebildiği ve EKG değişimi gibi kardiyak belirteçlerde değişim olmasa dahi AKS’nin erken habercisi olduğu için klinik açıdan korkutucu bir tablodur (Kalkan Uğurlu vd., 2019). Unstabil AP ile NSTEMI klinik açıdan benzerdir. NSTEMI’de pozitif kardiyak biyobelirteçler bulunması ile unstabil AP’den ayrılır. NSTEMI, koroner arterlerde vazospazm, koroner emboli, kardiyak kontüzyon, miyokardit, koroner arterit gibi koroner kan akımını kısıtlayan çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir (Basit vd., 2023). Geç mortalite düzeyi gözlemlenir. Fakat STEMI’de miyokardiyal iskeminin sebebi neredeyse her zaman koroner arterin totalini tıkayan, tromboz gelişimine neden olan plak rüptürüdür. Sıklıkla erken mortalite düzeyi vardır. Bu sebeple reperfüzyonu sağlamak için hemen harekete geçilmelidir. Miyokardiyal iskemiden etkilenen alan daha geniştir. Sol ventrikül disfonksiyonu gözlenir, bu durum da azalmış ejeksiyon fraksiyona neden olur (Kavurmacı, 2023). NSTEMI ile STEMI arasındaki farklılıklara rağmen ikisi de aynı patofizyolojik temele dayanır. Bu neden çoğu zaman aterosklerotik plakta gelişen akut trombozudur (Mitsis ve Gragnano, 2021). Bu durum toplam mortalitenin %50’sinin oluşumuna sebebiyet vermektedir (Yöntem, 2017).

2.3. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi

Vücuttaki arterler üç farklı katmandan oluşmaktadır. En içteki endotel hücresi içeren düz kas tabakası intima olarak adlandırılır. Bu tabaka kanın perfüzyon sağlayacağı bölgeye ulaşma sürecinde içinden geçeceği bir tüp oluşturarak infiltrasyonu engeller (Mercadante ve Raja, 2023). Media, arteriyel yüzeyin ortasındaki tabakadır. Düz kaslardan oluşan tabaka, damar tonusundan sorumludur. Son katman adventisya olarak bilinen en dış katmandır (Zengin, 2013). Kalbin miyokart dokusunu besleyen koroner arterlerin yüzeyinde ateroskleroz meydana gelir. Ateroskleroz arterlerde sertleşme olarak da bilinmektedir. Bu durum çocukluk çağından başlar ve uzun yıllar ilerleyici bir şekilde süregelir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Vücudun çeşitli arterlerinde görülebilen aterosklerotik plaklar, sıklıkla koroner arterlerde tutulum sağlamaktadır. Bu süreçte meydana gelen semptomlar, ateroskleroz süreci ile gerçekleşen koroner arterlerdeki kan akımı farklılıklarının sonucudur (Akdemir ve Canlı Özer, 2020).

Genetik ve çevresel birtakım faktörler aterosklerotik plağın gelişmesi ve ilerlemesine neden olmaktadır (Boudoulas vd., 2016). İntima tabakasındaki endotel hücreleri, kanla doğrudan temas sağlar. Antikoagülasyonun yanında antienflamuar yanıtın sorumludur. Doku permeabilitesini (geçirgenlik) düzenler, homeostazı sağlar. Salgıladığı plazminojen sayesinde fibrin yıkımı ve antikoagülasyon sağlar (Zengin, 2013). Ateroskleroz sürecinde intima tabakasında lipit, karbonhidrat, fibröz doku ve bazı kan elemanlarının birleşip topluluk oluşturmasıyla enflamatuvar bir tablo oluşur (Akdemir ve Canlı Özer, 2020; Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Bu süreçte endotel hasarının artmasıyla birlikte endotelial permeabilite de artar. Oluşan aterosklerotik plak ince ise geçirgenliği aynı oranda fazladır ve hassastır. Hassas plak kolesterolce zengin lipitlerden oluşur. Monositler endotel yüzeyinden endotelin altına geçiş yapar. Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol endotelin altına geçiş yaparak okside LDL kolesterole dönüşür (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Böylelikle damar hücrelerinde oksidatif hasar meydana gelir. LDL makrofajlar tarafından kolesterol esterlerine dönüştürülerek köpük hücreleri meydana gelir ve aterosklerozun ilk lezyonu olan yağlı çizgi görünümlü yapılar gözlemlenir (Akdemir ve Canlı Özer, 2020). Aterosklerotik plaklar bölgede endotel bütünlüğünün bozulmasına ve damar lümeninde daralmaya neden olur. Lipitten zengin aterosklerotik plaklar nedeniyle zaman içerisinde rüptür gelişir ve damar yüzeyinde meydana gelen hasar trombositlerin hızlıca agregasyonuna neden olur. Oluşan trombüs, iskemiye neden

olarak bulunduğu bölgede kan dolaşımını kısmi ya da total olarak kısıtlar ve kardiyak bulgular başlar (Boudoulas vd., 2016; Kalkan vd., 2019).

2.4. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

Kardiyovasküler risk faktörleri, hastalığa ilişkin etkin tedavinin ve koruyucu yaklaşımların planlanmasını sağlayan önemli bir kavramdır (Hajar, 2017). KAH'ın oluşması, risk faktörlerinin bulunması ile ilişkilidir (Cao vd., 2018). Kılavuzlar, KAH açısından en yüksek risk altındaki hastaları belirlemek için risk faktörlerinin değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Eggers vd., 2021). Risk faktörlerinin saptanması KAH'ın önlenmesinde önemli rol oynar. Koroner arter hastalığında risk faktörlerini belirleyerek hastalıktan primer ve sekonder düzeyde korunma mümkündür (Kalkan Uğurlu vd., 2019). Yaşam tarzı, çevresel faktörler ve genetik faktörler kardiyovasküler hastalık gelişimi için risk faktörleri oluşturmaktadır. Sağlıklı bireyler arasında risk faktörlerinin yaygınlığı, yakın gelecekte KAH'ın ortaya çıkma olasılığını açıklamaktadır (Malakar vd., 2019). Framingham çalışmasında KVH'lar ile ilgili olası faktörler ele alınmış olup, elde edilen çıktılarla KVH'larda risk faktörleri ilk defa tanımlanmıştır (Yavuz vd., 2013). Çalışma ile KAH risk faktörlerinin, hastalığın insidansı ve epidemiyolojisi arasındaki bağlantı ortaya koyulmuştur. Framingham çalışması başta olmak üzere birçok epidemiyolojik araştırma çıktıları, KVH'ların erken dönemde öngörülmesini sağlayarak hastalığa karşı primer koruma sağlayabilmektedir (Hajar, 2017).

Kontrol altına alınabilen ve alınamayan risk faktörlerinin KAH'ın patogenezindeki öneminin büyük olduğu belirtilmektedir (Kalkan Uğurlu vd., 2019). Kontrol altına alınabilen risk faktörleri arasında HT, kan basıncındaki irregülasyon KVH'lar için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Catapano vd., 2016). Yüksek kan basıncının, KVH için önemli bir faktör olduğu ilk defa Framingham çalışmasında yer almıştır (Yavuz vd., 2013). Yapılan çalışmalarda HT, koroner arterlerde infiltrasyonun sebebidir. İntimada yapısal farklılıkların başlamasında rol oynamaktadır (Tetik ve Tanrıverdi, 2016). Lewington'dan (2003) aktarıldığına göre erişkin bireylerin sistolik ölçümlerinde mmHg cinsinden 20 veya diastolik ölçümlerinde mmHg cinsinden 10 birimlik yükseliş, KAH gelişimini iki misli oranda artırmaktadır (Irmak vd., 2021). Sistolik ve diastolik kan basıncı arasındaki farkı ifade eden nabız basıncında mmHg cinsinden 16 birimlik her yükselişin, %55 oranında KVH gelişimi riskini artırdığı aktarılmıştır (Gulel, 2013). EURIKA (Epidemiological study of European

Cardiovascular Risk patients) çalışması; KVH risk faktörlerinin saptanmasını ve kontrol altında tutulmasını amaçlayan, ülkemiz de dahil olmak üzere 17 Avrupa ülkesini içeren bir saha araştırmasıdır. Bu çalışmadan aktarıldığına göre HT, %66,5 oranı ile en sık gözlemlenen risk faktörü olmuştur (Abacı, 2009).

Dislipidemiler (DL) KAH gelişimi için önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Yaygınlığı değişkenlik göstermekle birlikte dünyadaki yetişkin nüfusun yarısından fazlasında DL olduğu tahmin edilmektedir. HT, malnütrisyon, obezite gibi faktörler endotel disfonksiyonlarına ve DL'ye neden olabilir. Total kolesterol, trigliserit düzeyi, HDL kolesterol ve LDL kolesterol KAH riskinin bağımsız belirleyicileridir (Hedayatnia vd., 2020). Özellikle LDL, KAH oluşumu ile güçlü bir ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır (Demirci ve Demirci, 2023). DL, medikal girişimler ve yaşam tarzında farklılaşma ile kontrol edilebilmektedir (Öztürk ve Öztürk, 2012).

Diabetes Mellitus (DM) küresel düzeyde görülme sıklığı artış gösteren ve gelecekte de prevalansının artması beklenen bir metabolizma hastalığıdır (Saeed ve Ballantyne, 2017). DM, KAH için belirleyici ve bağımsız bir risk faktörüdür. KAH ve mortalite riski DM tanısı almış bireylerde, almayan bireylere oranla daha fazladır (Fox, 2010). Özellikle Tip 2 DM'ye sahip bireylerde kardiyovasküler ölüm riski artmaktadır (Strain ve Paldanius, 2018). Diyabetik bireylerde arterlerin endotel yapısında bozulma ve aterosklerotik süreç hızlanır. Bu sürecin kardiyovasküler komplikasyonları tetiklediği düşünülmektedir. Aynı zamanda diyabetik kişilerin lipit parametrelerinde anormallik görülmektedir. Bu durum DL'ye yatkınlığı artmakta ve KAH gelişiminde rol oynamaktadır (Tetik ve Tanrıverdi, 2016). DM ile gelişen insülin direnci, çoğu zaman başta hiperlipidemi olmak üzere çeşitli KVH risk faktörleri varlığında ateroskleroz gelişimine katkı sağladığı bildirilmiştir (Kumsar ve Yılmaz, 2017). AKS, sonrasında mortalite ve komplikasyon gelişiminin DM tanısı almış kişilerde, almayanlara kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir (Çayır ve Turan, 2015).

Obezite ve aşırı kilo vücuttaki yağ birikiminin insan sağlığını bozacak boyutta artması olarak tanımlanmaktadır. Bireyin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine bölümü sonucu ortaya çıkan veri, vücut kütle indeksi (VKİ) olarak adlandırılır. WHO göre VKİ değeri 25 ve üzerinde olan bireyler aşırı kilolu, 30 ve üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilmektedir (WHO, 2021). Obezitenin KVH'lar ile ilişkisi birçok epidemiyolojik çalışmanın odak noktası olmuştur. Obezite çeşitli kardiyovasküler risk faktörleriyle olan ilişkisiyle birlikte KAH'ın oluşumuna

katkı sağlamaktadır. Bu sebepten ötürü obezitenin KAH için bağımsız bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Katta vd., 2021). Obezite ile vücutta biriken lipitin özellikle abdominal bölgede yoğunlaşması, artmış insülin direnci ve DL gibi birtakım metabolizmal bozukluklara neden olabilir. Bel çapının ölçümü bu sebeple kardiyovasküler risk faktörlerinden olan obeziteyi belirlemede bir kriter olmuştur (Vural vd., 2018). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin (TEMĐ) verilerine göre bel çevresinin santimetre cinsinden erkeklerde 100, kadınlarda 90'ın üzerinde görülmesi obeziteyi işaret etmektedir. Bireylerde kilo kaybının sağlanması sayesinde iyi oluşun sürdürülmesi ve obezite ile ilişkili olan bazı hastalıklardan korunma sağlanır (TEMĐ, 2019).

Fiziksel eylemlerin yeterli düzeyde uygulanması, kilo kontrolünün yanı sıra kan glikozu, kolesterol ve kan basıncında regülasyon sağlanır (Vural vd., 2018). Artmış fiziksel aktivitenin KVH'lar üzerindeki olumsuz etkiyi azalttığı bildirilmektedir (Katta vd., 2021). Sedanter davranış bireyin genel fiziksel profili açısından önemli bilgiler vermektedir. Sedanter davranışın KVH patogenezi konusunda doğrudan etkisinin olduğu tartışılmaktadır. Ancak veriler ışığında fiziksel inaktivitenin kardiyovasküler olaylarda önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (Duran vd., 2022).

Tütün ürünlerinin kullanımı doğrudan ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Yalnızca doğrudan kullanımı değil, pasif kullanımında da KVH gelişimi ihtimali artmaktadır. Hipertansiyon ve taşikardiye neden olarak vasküler direnci artırır. Koagülasyonun artmasına neden olur. Solunan tütün dumanıyla birlikte oksidatif stres artar. Oluşan vasküler direnç ile endotel disfonksiyonu gelişerek aterosklerotik süreç hızlanır. Günde tek bir sigara içmek bile KAH gelişimi riskini artırmaktadır (Kondo vd., 2019; Vural vd., 2018).

Alkol, küresel olarak hastalık ve ölümler için en önemli risk faktörlerinden biridir. Düşük ve orta miktarda alkol alımının kalp sağlığı ve damar fonksiyonu üzerinde olumlu bir etkide bulunduğu bildirilmiştir. Ancak kronik olarak alkol kullanımının yol açtığı kalp hasarı, kalp yetmezliğine ve ölüme kadar ilerleyebilmektedir. Alkol tüketiminin iskemik kalp hastalığı gelişimine doğrudan etkisi halen tartışmalı bir konudur (Gardner ve Mouton 2015; Roerecke, 2021).

Hayatımızdaki stresörler ve maruz kalındığı süre değişiklik göstermektedir. Stresörün bireyin hayatında anlık ve kısa süreli bulunduğu durumlar akut stresi, uzun dönem

varlığını gösteren stresörlerin varlığı ise kronik stresi tanımlamaktadır (Musazzi vd., 2017). Stres akut olarak kendini gösterdiğinde meydana gelen duygudurum değişiklikleri koroner akımın azalmasına sebebiyet verebilmektedir (Straub, 2014). Yaşam şartları başta olmak üzere çeşitli çevresel faktörler ise stresi kronik hale getirerek KAH'a olan yatkınlığı artırdığı görülmektedir (Richardson vd., 2012).

Kontrol altına alınamayan risk faktörleri arasında yer alan yaş ile kardiyovasküler hastalıkların gelişme riski doğru orantılı olarak artmaktadır. Kadın bireylerde 55, erkek bireylerde 45 yaşından fazla olmak KAH gelişimi açısından risk teşkil etmektedir. Yaşın KAH için risk faktörü olması, bireyin diğer kontrol altına alınabilir risk faktörleriyle ilişki içinde olduğu zaman dilimi açısından önem taşımaktadır (Vural vd., 2018). Yapılan çalışmalarda cinsiyet faktöründe KAH'ın erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (Ibáñez vd., 2017). Kadınlarda menopoza öncesi dönemde östrojen varlığı KAH açısından koruyucu bir etki sağlamaktadır. Bu koruyucu etki 7-10 yıla kadar çıkmaktadır (Pathak vd., 2017). Östrojenin çoklu koruyucu kardiyovasküler etkisi vardır. Kadınlarda menopozal dönemde özellikle 50 yaşından sonra östrojen seviyeleri düşer ve kardiyovasküler risk faktörlerinde artış görülmektedir (Colpani vd., 2018). Bir kardeşte veya ebeveynde geçirilmiş KAH ya da ani mortalite öyküsü KVH'lara yakalanmada önemli bir risk faktörüdür. Ailede kız kardeşte KAH öyküsünün bulunması KVH'lara yakalanma riskini 12 kat, erkek kardeşte KAH öyküsünün bulunması KVH'lara yakalanma riskini 6 kat artırdığı bildirilmiştir (Pathak vd., 2017).

2.5. Koroner Arter Hastalığının Semptomları

Koroner arter hastalığının akut sürecinde hastalar genellikle AP semptomları ile sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Substernal bölgede yoğunlaşan tipik ağrının sınırları belirgin olmamakla birlikte omuzda, boyunda ve sol kolda hissedildiği durumlar sıktır. Ağrı zaman zaman sırta da yansıyabilir. Hastalar göğüs ağrısının niteliğini tariflerken sıklıkla baskı hissiyatı dile getirirler. Dinlenme halinde ya da hafif eforla anjina görülebilmektedir. Pozisyonel değişikliklerle ağrı gerilemez. Normal koşullarda AP kısa sürelidir, 3-5 dakikada şikayetler sona erer. 10-15 dakikayı aşan AP'ler KAH'ın akut komplikasyonlarından olan MI'yı akla getirmektedir ve seyri ciddidir (Kalkan Uğurlu ve ark., 2019; Okumuş ve Can, 2019; Yava ve Köçkar, 2017). Son zamanlarda ağrı, kaynaklarda beşinci yaşam bulgusu olarak belirtilmektedir. Ağrının oluşma süresi, yayılımı ve tipi belirleyici etmenlerdir (Aslan, 2021). KAH semptomları

incelendiğinde AP'nin yanı sıra göğüste yanma hissi, solunum güçlüğü, baş dönmesi, bulantı-kusma ve stres gibi belirtiler de görülebilir. Hiç belirti vermeden asemptomatik seyreden MI'lar ise sessiz MI olarak tanımlanır (Lü vd., 2015).

2.6. Koroner Arter Hastalığının Tanılanması

Koroner arter hastalığı tanılanırken semptomlar göz önünde bulundurulmalı ve spesifik semptomun AP olduğu unutulmamalıdır. Fakat ağrının KAH ile ilişkisi ağrının süresi, niteliği ve nitrogliserin tedavisine verdiği yanıtı göre bağdaştırılmaktadır ve tipik göğüs ağrısına karar verilmektedir. Bazı hastaların atipik yakınmalarının bulunması hastaneye başvuruyu ve tanılamayı geciktirmektedir (Kalkan Uğurlu vd., 2019). Mide bulantısı, kusma, terleme, anksiyete, baş dönmesi gibi semptomlar da tanılamada dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda hastanın cilt rengi, periferik bölgelerin ısısı, nemlilik, kan basıncı ve nabzın değerlendirilmesi tanı koydurmada yardımcı yaklaşımlardır (Yıldız, 2021).

Hastalar KAH'ın akut komplikasyonlarında genellikle acil servislere başvururlar. Ön tanılama ve ileri tanılama yöntemlerinin tayini için hastanın öyküsünün alınması temel şarttır. Fizik muayene ve yaşam bulguları kontrolü ön tanıyı doğrulamak için yapılır. Elektrokardiyografinin (EKG) istirahat halinde ve ayaktan izlemi yapılması miyokard iskemisini belirlemek için önemlidir. EKG'de ST segmentinde elevasyon ve depresyon, patolojik Q dalgası, T dalgasında negatiflik AKS düşündürmektedir. Kalp duvarındaki ve kapaklarındaki aktivasyonlar ile kardiyak debiyi saptamak amacıyla ekokardiyografi (EKO) çekimi KAH tanılmasında önerilir. Kalp kası aktivitesi ve lipit düzeyini belirlemek için laboratuvar analizi önerilmektedir. Analizlerde troponin, miyogloblin gibi kardiyak belirteçlerin pozitif olması, lipit panelindeki belirteçlerin anormal düzeyde olması ve lökosit artışları dikkate değer unsurlardır (Lü vd., 2015; Yıldız, 2021). AP bulunan hastalarda miyokardiyal iskemiye düşündürecek bir EKG değişikliği ve troponin gibi laboratuvar parametrelerinde anormallik bulunmuyorsa ilk olarak non-invaziv tanılama yöntemleri tercih edilir. Bilgisayarlı tomografik anjiyografi bunlardan biridir. Ancak ön tanılama sonucu KAH şüphesi bulunan hastalarda koroner anjiyografi (KAG), hastalık varlığını saptamak için uygulanmaktadır (Özer ve Kavradım, 2022).

2.7. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

Koroner arter hastalığının tedavisinde ortak amaç koroner obstrüksiyonun olumsuz etkilerini önlemektir. Akut süreçte revaskülarizasyonun sürdürülmesi, etkili gözlem, semptom takibi ve oksijen arzının sağlanması olası komplikasyonları kontrol altına almak açısından önemlidir (Smith vd., 2015). Kontrol altına alınabilir risk faktörlerinin elimine edilmesi ve koroner açıklığın sağlanması için yapılan girişimleri KAH tedavisinin basamaklarını oluşturur (Tunçbilek ve Çelik, 2017). Yakınlara sağlık kuruluşuna başvuran hastanın detaylı öyküsünün alınması, EKG çekilmesi, laboratuvar analizi ve çeşitli izlemlerinin ardından tedavi girişimlerine başlanır. Yaşamsal bulgularda bozulma meydana gelmişse kardiyopulmoner resüsitasyonun hızlıca uygulanması, dokuların perfüzyonunu sağlamak açısından önemlidir. AKS vakalarındaki tüm müdahalelerde koroner açıklığın sürdürülmesi, oksijen arzının devamı ve miyokard harabiyetinin önüne geçilmesi temel amaçtır. Koroner açıklığı sağlayarak reperfüzyonu sürdürmek için fibrinolitik tedavi ve perkütan koroner girişim (PKG) olmak üzere farklı yaklaşımlar mevcuttur. Reperfüzyonun sağlanmasında PKG'nin birincil yaklaşım olduğu bildirilmektedir. STEMI ve NSTEMI vakalarında, kardiyak enzim ve EKG değerlendirmesinden sonra planlanabilir. Fibrinolitik tedavi KAH olgularında ikincil koruma için temel seçenektir. Fibrinolitik tedavide aspirin kullanımı temel seçenektir. PKG uygulanan hastalarda tromboz riskini en aza indirmek için aspirinin yanında P2Y12 inhibitörü içeren ikili fibrinolitik tedavi önerilmektedir. PKG'nin başarısız ya da çoklu damar tıkanıklığının olduğu durumlarda koroner arter bypass greftleme güvenli ve uygulanabilir bir seçenektir (Li vd., 2021; Özer ve Kavradım, 2023; Saito vd., 2023).

2.8. Koroner Arter Hastalığından Korunma

Hemşireler KAH gibi kronik hastalıkların yönetiminde multidisipliner ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Hasta eğitimi, bakımın planlanması, semptom yönetimi, tedaviye uyum gibi birçok süreci organize ederler (Şişman, 2021). Koruyucu sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ile hastalıkların oluşmadan kontrol altına alınmasında hemşireler etkin rol oynamaktadır (Çınar, 2021). KAH'ın önüne geçmek ve yeniden oluşumunu engellemek amacıyla koruyucu tedavi stratejileri geliştirilmelidir (Temeloğlu Şen, 2020). Birincil koruma hastalığa sebebiyet veren etkenleri önlemek adına yapılan çalışmaları kapsar (Kolaç ve Köseoğlu Örnek, 2021). Birincil korumada KAH'ın risk faktörlerini saptanması ve erken dönemde bu faktörlerin önüne

geçilmesinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Hastaların öyküsü alınırken KAH'a özgü risk faktörlerinin dikkate alınması, hastanın öz geçmişi, aile öyküsü ve alışkanlıklarının takibi yapılmalıdır. Objektif verilerden yaşam bulguları, laboratuvar tetkikleri, boy, kilo, BKİ gibi ölçütlerin incelenmesi yine hemşirelere düşen rollerden bazılarıdır (Kumsar ve Yılmaz, 2017). İkincil koruma ileri tanılama yöntemleri ve çeşitli taramalar ile hastalığın erken dönemde tanınması için yapılan çalışmaları kapsar. Bireylerde hastalığın var olduğu durumlarda alınacak önlemler ile KAH'ın ilerleyici seyri engellemek, mortalite ve komplikasyonların önüne geçmek için atılan adımlar da ikincil korumaya dahildir. Hastalığın mortalite düzeyi ikincil korumanın etkinliği adına fikir sunmaktadır (İnançil ve Şendir, 2014; Türkmen vd., 2012). KAH'a sahip bireylerde gündelik yaşamın sekteye uğramadan sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin en üst seviyede tutulabilmesi amaçlanmaktadır. Hastalığın birey üzerindeki olumsuz izlerini en aza indirmek için geliştirilen tedavi ve rehabilite edici adımlar üçüncül korumaya dahildir (Kolaç ve Köseoğlu Örnek, 2021).

2.9. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Süreci

Dünya genelinde hastalık seyri ve ölüm oranları incelendiğinde KVH'ler etkili bir hastalık yönetimi gerektirmektedir. Kardiyak hasta grubunun takip ve tedavi sürecinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. KAH'a sahip hastalarda yaşamsal fonksiyonların ve semptomların sıkı takibi hastalık seyri hakkında kritik bilgiler verir. KAH'ın patofizyolojisine göre oluşan ateroskleroz sonucunda semptomatik etkiler görülmektedir. Koroner kan akımındaki kısıtlılık sonucunda miyokardın oksijen arzı yeterince karşılanamaz. Bu durumda hastalarda anjinal ağrılar oluşmaya başlar. AP, hastaların gündelik aktivitelerinde kısıtlılığa neden olur. Hemşire hastanın AP semptomlarını saptamalıdır. Ağrıyı gidermeye yönelik gerekli takip ve tedaviyi uygulamalıdır. Oluşabilecek akut komplikasyonlar açısından yakın takibini sürdürmelidir (Enç ve Alkan, 2017). Kardiyak hastalarda var olan risk faktörlerinin saptanarak önlenmesi hastalığın rehabilitasyonu açısından faydalıdır (Zhang vd., 2021). Özellikle tütün ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, malnütrisyon, obezite ve stres gibi değiştirilebilir davranışsal risk etmenlerini önlemek etkin bir tedavi süreci sağlar. Hemşirelerin güncel literatürü, kılavuzları incelemesi ve uzmanlık yapması branşına olan hakimiyetini güçlendirmektedir. Böylelikle KAH açısından riskli olan bireylerin saptanarak uygun hemşirelik bakımının verilmesi sağlanır (Kapıkıran, 2021).

Hasta eğitimi, sağlığa katkı sağlayan davranışların planlanmasında, uygun olanların seçilerek insan yaşamına uyarlanması sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır. WHO'ya göre sağlıklı yaşam tarzı modifikasyonları ile KVH'ye bağlı mortalitenin büyük bir kısmı önlenmektedir. Hemşireler, hastalığa ilişkin korunma basamaklarını planlar ve uygular. Birincil korumada hemşirelerin eğitici rolünden yararlanılarak kardiyovasküler risklerin ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. İkincil koruma yöntemlerinde ise hemşire girişimleri bizzat uygular ve koordine eder. Hastalık ve hastane yatışı sonrası dönemde sağlığın kazandırılması ve iyileştirilmesi amaçlanır. Hastalığın etkilerinin, yaşamın arta kalan bölümünde minimuma indirgenmesi adına sergilenen yaklaşımlar ise üçüncül koruma yöntemlerini kapsar (Alkan, 2016; Çınar, 2021). Koroner arter hastalığında özellikle kontrol altına alınabilir risk faktörleri üzerinde atılacak adımlarla hastalar için etkin bir hemşirelik süreci sağlanabilir. Hastalarda görülen istenmedik yaşam tarzı davranışlarının yönetilmesi ile hastalara sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazandırılması, maliyet ve yan etki açısından olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma, ideal düzeyde fiziksel aktivite, zararlı alkol alımının azaltılması ve zayıf bir vücuda sahip olma gibi sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin KVH'nin önlenmesinde rol oynadığı bildirilmiştir (Colpani vd., 2018).

Hastanede kalış süresinin kısa olması nedeniyle ikincil korunma basamaklarının uygulanması için zaman oldukça sınırlıdır (Ibáñez vd., 2017). Kardiyak hastalık yelpazesine sahip bireylerde kardiyak rehabilitasyon (KR) değerli bir tedavi yöntemi olarak dikkat çekmektedir (McMahon vd., 2017). AKS sonrasında hastalığın prognozunu iyileştirmektedir (Zhang vd., 2021). KR, hastalara multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmaktadır. KR üç farklı fazdan oluşmaktadır. İlk faz hastane yatışı esnasındaki rehabilitasyondur. İkinci fazda hastaların taburcu olduktan sonraki dört aylık süreç içerisinde fiziksel aktiviteleri takip edilir. Kademeli olmak suretiyle çoklu seanslardan oluşan egzersiz programı planlanır. Üçüncü fazda ise hastaların yaşamına izlem ve egzersiz planları uyarlanmaktadır. Sağlıklı beslenme, kan basıncı yönetimi ve sigarayı bırakma gibi danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Amerikan Kalp Derneği (AHA) tarafından KAH'a sahip bireylerde KR programının uygulanması birinci sınıf endikasyon olarak kabul görmektedir (McMahon vd., 2017). KR hastalık ve hastane yatışı öncesindeki yaşamsal fonksiyonları geri kazanma, gündelik hayatı sürdürme ve yaşam kalitesinin iyileşmesi gibi hedefleri içermektedir (Akbulut vd.,

2016). Hemşire liderliğinde hazırlanan KR programının AKS geçiren hastalarda risk faktörü yönetimine (kolesterol (total kolesterol, LDL) ve sistolik kan basıncının etkin kontrolü) olumlu katkı sağladığı ifade edilmektedir (Zhang vd., 2021).

2.10. Kişilik ve Kişilik Özellikleri

Bireylerin zihninden geçenler ve eylemlerindeki kalıplaşmış modeller, istemli ve istemsizce geliştirdiği hayat tarzı, kişilik olarak tanımlanmaktadır (Townsend, 2016). Bireyde devamlılık arz eden fiziksel, düşünsel ve sosyal alandaki davranışları içinde barındırır. Kişilik özellikleri, belli bir süreç içinde meydana gelen ve tutarlılık sağlaması beklenen eylemler dizisidir. Bireyi diğerlerinden farklı kılan bir kimlik niteliğindedir ve bireyin gelecekteki eylemlerinin tahmin edilmesine ışık tutar (Çiçek ve Aslan, 2020). Kişilik kavramının bireyin kendi içinde yaşanan, gözlemlenemeyen bir kavram olduğunu ve analiz edilmesi gereken şeyin kişiler arası ilişkiler olduğu aktarılmaktadır. Bu durumda bireyler arası ilişkiler sayesinde kişilik kendini göstermektedir (Özdemir vd., 2012).

Freudyen kuramlarda kişilik gelişiminde en önemli faktörün kalıtım olduğu ve neredeyse bütün özelliklerin kalıttan etkilendiği vurgulanmıştır. Bazı teorilerde ise kişilik oluşumunda asıl etmenin çevreyle sağlanan etkileşim olduğu ifade edilmiştir (Gerrig ve Zimbardo, 2012). Kuramcılar kişilik kavramının gelişimini aktarırken çeşitli düşünceler ortaya atılmıştır. Tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat, insan vücudunda salgılanan sıvıların sahip olduğu renklerin farklı kişilik özelliklerini yansıttığını ifade etmiştir. Koyu renkli safra, sararmış safra, sekresyon sıvısı ve kanı, nitelikleri ve salgılandığı miktara göre birçok mizaçla bağdaştırmıştır (Taymur ve Türkçapar, 2012). Yunan asıllı doktor Galen'in, kişiliğin gelişiminde Hipokrat'ın teorisinde söz konusu olan sıvılara yer veren varsayımları mevcuttur. Dört farklı salgıdan baskın olanın bireyde çeşitli mizaçlara işaret ettiğini belirtmiştir. Hipokrat'ın teorisinde olduğu gibi Galen'in öne sürdüğü teori de modern dönemlere kadar yıllarca süregelen bir inanış haline gelmiştir. William Sheldon modern dönemlerde kişiliğin gelişimini vücut hatları ile bağdaştırmıştır. Ancak bu görüşün desteklenmesi uzun sürmemiştir (Gerrig ve Zimbardo, 2012). Modern zamanlarda Sigmund Freud'un öne sürdüğü psikoseksüel gelişim, diğer kuramlar içerisinde en benimsenen kuramlardan biridir. Freud, psikoseksüel gelişim kuramında doğumdan itibaren yaşamı dönemlere ayırmıştır. Freud, 0-6 yaş aralığını pregenital dönem olarak sınıflandırmıştır. Çocuk yaşları içeren zaman diliminde kişiliğin büyük ölçüde

şekillendiğini ve bu dönemlerde bireyin başına gelebilecek sarsıcı bir olayın, hayatın ilerleyen dönemini etkileyebileceğini savunmuştur (Özdemir vd., 2012). Psikolog Erik Erikson'un psikososyal gelişim kuramında Freud'un kuramını destekler nitelikte çocukluk döneminin kişilik gelişimindeki önemine değinilmiştir. Erikson'un bireyin sosyal gelişimini inceleyen kuramında, çocukluk döneminin yanı sıra hayatın diğer dönemleri de belirleyici olmaktadır. Carl Rogers'ın insancıl kuramlardan olan benlik kuramında bireyin bürünmek istediği imaj önceliklidir. Bireyin durumu konusundaki görüşlerden ziyade ben merkezli bir yaklaşım mevcuttur. Ben merkezli kuramlardan biri de Maslow'un kendini gerçekleştirme kuramıdır. Bireyin varabileceği en üst konuma ulaştığı takdirde kendini gerçekleştirdiği görüşü savunulmuştur. Kurama göre birey en iyiye ulaşarak kendini gerçekleştirecek, sonrasında daha iyiyi bulma yoluna girecektir (Çiftçioğlu vd., 2016). Hans Eysenck'in geliştirdiği beş faktör kişilik modeli son yıllarda yapılan çalışmalarla incelendiği de dikkat çekmektedir. Kişilik gelişimi konusunda en iyi ipuçları sağladığı konusunda uzlaşmaya varılan bu modelde; özenetim, uyum, dışadönüklük, nevroitiklik ve gelişime açıklık olmak üzere farklı boyutlar ele alınmıştır (Çiçek ve Aslan, 2020; Gerrig ve Zimbardo, 2012).

A tipi kişilik yapısına sahip bireyler, çoğunlukla mücadeleci yapıya sahip olup karşısındaki her bir bireye rakip bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Görevlerine sadık ve emelleri uğruna savaş vermeyi ilke edinirler (Aydın ve Özel, 2017). Hiperaktif özelliklere sahip A tipi kişiler azimlidir ve görevleri hızla başarmak isterler. Sabırsız yapılarıyla dikkat çekerler. Günlük hayatta insanlara karşı düşmanca duygular besleyebilirler. Bu özellikleri itibariyle günlük hayatta bazı sorunlarla karşılaşabilirler (Li vd., 2022).

B tipi kişiliğe sahip bireyler, rahat yapılarıyla dikkat çeker. Stresten uzak istikrarlı bir hayata sahiptir. Elde edilen kazanımların tadını çıkarmayı ve anı yaşamayı severler (Hisam vd., 2014). A tipi kişiliğe sahip bireylerin aksine daha sabırlı ve daha az rekabet ederler. Hayattan tat almaya düşkündür. İnsan ilişkilerine önem verirler sosyal yönleri daha ağır basar (Aydın ve Özel, 2017).

C tipi kişilik literatürde "kansere eğilimli kişilik" ve "kanser kişiliği" olarak da ifade edilmektedir. İhtiyaçlarını ve duygularını açığa vurmakta zorlanırlar. (Schwarz vd., 2007). Stres yaşadıkları durumlarda otokontrolleri zayıftır (Lalâ vd., 2010). Kendi hayatlarını ve gereksinimlerini arka plana atarak çoğunlukla başka insanların yaşamına duyarlılık sağlarlar. Farklı kişilerin ifadelerine karşı memnun olmasalar dahi kendi

duygularını bastırarak onları memnun etme çabası içine girerler. Bu tarz davranışlar sebebiyle C tipi kişiliğin kanser açısından bir etken olduğu ifade edilmektedir (Bozo vd., 2012).

D Tipi Kişilik ya da distresli kişilik en son keşfedilen kişilik türüdür. Bu terim 1995 yılında Johan Denollet tarafından tanımlanmıştır. D Tipi Kişilikli bireylerde sıklıkla rastlanan özellikler; olumsuz düşüncelere kapılma, depresiflik, hislerini dışa yansıtamama, anksiyete ve hostilitedir (Buczowska vd., 2022; Öncü ve Vayisoğlu, 2018). D Tipi Kişilik negatif duygulanım ve sosyal engelleme olmak üzere iki alt kategoride incelenmektedir. Negatif duygulanım kişiyi olumsuz düşünce ve anksiyeteye ve depresyona sürükler. D Tipi Kişilikli bireyde negatif duygulanıma bağlılıktan dolayı olumsuz senaryolar bireyi daha fazla etkiler (Iqbal ve Dar, 2015; Lodder vd., 2021). Sosyal engellemede duygular ve duygulardan doğan davranışlar etkili olur. Bireyler ilişkilerinde ilgi görememe veya beğenilmeme kaygısı yaşarlar. Böylelikle sosyal içe kapanıklık tetiklenmiş olur. Sosyal içe kapanıklık insan ilişkilerinde gerilemeyi beraberinde getirir (Denollet vd., 2021; Timmermans vd., 2017). Sosyal içe kapanıklıkta duyguların açığa vurulamamasının ciddi bir stres faktörü olduğu ifade edilmektedir. Sosyal içe kapanıklığın doğurduğu olumsuz duyguların kardiyak olgular üzerindeki prognozu etkilediği öne sürülmektedir (Lodder, 2020). Sosyal izolasyonun KAH ile ilişkisinin ele alındığı bir çalışmada evli olan ve olmayan kardiyak hastalar incelenmiştir. Beş yıllık insidans ele alındığında evli olmayan bireylerde mortalite düzeyinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kronikleşmiş sosyal izolasyonun kronik hastalıkların oluşma riskini artırdığı ifade edilmektedir (Xia ve Li, 2018).

2.10.1. Koroner Arter Hastalığı ve D Tipi Kişilik

Kronik hastalıkların negatif etkilerini D Tipi kişiliğin önemli oranda artırdığı bilinmektedir (Yağcı ve Perinçek, 2022). D Tipi veya sıkıntılı kişilik kavramı KAH tanısı alan bireyleri risk altında bırakan özellikleri tespit etmek için Denollet ve arkdadaşları tarafından tanımlanmıştır (Enatescu vd., 2021). KAH oluşumunu etkileyen patofizyolojik faktörlerin araştırılmasında negatif duygulanım ve sosyal içe kapanıklık ile karakterize olan D Tipi kişiliğin incelenmesi önerilmektedir (Raykh vd., 2020). D Tipi Kişilik hem kalp hastalıklarının ortaya çıkması için hassas bir zemin hem de KVH'nin sağlık sonuçlarını ve özellikle de MI sonrası sonuçları olumsuz etkileyen kötüleştirici bir faktör olarak ele alınmıştır. KVH ile ilişkili olduğu fark

edilen D Tipi kişiliğin alt boyutu olan negatif duygulanımda disfori, anksiyete ve sınırlılık hissiyatı sıklıkla görülür. Diğer alt boyutu olan sosyal içe kapanıklıkta başkalarının onaylanmama ve beğenilmeme korkusu ve davranışları ifade etmede güçlük sık görülen özelliklerdir (Enatescu vd., 2021). D Tipi kişiliğe sahip bireylerdeki düşük dışa dönüklük seviyeleri, bilişsel işlevlerde düşüşe neden olmasının yanı sıra birçok bilişsel şikayeti olan koroner arter hastalarını da karakterize eder. Bu özelliğiyle D Tipi kişilik özelliğinin KAH'da bilişsel bozulma açısından risk faktörleri arasında değerlendirilebileceği gösterilmektedir. Klinisyenler hastaların bilişsel işlevlerini değerlendirirken, potansiyel faktörleri anlamaya yardımcı olmak için D Tipi Kişilik özelliğini de göz önünde bulundurmalıdır (Burkauskas vd., 2016). D Tipi Kişilik aynı zamanda KAH ve KY olan hastalarda kötü sağlık durumunun bir öngörücüsüdür. Prospektif bir çalışmada, D Tipi kişiliğe sahip KAH'lı bireyler, D Tipi olmayan hastalara kıyasla 5 yıllık takipte kötü algılanan sağlık durumunu bildirme açısından daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır. D Tipi Kişilik özelliği, KVH'lerin ilerlemesine ve hasta sonuçlarının kötüleşmesine zemin hazırlayabilecek çok sayıda olumsuz davranışsal ve biyolojik özellik ile ilişkilidir. Örneğin, KY olan hastalarda, D Tipi kişiliğin kötü tedavi uyumu için artmış risk ve daha yüksek serum inflamatuvar belirteçleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Staniūtė vd., 2015). Genel popülasyonun %20'sinin ve edinsel kalp hastalığı olan hastaların %30'unun D Tipi kişilikten etkilendiği belirtilmektedir. Aynı zamanda D Tipi kişiliğe sahip hastaların daha sık semptom bildirdiği, egzersiz eksikliği ve sigara içme gibi daha olumsuz sağlık davranışları sergilediği bildirilmiştir. D Tipi kişiliğe sahip yetişkin KAH'lı bireylerin daha az sağlık hizmeti kullandıkları ve daha kötü bir sağlık durumu ve yaşam kalitesi bildirdikleri gösterilmiştir. Tanılanmış KAH ve D Tipi kişiliği olan hastalarda miyokard infarktüsü ve mortalite riskinin arttığı gösterilmiştir (Kauw vd., 2020). D Tipi kişiliğe sahip KVH vakalarında; morbidite, mortalite ve prognoz olumsuz etkilenmektedir (Svansdóttir vd., 2011). D Tipi kişiliğe sahip bireylerde KVH riskinin 3 kat arttığı belirtilmiştir (Lodder, 2020). D Tipi kişiliğe sahip insanların hastane başvurularını ihmal ettiği ve sıkça kardiyak semptom yaşadığı ifade edilmektedir (Sahoo vd., 2018; Yu vd., 2011). Bu yönleriyle D Tipi kişilik, KAH gelişimi açısından psikososyal bir risk etkeni olarak görülmektedir. Avrupa Kardiyovasküler Önleme Kılavuzunda da risk etkeni olarak yer almaktadır. KAH tanısı almış hastaların dörtte birinde D Tipi kişilik özellikleri görüldüğü ifade edilmektedir. D Tipi kişilik aynı zamanda depresyon, anksiyete ve stres gibi diğer psikososyal risk faktörleriyle ilişki

içindedir (Denollet vd., 2021; Kupper ve Denollet, 2018). Yapılan bir çalışmada D Tipi kişiliğe sahip KAH hastaları 10 yıl takip altına alınmıştır. Hasta grubunda anlamlı düzeyde depresyon gözlemlenmiştir (Yamaguchi vd., 2020). Yapılan başka bir çalışmada anksiyete ve depresyonun etkilerinden bağımsız olarak D Tipi kişiliğe sahip bireylerde KAH olgularının daha karmaşık seyrettiği ilk defa belirtilmiştir. D Tipi kişiliği olan KAH'lıların olmayanlara kıyasla daha az sağlıklı yaşam davranışında buldukları tespit edilmiştir. Ayrıca D Tipi kişilik, tedaviye düşük bağlılık, işlevsiz başa çıkma ve KR'ye direnç gibi diğer sağlıksız davranışlarda da rol oynamaktadır (Enatescu vd., 2021). Kronik hastalarda D Tipi kişilik ve sosyal destek arasında ilişki bulunmaktadır. D Tipi kişiliğe sahip hastalarda olumlu etki için sosyal desteğin sağlanması ve sürdürülmesi önerilmektedir (Park vd., 2020). D Tipi kişiliğe sahip hastalar, reddedilme veya onaylanmama korkusu nedeniyle sosyal etkileşimlerde duygularını paylaşmama eğilimindedir ve algılanan sosyal destek eksikliği vardır. D Tipi kişiliğe sahip olan koroner arter hastalarının, D Tipi olmayan bireylere kıyasla daha az sosyal destek algıladıkları gösterilmiştir (Staniütè vd., 2015). İletişim kurma ve kendini ifade etme güçlüğü D Tipi kişilikli hastaların tipik özelliklerindedir. Bu nedenle sağlık hizmetine ulaşmaları güç olduğundan hastalıkla başa çıkma sorunları kendini göstermektedir (Kim vd., 2022).

2.11. Sosyal Destek

Kişinin yakın çevresi tarafından kendisine sağlanan psikososyal desteği barındıran övgü, sadakat ve sevgi-saygı ortamı ile gereksinimlerin karşılanması sosyal destek olarak tanımlanmaktadır (Traş ve Arslan, 2013). Bir başka tanımla sosyal destek, potansiyel destek sağlayıcıların ve kişisel kaynakların mevcudiyetini ifade etmektedir (Tan vd., 2022). Sosyal destek kişilerarası ilişkinin önemli bir parçasıdır ve yalnızlığı engelleyecek etkili bir kazanımdır (Zhang ve Dong, 2022). Psikososyal bakımın ve yaşam kalitesinin destekleyicisidir. Sosyal desteğin olumsuzluklarla mücadele etmede önemli bir payı vardır. Bu destek hayatımızdaki insanlarla olan ilişkiler ile başlar. Karşılıklı güven, sadakat, yardımlaşma ve sevgi-saygı ortamı sosyal desteğin tesis edilmesinde rol oynar (Usta, 2012). Aile ve yakın çevredeki destek sağlayıcılar bireyin sosyal ağı olarak kabul edilir. Elde edilen tüm bu destek sosyal ağ aracılığıyla sağlanır (Friedman vd., 2020). Kriz yönetimi ve yaşanan olumsuz senaryolarla mücadele etmede etkin rol oynar (Dirik vd., 2011).

Sosyal desteğin alınan ve algılanan sosyal destek olmak üzere iki ana hattı bulunmaktadır. Alınan sosyal destek kişiye gerçekten sağlanan destektir. Algılanan sosyal destek ise kişisel değerlendirmeler ve inançlardır. Bireye sağlanan destekten ziyade bireyin algıladığı sosyal desteğin daha önemli olduğu ifade edilmektedir. Algılanan sosyal desteğin yeterli düzeyde olması fiziksel ve bilişsel sağlık üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır (Kažukauskienė vd., 2021). Algılanan sosyal destek ile mutluluk arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tan vd., 2022). Yapılan bir meta-analizde ise algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin mortalite oranlarında azalma saptanmıştır (Wang vd., 2018). Algılanan sosyal izolasyon ve yalnızlığın fizyolojik olumsuzluklarının yanı sıra bireylerde kronik bir stres faktörüne neden olduğu ifade edilmektedir (Xia ve Li, 2018). Sağlanan sosyal desteğin hastalarda stresli, anksiyöz ve depresif ruh halinin gerilemesine yol açtığı bildirilmektedir (Dirik vd. 2011). Sosyal destek düzeyinin artması kronik hastalıklarla mücadele sürecinde tedaviye uyumu artırmaktadır. Hastalığa uyumun artması hastalıkla etkin başa çıkmayı sağlamaktadır (Usta, 2012).

2.11.1. Koroner Arter Hastalığı ve Sosyal Destek

Kronik hastalıklar sonucunda fiziksel problemlerin yanı sıra sosyal açıdan problemler meydana gelmektedir. Hastalık yönetiminde odak nokta sadece hasta olmamalıdır. Hastanın ailesi ve yakınları da desteklenerek psikososyal bakım sürecine dahil olması sağlanmalıdır (Aydemir ve Çetin, 2019). Akran ve aileden alınan sosyal destek KVH'lar dahil kronik hastalıklarda olumlu etki sağladığı ifade edilmektedir (Won ve Son, 2016). Aynı zamanda sosyal desteğin, bireylerin depresyon, stres ve anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olabilecek olumlu etkileşimleri bulunmaktadır (Bedaso vd., 2021). Yapılan bir çalışmada KVH'lı bireylerde algılanan sosyal destek varlığının öz bakım davranışlarını iyileştirdiği ve tekrarlayan hastane yatışlarında azalma sağladığı bildirilmiştir. Bu hastalık grubunun hospitalizasyon sürecinin çoğunlukla yetersiz öz bakımdan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yetersiz öz bakımın altında yatan nedenin ise düşük algılanan sosyal destek düzeyi olduğu ifade edilmiştir (Chamberlain, 2017). Koroner arter hastalarında zaman içerisinde fonksiyon kaybına bağlı olarak gündelik eylemlerini gerçekleştirmekte zorlanma ve aktivite düzeyinde azalma görülmektedir. Fiziksel ve psikososyal yönden olumsuz etkilenen hastanın yaşadığı sosyal alanda içe kapanıklık sosyal destek ihtiyacını doğurmaktadır (Aydemir vd., 2015). KAH ile algılanan sosyal destek arasında hastalık sonuçları açısından yakın bağlantı

bulunmuştur (Kažukauskienė vd., 2021). Sosyal destek eksikliği psikolojik sorunların bilinen bir göstergesidir ve olumsuz tıbbi sonuçları etkilediği de gösterilmiştir. Sosyal destek eksikliği, KAH ve KY olan hastalarda artmış morbidite ve mortalite ilişkisi gösterilmiştir. Bu yönüyle alınan ve algılanan sosyal desteğin sağlık ile ilişkili sonuçlara etki ettiği belirginleşmiş bir unsurdur (Staniūtė vd., 2015). Yetersiz sosyal destek ile daha yüksek ölüm riski arasındaki kanıtlar meta-analizlerle kanıtlanmıştır (Wang vd., 2019). Yapılan bir sistematik inceleme ve prospektif çalışmanın meta-analizinin sonuçlarına göre; yalnızlık ve sosyal izolasyonun artmış koroner kalp hastalığı ve inme riskleri ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Bu bulgu, zayıf sosyal ilişkilerin morbidite ve mortaliteyi güçlü bir şekilde öngördüğünü göstermektedir. Ayrıca yalnızlık ve sosyal izolasyonun KVH için ek risk faktörleri olduğunu gösteren mevcut kanıtları güçlendirmektedir (Xia ve Li, 2018). Tıbbi tabloya göre bakım verirken sadece hastalığa ve fizyolojik iyileşmeye yönelik girişimler sunulur. Psikososyal bakım anlayışında kronik hastalıklardan doğan psikososyal bakım gereksinimini sağlamak esastır. Hasta odaklı ve bütünselliği ele alan holistik yaklaşım ile hastaların hem fiziksel hem de sosyal gereksinimlerinin karşılanması gerektiği aktarılmaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019). Bireyler hastalığa karşı psikososyal yönden uyum sağlamada zorluk yaşayabileceğinden sosyal destek mekanizmasının etkin bir şekilde kullanımı önem taşımaktadır. Bireyler gerek aile gerekse arkadaşlarından alacağı sosyal destek sayesinde mental açıdan iyilik halini sürdürecektir. Bu sebeple sağlık profesyoneli hasta ailesine danışmanlık sağlayıp ailenin sosyal destek sürecinde etkinliğini artırabilir (Topbaş ve Bingöl, 2017).

2.12. Psikolojik Durum

2.12.1. Depresyon

Depresyon çoğunlukla negatif ve çökük duygudurumu ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Mete, 2008). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na (DSM) göre depresyon; çökük ruh halinin, negatif mizacın, azalan aktivite düzeyinin, düşümsel anomalilerin iki hafta ve daha fazla süreli görüldüğü olgulardır (Altunbaş vd., 2012). Hipokrat, depresyon kavramını melankoli ile özdeşleştirmiş olup aynı zamanda depresyonu bir hastalık olarak nitelendirmiştir (Gilbert, 2016). Depresyon kavramı tarih içerisinde birçok kategoride ele alınıp bu kavrama farklı anlamlar yüklenmiştir. En bilinen kuramlardan Hipokrat'ın kişilik kuramında siyah sekresyon ve melankolik ruh hali ile ilişkilendirilmiştir. Galen ise

melankoli kavramına üzüntülü ruh anlamı kazandırarak depresyon ile ilişkilendirmiştir. Galen, depresyon oluşumunda bireyin dış çevreden etkilenebildiği gibi birtakım değiştirilemeyen kalıtsal etmenlerden de etkilenebildiğini öne sürmüştür (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon, psikoloji biliminde gelişen modern teoriler ve bilim insanlarının çabaları ile artık tahminler yerine objektif verilere dayandırılmıştır. İnsan yaşamında yaşanabilecek negatif senaryolar kişide anlık olarak mutsuz ruh hali ile sonuçlanabilir. Bu ruh halinin bireyin otonomisinden bağımsız olmaya başladığı ve olması gereken süreden daha fazla olduğu durumlar negatif duygulanıma işaret eder. Böylelikle depresyonun belirtileri başlar. Depresif belirtiler arasında negatif duygulanımın yanı sıra yaşanılardan haz alamama, dikkat eksikliği, güven kaybı, kendine değer vermeme, uyku ve beslenme örüntüsünde düzensizlik sıklıkla görülür (Kafes, 2021; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bireylerin çalışma hayatındaki sıkıntılar, çocuklukta karşılaşılan ihmaller, derin üzüntüye yol açacak kayıplar ve bireyin hayat düzenindeki köklü değişimler depresyon oluşumuna zemin hazırlayabilecek etmenler olarak görülmektedir (Yıldırım ve Kahrıman, 2023).

Depresyon günümüzde küresel bir sağlık sorunu olarak görülür. Dünya genelindeki toplam ölümcül olmayan hastalık yükünün yüzde 10'unu depresyon oluşturmaktadır (Salk vd., 2017). KVH'lar ve depresyon ikilisi yaşam kalitesini derinden etkilemektedir. Depresyon KVH'ler için yaygın bir risk faktörü olup morbidite ve mortalite ile güçlü bir ilişki içindedir (Zhang vd., 2018). KVH'lere depresyonun eşlik ettiği olgularda morbidite ve mortalite düzeyi artmaktadır (Yıldırım ve Kahrıman, 2023). Özellikle kardiyak hastalara cerrahi başta olmak üzere uygulanan girişimler hastaların bilişsel durumunu derinden etkiler. Bilişsel bozukluklar içinde önemli bir komorbidite nedeni olan majör depresif bozukluk KVH'li bireyleri ciddi oranda etkiler (Ercişli ve Bülbüloğlu, 2021). INTERHEART (Global Study of Risk Factors in Acute Myocardial Infarction) araştırmasında, KVH'lerde depresyonun bağımsız bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Gehani vd., 2014). Psikososyal anlamda risk faktörü olarak değerlendirilen depresyon ve KAH arasındaki ilk bağlantı 1990'lı yıllarda yapılan bir çalışma ile ortaya atılmıştır. Frasure-Smith ve diğerlerinden aktarıldığına göre, AKS sonrası 6 ay süre içerisinde gerçekleşecek mortalitenin ön habercisinin depresyon olduğu ifade edilmektedir. Daha geniş süre zarfında yapılan takipler sonucunda AKS tanısı ile hospitalizasyon sürecinde oluşan depresyonun mortalite ile

ilişkisi bulunmuştur. Ayrıca tekrarlayıcı AKS tanısı alma ve hastane yatışı gözlemlenmiştir. Geçmişinde AKS olan bireylerin %45'inde depresyon semptomlarının görüldüğü saptanmıştır (Altunbaş vd., 2012). Yapılan başka bir çalışmada da depresyona yatkın ruh halinin KVH oluşma ihtimalini yükselttiği, eğer tanılanmış depresyonu var ise bu ihtimalin daha da yükseldiği belirlenmiştir (Vardar Yağlı vd., 2015). Depresyonun KVH'larda dünya genelinde en sık görülen hastalık olduğu ifade edilmektedir. Bu tablonun 2030 yılına kadar en yaygın engellilik nedeni olacağı öngörülmektedir (Hare vd., 2013). AKS'li hastalarda depresyonun varlığı KR sürecini olumsuz etkilemektedir. Etkisiz KR ise kötüleşmiş prognoz, tekrarlayan AKS olguları ve mortalite artışıyla ilişkilidir (Çelik vd., 2022). AKS sonrasında uzamış depresyon saptanan bireylerin sigarayı bırakma, ilaçlarını düzenli kullanma ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerine yetersiz uyum sağladıkları ifade edilmektedir (Yamaguchi vd., 2020). Depresyonlu bireyler hastalığın etkisiyle öz bakım eksikliği, beslenme bozukluğu, sosyal izolasyon ve zarar verme girişimleri gibi çeşitli olumsuzlukla karşılaşmakta ve destek ihtiyacı duymaktadır. Hemşireler gerekli emosyonel desteği sahip oldukları eğitici ve danışmanlık gibi bağımsız rollerini kullanarak sağlayabilirler (Pınar ve Tel, 2012).

2.12.2. Anksiyete

Anksiyete stresli ve tehdit edici durumlar karşısında duyulan kaygılı histir (Dean, 2016). DSM-5'e göre anksiyete, gelecekte yaşanabilecek tehdit beklentisi olarak tanımlanır. Korkudan duygusal bir durum olmasıyla ayrılır. Evrimsel bir bakış açısıyla anksiyete, kişileri tehlikeden uzak tutmasıyla olağan bir duygu olarak kabul edilir (Crocq, 2015). Herhangi bir tehlike ya da tehdit arz eden bir durum karşısında anksiyöz duyguların sergilenmesi normal kabul edilir. Fakat bu durum gereğinden uzun sürer ya da bunaltıcı hale gelirse anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilir (Dean, 2016).

Yaşanan kaygı ve paniğin düzeyinde farklılıklar olmakla birlikte anksiyete neredeyse bütün bireylerde görülen bir durumdur. Olağan olarak karşılanabilecek düzeydeki anksiyete değişen hayat koşullarına ayak uydurmada etkili olabilir. Ancak anksiyetenin şiddetlenerek hastalık seviyesine ulaştığı durumlar hayatın akışını olumsuz etkileyen sonuçlara neden olabilmektedir (Ok, 2023). Anksiyetenin tarihine bakılacak olursa 19. yüzyıl öncesinde herhangi bir hastalık ya da bozukluk olarak bilinmemektedir. Ancak klasik antik çağa kadar uzanan tarihsel süreçte melankoli ve diğer duygudurum bozuklukları varlığı bilinen anomaliler olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Anksiyete 20. yüzyıldan itibaren tedavi gerektiren, klinik değerlendirmelere tabi tutulan bir bozukluk olarak kabul edilmeye başlamıştır (Crocq, 2015). Günümüzde ise psikiyatrideki bozukluk grupları ele alındığında anksiyete bozuklukları en önemlilerinden biridir (Kupfer, 2015). Anksiyetenin insan sağlığını fiziksel ve ruhsal açıdan etkileyen karmaşık ve çoklu bir boyutu vardır. Yapılan çalışmalara göre anksiyetede duyulan kaygı dikkat, öğrenme, iş performansı ve kapasitesi gibi ögeler üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Anksiyetenin kan basıncını, ağrı direncini, immün sistemi etkilediği ve stres seviyesini artırdığı belirtilmiştir. Anksiyetenin depresyon üzerinde belirleyici ve etkileyici bir faktör olduğu bildirilmiştir (Nechita vd., 2018).

Bireyleri anksiyöz ruh haline sürükleyen çeşitli nedenler mevcuttur. Kronik hastalıklar sonucu uygulanan tedaviler, yapılacak işlemler, hastane yatışı ve hastalığa verilecek yanıt hasta üzerinde birtakım belirsizlikleri doğurmaktadır. Belirsizlik KVH ve diğer kronik hastalıklarda anksiyete oluşumunu tetikleyerek hasta üzerinde davranışsal ve fizyolojik belirtilerin oluşumuna neden olur. Taşikardi, hipertansiyon, hipotansiyon ve aritmi gibi kardiyak semptomlar oluşabilir. Bu durum da KVH'leri tetikleyen nedenlerden bazılarıdır (Ok, 2023). Anksiyetenin uzun yıllardır KVH ile yakın ilişkisi olduğu ifade edilmektedir. Son yıllarda yaşanan gelişmelerin ışığında anksiyete bozukluklarının KVH riskini artırdığına dair güçlü bir ihtimal olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda anksiyete bozukluğunun yaygınlığının KVH'li bireylerde daha fazla olduğu saptanmıştır. AKS olan ve koroner arter bypass greftleme cerrahisi geçiren popülasyonda anksiyete bozukluğu depresyon kadar yaygındır. Anksiyete bozukluklarının KVH'li bireylerin yaklaşık %50'sinde depresyona eşlik ettiği bildirilmiştir (Tully vd., 2016). Prospektif bir kohort araştırmasının sonucuna göre, 7 yılı aşkın takip sonucunda anksiyetenin KAH ile güçlü bir ilişkisi bulunmuştur (Cohen vd., 2015). Ruh ve bedenin ayrı işlediğini savunan görüşlerin varlığına rağmen yapılan çalışmalar sonucunda ruh ve bedenin yakın ilişkisi göz ardı edilemeyecek boyuta ulaşmıştır. Kaygılı ruh hali insan bedeninde sıkça yaşanan bir durumdur ve beden üzerindeki fizyolojik işleyişi etkilemektedir (Nechita vd., 2018).

2.12.3. Stres

Stres, maruz kalınan eylem ya da dış uyaran sonucunda bireyin yaşadığı güçlüğe bağlı olarak oluşan dışavurumdur (Savcı ve Aysan, 2014). Stres kavramı olağan hali muhafaza etme ve sürdürme için gayret sarf etme anlamını taşır (İştar, 2012). Stres

bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkiler açısından farklı düzeyleri içerir (Wirtz ve Von Känel, 2017). Yaşanılan bir olayın ya da içinde bulunulan bir durumun stres olarak varsayılması kişinin bakış açısına göre değişmektedir (Sürme, 2019). Stres tepkisini oluşturmak için strese neden olacak fizyolojik ya da dış faktörlere maruz kalmak gerekmektedir. Stres tepkisine neden olabilecek dış faktör bazen stres halindeki başka bir birey de olabilir. Bu olay stres bulaşması olarak adlandırılır (Pützer vd., 2020). Stres kaynağı olan dış iletiler nörolojik ve fizyolojik anlamda negatif senaryoların gelişimine yol açmaktadır. Maruz kalınan strese yanıt olarak hormonal faaliyetlerde artış ve dalgalanmalar görülmektedir. Fizyolojik alanda ise vücut ağrılarında, kronik hastalıklarda ve mortalitede artış görülebilir. Stres, gündelik hayatımızda yer alan önlenemez bir unsurdur. Çünkü karşılaşılan olayların, güçlüklerin ve engellerin hepsi birer stres faktörü olarak hayatımıza yansımaları mevcuttur. Stres oldukça karmaşık bir durumdur. Bu yönüyle kişinin stresle yüzleştiğinde stresi yönetmesi, oluşan duygudurumun farkındalığında olması kolay değildir. Bireyler kendi üzerinde strese neden olabilecek unsurları bilmeli ve stresle başa çıkma stratejilerini geliştirmelidir (Özel ve Bay Karabulut, 2018). Stresle başa çıkma tutumları geliştirilirken bütün bireyleri kapsayıcı metotlar uygulanmalıdır. Çünkü herkesin karşı karşıya kaldığı stresör ve algılayış durumu bir değildir. İnsanların etkili ve zayıf noktaları, karşılaştıkları stres unsurları ve strese verilen yanıt göz önünde bulundurulmalıdır. Gerekli unsurlara dikkat edildiği takdirde stresin insan vücudunda yarattığı olumsuz etkilerin önüne geçilmiş olunur (Sürme, 2019).

Strese maruziyetin kronik hastalıklara olan etkisine dair kanıtlar artmaktadır. Kardiyak hasta grubunda hastanede uygulanan tedaviler, cerrahi girişimler ve yoğun bakım yatışları sonucu hastalar yoğun bir şekilde strese maruz kalır. Böylelikle hastalarda travma sonrası stres bozukluğu gelişme ihtimali artabilir (Ercişli ve Bülbüloğlu, 2021). Yapılan epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler ışığında stresin nedensel bir risk faktörü olduğu ve KAH insidansı ile yakından ilişkisi vurgulanmaktadır. Stres faktörleri ve bunlara bağlı olarak yaşanabilecek psikolojik travmaların KVH riskini ve mortaliteyi artırdığı ifade edilmektedir (Wirtz ve Von Känel, 2017). Stres yalnızca KVH risk faktörlerini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda KVH insidansını ve mortalitesini bağımsız olarak etkilemektedir. Stresörlerin varlığı KVH'lerde kötüleşmiş prognozla ilişkilidir (Svensson vd., 2016). KVH ve stres ilişkisi incelendiğinde özellikle AKS esnasında görülen AP başta olmak üzere bazı belirtiler

hasta üzerinde önemli bir stres etkenidir (Doğru vd., 2017). Stresin KVH bulunan kişilerde normal kişilere kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada, 50 yaşını aşmış kişilerde artmış stresin KVH'lara yakalanma ihtimalini daha çok artırdığı ifade edilmektedir (Şimşek ve Alpar, 2020). Hastaların hastane yatışı sürecinde karşılaşacağı olaylar, hastalığın seyri, bilgi eksikliği ve yalnızlık duygusu her biri hasta için stres faktörüdür. Artmış stres ile vücudun hormonal aktivitesinde değişimler olabilir. Bu değişimler de kardiyovasküler sistemde anormal sonuçlar doğurabilir. KVH'lı bireylerde yaşanabilecek stres esnasında miyokardın ihtiyaç duyduğu oksijen miktarı artmaktadır. Koroner arter hastalarında zayıflaşan dolaşım ağı sebebiyle bu gereksinim kolayca sağlanamaz ve yatış süresinin uzamasına hatta mortalite ile sonuçlanmasına neden olabilir (Demirbaş ve Kaya, 2022). Kronik, günlük stres faktörlerine veya şiddetli psikolojik travmaya maruz kalmanın KVH gelişme ve ölüm riskini artırabileceğine dair kanıtlar giderek artmaktadır (Steptoe ve Kivimäki, 2013). Askeri görevlilerin dahil edildiği prospektif bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu belirtisi gösteren bireylerde yapılan takipler sonucunda KAH vakalarında artış olduğu gözlemlenmiştir (Cohen vd., 2015). Stres düzeyinin yüksek olması aynı zamanda doğru hayat tarzı modifikasyonuna ayak uydurma girişimini zorlaştırır bu durum hastalıkla etkisiz baş etme sonucunu doğurabilir. Stresi bütünüyle elimine edilmese de doğru şekilde yönetilerek hasta istenmeyen etkilerden muhafaza edilebilir (Şimşek ve Alpar, 2020). Hemşireler, kronik hastalığa sahip bireylerin etkili hastalık yönetimi sağlamaları için gerekli emosyonel desteği sağlar. Bu destek hastada etkili stres yönetiminin gelişmesini sağlar. Bilgi gereksinimini giderme, bireyin ailesini hastalık yönetimine dahil etme ve doğru hayat tarzı alışkanlıklarını kazandırma sağlanacak emosyonel desteğin bileşenleridir ve hemşirenin bakım verici rolünün bir gereğidir (Aydemir ve Çetin, 2019).

2.13. Başa Çıkma Tutumları

İnsanoğlu doğduğu andan hayatının sonuna dek çeşitli problemlerle karşılaşmaktadır. Başa çıkma, ömür boyunca insanların problemleri yönetmede kullandığı önemli bir kabiliyettir (Bedel ve Kutlu, 2018). Başa çıkma kavramı psikolojide ve literatürde uzun yıllar yer tutan ve tartışma konusu olan bir kavramdır. Gündelik hayatta stres oluşturma potansiyeli bulunan faktörleri ortadan kaldırma ve mücadele etme gayesiyle kişinin sergilediği davranışsal yanıt "başa çıkma" olarak tanımlanır (Carver ve Connor-Smith, 2010). Lazarus ve Folkman'dan (1984) aktarıldığına göre başa çıkma,

olumsuz bir olay ya da durumla karşılaştığında kişinin hakimiyeti dışına çıkan uyarıları ve arzuları saf dışı bırakmak amacıyla gösterilen gayrettir (Tekin vd., 2019). Stres yaratan olayların ya da faktörlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için belirli başa çıkma stratejilerinin kullanılması evrensel bir yaklaşımdır (Eşlik ve Çetinkaya, 2019). Bireylerin ciddi hastalık yüküyle nasıl başa çıktıklarını anlamak için başa çıkma teorileri sıklıkla kullanılmıştır. Başa çıkma modeline göre, birey yaşadığı sorunu deneyimlerine, kültürlerine ve kişiliğine göre değerlendirmeye alır. İkincil değerlendirme yapılırken birey sorunla ilgili atılabilecek adımları sorgular ve geliştirdiği stratejileri kullanır. İki çeşit başa çıkma teorisi mevcuttur. Birincisi sorunlarla yüzleşerek aktif stratejilerin geliştirildiği yaklaşımca başa çıkma yöntemidir. En sık kullanılan başa çıkma yöntemidir. Direkt olarak yaşanan sorunun kendisine yönelik verilen mücadeledir. Daha organize, tecrübeye ve akla dayalı yanıtlar ortaya koyulur. İkincisi ise sorunlarla yüzleşmekten kaçınılan ve pasif stratejilerin kullanıldığı kaçınmacı başa çıkma yöntemidir. Nispeten daha az kullanılan başa çıkma yöntemidir. Burada izlenen yol stresörler ve dış uyaranlar karşısında birey yaşayacağı negatif hisleri önlemeye çalışmaktadır. Birey sorunla başa çıkmada doğrudan soruna yönelme, çözüm için yardım arayışına girme, içine atma veya ilahi varlıklara odaklanıp teslimiyetçilik sergileme gibi yollar izleyebilmektedir (Head vd., 2017; Savcı ve Aysan, 2014). Başa çıkma tutumlarını Billings ve Moos ise üç farklı kategoride tanımlamıştır. Birincisi aktif davranışsal tutumlardır. Yapılan eylemler sorunla doğrudan mücadele etmeye yöneliktir. İkincisi aktif bilişsel tutumlardır. Burada stres etkeni olan sorun analiz edilir. Üçüncüsü ise kaçınmaya dayalı tutumlardır. Var olan stresi azaltmak ve problemlerden kaçınmak için aşırıya kaçma gibi davranış değişiklikleri gözlenir (Dicle ve Ersanlı, 2015). İnsanların stresli durumlara verdikleri tepki ve davranış biçimi olan başa çıkma stratejileri sorunu hafifletir ve duygusal stres düzeyini azaltır (Eşlik ve Çetinkaya, 2019). Stres ya da kronik hastalık gibi durumlarda bireyin karşılaşacağı olumsuzluklardan kaynaklanabilecek zararı en aza indirmek için başa çıkma tutumları önemli rol oynar (Savcı ve Aysan, 2014). Bireyler gündelik hayatta karşılaştıkları çeşitli olumsuzluklarla mücadele etmek ve iyilik halini sürdürmek için başa çıkma yöntemlerine başvururlar. Birey yaşanan olumsuzluklarla başa çıkmak için pozitif bakış açısı ve sosyal desteğe başvurma gibi güçlü argümanlar kullanabilir. Çaresizlik içine girme ve mutlak kabulleniş gösterme ise etkisiz başa çıkma yöntemleri olarak görülmektedir (Tekin vd., 2019). Uyumlu başa çıkma stratejileri; kendi kendine

talimat verme, danışman veya arkadaş gibi destekleyici kişilerden yardım isteme, meditasyon yapma, günlük tutma, egzersiz yapmayı içerebilmektedir. Uyumsuz başa çıkma stratejileri ise duyarlılaştırma, ruminasyon, kaçınma ve sigara, alkol ve kendi kendine ilaç alma gibi sağlıksız davranışlar olarak tanımlanabilir. Uyumlu başa çıkma bireylerin daha iyi işlev görmesine neden olurken uyumsuz başa çıkma teknikleri sorunu sürdürüp güçlendirmektedir (Roohafza vd., 2021). Kişinin öz yeterlilik düzeyi başa çıkmada oldukça önemlidir. Eğer kişi sorunlarla başa çıkmak için hiçbir şey yapamayacağına inanıyorsa, stres ve kaygısını azaltmak için kaçınma gibi duygusal ve etkisiz başa çıkma stratejilerini kullanır (Eşlik ve Çetinkaya, 2019). Kronik hastalıkların hayata negatif yansımalarına birey razı olur ve çözüm için akılcı stratejiler geliştirir ise hastalık sürecini daha az depresif atlatır. Böylelikle etkili bir başa çıkma mekanizması gelişmektedir. Var olan bir durumu inkâr etme ve hastalık yönetimine dahil olmama ise depresyonu tetiklediği gibi etkisiz başa çıkmayı beraberinde getirir (Özarslan vd., 2013).

2.13.1. Koroner Arter Hastalığı ve Başa Çıkma Tutumları

Başta çıkma stratejilerinin bulaşıcı olmayan hastalıklar üzerindeki etkilerine ilişkin birçok çalışma olmasına rağmen, KVH'lara ilişkin literatürdeki çalışmalar sınırlıdır. Toplumda kardiyovasküler olayların artması ve kalp hastalıklarının artan insidansı önemli bir risk faktörü olduğuna inanılmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında, başa çıkma stratejileri ve KVH üzerindeki etkileri hakkında bilgi edinmek değerli görülmektedir. Kardiyovasküler olaylarda birincil önleme olarak başa çıkma stratejilerinin tanıtılması ve hastaların başa çıkma stratejilerinin kullanımı konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (Roohafza vd., 2021). KVH ile başa çıkmalarını destekleyen stratejilere sahip hastalar, gelişmiş refah seviyeleri de dahil olmak üzere daha iyi sonuçlar elde edebilir (Brannon vd., 2013). Kardiyovasküler hastalar genellikle hastalığın neden olduğu semptomatik etkileri azaltmak adına başa çıkma yöntemlerine başvurur. Farmakolojik yöntemler ve istirahat etme bu yöntemlerden bazılarıdır. Kardiyovasküler hasta grubunda negatif duygulanıma sahip bireylerin başa çıkma tutumlarındaki etkisizlik ön plana çıkmaktadır. Problemi çözmekten kaçınma ve durumu kabullenmeme gibi davranışlar etkisiz başa çıkmayı beraberinde getirmektedir. Koroner arter hastalarında AKS sonrasında gelişebilecek posttravmatik stres de bir tür başa çıkma mekanizmasıdır. İskemik atak sonrasında gelişen stresin nedeni genellikle hastalık belirtilerine umarsız kalma ve kabullenmemekten

kaynaklanmaktadır (Keskin ve Gümüş, 2012). Etkisiz başa çıkma stratejileri tedaviye uyumu tehlikeye atabilir ve hastalığa ilişkin sonuçları etkileyebilir. Etkili başa çıkma tutumlarını destekleyen stratejilere sahip hastalar, KVH ile mücadelede daha etkin sonuçlar elde etmektedir (Mickelson ve Holden, 2018). Etkili başa çıkma davranışlarını kazandırmak için çeşitli stratejiler belirlenmiştir. Örneğin De Ridder ve arkadaşları (2008) hastaları desteklemek için dört strateji belirlemiştir. Birincisi; mümkün olduğunca aktif kalmak, ikincisi; hastalık semptomlarını yönetmek, üçüncüsü; duygularını ifade etmek, dördüncüsü; olumlu sonuçlara odaklanmak ve umut etmektir. Bu stratejiler hastaların kişisel, ailevi, toplumsal, sosyoekonomik, kültürel, ruhani veya dini ve çevresel faktörleri de içeren bağlamlarından etkilenebilir. Farklı toplumlardaki hastaların KVH dahil olmak üzere kronik hastalıklarla nasıl başa çıktıklarını anlamak önemlidir. Böyle bir yaklaşım, KVH için özel destek ve müdahalelerin geliştirilmesini sağlayacaktır (Kalantarzadeh vd., 2021). KAH'ın depresyon, anksiyete ve stresle ilişkisi bilindiğinden psikososyal sorunlarla başa çıkma yöntemleri de geliştirilmelidir (Çelik vd., 2022). Hastalıkla başa çıkmanın önemine vurgu yapılmasına rağmen, bazı hastalar umutlarını kaybettiklerini ve sonuç olarak hastalığın ilerlemesiyle inançlarının sarsıldığını bildirmiştir. Bazı hastalar hastalıklarını "ilahi kader" olarak görmekte ve yaşam tarzlarını değiştirmeyi reddetmektedir (Kalantarzadeh vd., 2021). Olumsuz başa çıkma yöntemlerinden olan kaçınmanın AKS sonrası gelişebilecek anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Yamaguchi vd., 2020). KVH hastaları için olumlu bir başa çıkma stratejisi olarak sağlık ve öz bakıma öncelik vermenin önemini vurgulanmıştır. Bu öncelik, kronik hastalığı olan kişilerde genellikle öz bakıma yönelik olumlu ve motivasyonel bir tutumu yansıtan ve anksiyetede azalmaya yol açabilen bilgi arayışını ve başa çıkma tutumlarını içerebilmektedir (Najafi Ghezalje ve Emami, 2014). Yapılan farklı bir çalışmanın bulgularına göre, semptomları da dahil olmak üzere KVH hakkında bilgi arayan hastaların sağlıkla ilgili semptomlarını daha etkili bir şekilde yönetme olasılığının yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastaların bunu başarmasının önemli bir yolu, yaşam tarzlarında değişiklikler yapmak ve kısıtlamalarla başa çıkmalarıdır. Böylece daha iyi bir yaşam tarzı elde etmelerine yardımcı olan öz bakım faaliyetleri gerçekleştirilerek başa çıkma tutumları güçlenebilir. Bu bulgular başa çıkma stratejilerinin, yaşam tarzı değişiklikleri ile insanların günlük yaşam aktivitelerine devam etmelerine yardımcı olduğunu ortaya koyan diğer çalışmalarla da desteklenmektedir. Abshire vd. (2016), bir kişi sağlık durumu üzerinde daha fazla

kontrole sahip olduğunda, sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya daha fazla odaklandıkça yaşam önceliklerinin değişeceğini öne sürmektedir (Kalantarzadeh vd., 2021). Aktif başa çıkma tarzlarına sahip hastaların hastalıklarına karşı daha sağlıklı bir duygusal uyum sağladıkları görülmektedir. Aktif başa çıkma tarzlarının hastaların bilgi arama ve tıbbi karar verme süreçleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yaklaşımcı başa çıkma stratejisinin önemli ölçüde azalmasının inme ve KVH mortalitesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Spesifik başa çıkma davranışları olan hayal kurma ve olumlu değerlendirmenin KVH insidansı ve KAH mortalitesi ile ilişkisi bulunmuştur. Başa çıkmanın kardiyovasküler olaylar için risk faktörü olan HT ve aşırı kilo/obezite ile ilişkili bulunduğu saptanmıştır (Shimanoe vd., 2015). Yapılan bir çalışmada da buna paralel olarak yaklaşım odaklı başa çıkanların aşırı kilolu olma, hipertansif olma, diyabet öyküsü olma veya herhangi bir ilaç kullanma olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Kaçınma odaklı başa çıkma stratejisinin kullanımında ise hipertansif bireyler arasında artan KAH mortalite riski ile ilişkilendirilmiştir (Svensson vd., 2016). KVH risk faktörleri önceden mevcut olan hastalarda kaçınma başa çıkma stratejisinin kardiyovasküler hastalar arasında daha yüksek mortalite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Başa çıkma stratejilerinin KVH üzerindeki doğrudan etkisinin yanı sıra, kan basıncı ve aşırı kilo/obezite gibi bazı kardiyovasküler risk faktörlerini etkileyerek KVH üzerinde dolaylı etkileri de olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, başa çıkma stratejileri ile beslenme ve içme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleri arasındaki ilişki de belirtilmiştir (Roohafza vd., 2021). Çalışmalardan elde edilen veriler ışığında başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi yaşam tarzı alışkanlıklarını, tarama programlarına katılım oranlarını ve tedaviye uyumu iyileştirebileceği gösterilmektedir (Svensson vd., 2016). KAH'da aile bakımının hastalıkla başa çıkma tutumları üzerindeki pozitif etkisi vurgulanmıştır. Bu sebeple sağlık profesyonelleri hastanın ailesini bakıma dahil etmesi ve başa çıkma stratejilerine teşvik etmesi önerilmektedir (Li-Xia vd., 2022).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte olan bu çalışma koroner arter hastalarında D tipi kişiliğin, algılanan sosyal desteğin, psikolojik durumun ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, İstanbul ilindeki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15 Mayıs 2023 - 13 Ocak 2024'ü barındıran zaman aralığında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştiği Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji Kliniklerinde toplamda 160 yatak, 45 Hemşire, 5 Sorumlu Hemşire, 25 Klinik Destek Personelinin yanı sıra Uzman ve Asistan Kardiyologlar bulunmaktadır.

3.3. Çalışmanın Örneklemi ile Evreni

Çalışmanın evreni, çalışmanın gerçekleşeceği hastanede ve tarih aralığında Kardiyoloji kliniğine müracaat ederek tedavisini bu birimde sürdüren hastalardır. Çalışmanın örneklemini, çalışmanın yapılacağı kurumda ve zaman kesitinde Kardiyoloji polikliniği/kliniğinde tedavisini sürdüren ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 251 hasta oluşturmuştur. Mevcut örneklem sayısı (n=251) için GPower programının 3.1 sürümü ile uygulanan analizde %90 güç, 0,05 hata payı ile etki büyüklüğü 0,20 olarak saptandı.

Çalışmada yer alma şartları

- Kendi rızasıyla araştırmaya dahil olmak
- En az 18 yaş ve üzerinde olmak
- Koroner arter hastalığı tanısı almış olmak
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterlikte olmak
- İletişim sorunu bulunmamak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler.

Bağımlı değişkenler: D tipi kişilik, algılanan sosyal destek, psikolojik durum ve başa çıkma tutumları.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), D Tip Kişilik Ölçeği (Ek 2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 3), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) (Ek 4), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) (Ek 5) ile toplandı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bu form, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, meslek, gelir-gider durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler) ile sigara kullanımı, alkol kullanımı, beden kitle indeksi, hastalık tanısı, hastalığın tanı süresi, eşlik eden hastalıklar, ailede kalp hastalığı öyküsü durumu gibi tıbbi bilgileri içeren 18 sorudan oluşmaktadır (Annaç, 2018; Sakman, 2019; Serçin Bayındır, 2021).

3.5.2. D Tip Kişilik Ölçeği (Ek 2)

Negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklüğü ölçmek için Denollet (2005) tarafından geliştirilmiştir. Öncü ve Köksoy Vayisoğlu (2018) tarafından ölçeğin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bireylerin öznel değerlendirmesine dayalı, 5’li likert tipte 14 maddelik ölçek, negatif duygulanım (2,4,5,7,9,12,13) ve sosyal içe dönüklüğü (1,3,6,8,10,11,14) ölçen 2 alt boyut içermekte, 1 ve 3. maddeler ters kodlanmaktadır. Her ifade ‘yanlış, kısmen yanlış, kararsızım, kısmen doğru, doğru’ şeklinde 0-4 puan olarak puanlanmaktadır. Alt boyutlar 0-28 arasında değer alabilmektedir. Alt boyutlarda puan kesim noktası ≥ 10 dur. Her iki alt gruptan da 10 puan ve üzeri alan katılımcılarda D tipi kişiliğin varlığından söz edilmektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına göre Cronbach alfa katsayısı Negatif Duygulanım için 0,85, Sosyal İçe Dönüklük için 0,76 olarak bulunmuştur (Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2018). Bu çalışmada Negatif Duygulanım için 0,65, Sosyal İçe Dönüklük için 0,70 olduğu saptanmıştır.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 3)

Sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak ölçmek amacıyla Zimet vd. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik-güvenirliliği ilk olarak Eker vd. (1995) tarafından yapılmıştır. 12 sorudan oluşan 7’li likert tipi bir ölçektir. “Kesinlikle hayır”, “kesinlikle evet” arasında değişen ölçek 3 alt boyuttan oluşup her alt boyut 4 maddedir. Bu alt boyutlar; aile, arkadaş, özel kişi desteği ile ilgili soruları içermektedir. Aile alt

boyutuna ait sorular 3., 4., 8. ve 11. maddeler; arkadaş alt boyutuna ait sorular 6., 7., 9. ve 12. maddeleri ve özel bir birey alt boyutuna ait sorular 1., 2., 5. ve 10. maddelerdir. Her alt boyutta yer alan maddelerin puanları toplanarak alt boyut puanı ve 3 alt boyutunun puanlarının toplanmasıyla da ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilen puanlar; en düşük 4 puan, en yüksek 28 puandır. Tüm ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Toplanan puanların yüksek olması algılanan sosyal desteğin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur (Eker vd., 2001). Bu çalışmada 0,68 olduğu saptanmıştır.

3.5.4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) (Ek 4)

Depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek için Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Sarıçam (2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. “Hiçbir zaman”- “her zaman” seçenekleri arasında değişen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları depresyon (3,5,10,13,16,17 ve 21. maddeler), anksiyete (2,4,7,9,15,19 ve 20. maddeler) ve stresten (1,6,8,11,12,14 ve 18. maddeler) oluşmaktadır. Sorulara verilen cevapların puanı arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyi artmaktadır. Kişinin depresyon alt belirteçlerinde beş puan ile üzeri, anksiyeteden dört puan ve üstü, stresten sekiz puan ve üstü alması ait olan problemi taşıdığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı Depresyon alt boyutu için 0,87, Anksiyete alt boyutu için 0,85 ve Stres alt boyutu için 0,81 olarak bulunmuştur (Sarıçam, 2018). Bu çalışmada Depresyon için 0,75, Anksiyete için 0,73 ve Stres için 0,71 olduğu saptanmıştır.

3.5.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) (Ek 5)

Bireylerin başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla Carver, Scheier ve Weintraub (1989) tarafından 15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilen Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Miron Zuckerman ve Marylene Gagne (2003) tarafından Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 faktör ve 40 madde olarak revizyon edilmiştir. Revizyon edilen ölçek Ersanlı ve Dicle (2015) tarafından “Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza” isimleri ile 5 faktör, 32 madde olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Uyarlanan ölçekte maddeler puanlanırken “Asla Böyle Yapmam” için 1, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2, “Böyle

Yaparım” için 3, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4 puan verilmektedir. Uyarlanan ölçekte de olumsuz madde yoktur. Uyarlanan ölçekte de alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan 32’dir. Ölçekten alınan yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük olması anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,97 olduğu belirlenmiştir (Dicle ve Ersanlı, 2015). Bu çalışmada 0,70 olduğu saptanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından, araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara veri toplama araçları verilip yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanı sıra cevapların homojenlik durumları Kolmogorov-Smirnov metodu ile analizi yapılmıştır. Çift bağımlı olmayan değişkenin test edilmesi amacıyla Mann-Whitney U, ikinin üzerinde bağımlı olmayan değişkenlerin test edilmesi amacıyla Kruskal Wallis ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Saptanan verilerin anlamlı olma seviyesi %5 ve güvenirlilik düzeyinin aralığı %95 olarak değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi’nin Etik Kurul Başkanlığı’ndan çalışmayı gerçekleştirmek için (2023/01 sayılı ve 27.01.2023 tarihli) onay (Ek 6) alınmıştır. Çalışmanın yürütüleceği eğitim ve araştırma hastanesinden çalışma yapılmasına ilişkin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden (10.05.2023 tarih ve 215138065 sayı) araştırma izni (Ek7) alınmıştır. Çalışmaya katılan bütün bireylere çalışmaya başlamadan evvel çalışmanın amacının ifade edilmesinin ardından aydınlatılmış onam (Ek 8) metni kullanılarak bireylerin rızası alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

Hastaların yaş ortalaması 61,48±13,45 yıl, tanı süresi (yıl) ortalama 1,02±0,15, BKİ ortalaması 27,94±5,56, %72,5'i erkek, %93,6'sı evli, %49'u ilkokul, %95,6'sının çocuğu bulunmakta, %79,7'si çalışmamakta, %45,8'i emekli, %50,2'sinin geliri gidere eşit, %63,7'si eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %62,9'u sigara ve %85,7'si alkol tüketmemektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
Yaş		61.48±13.45	19-92 (62)
Hastalık Tanı Süresi (yıl)		1.02±0.15	1-2 (1)
Beden Kütle İndeksi		27.94±5.56	15.12-55.7 (27.34)
		n	%
Cinsiyet	Kadın	69	27.5
	Erkek	182	72.5
Medeni Durum	Evli	235	93.6
	Bekar	16	6.4
Eğitim Durum	Okuryazar Değil	22	8.8
	İlkokul	123	49.0
	Ortaokul	35	13.9
	Lise	41	16.3
	Üniversite	30	12.0
Çocuk Varlığı	Var	240	95.6
	Yok	11	4.4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	51	20.3
	Çalışmıyor	200	79.7
Meslek Grupları	Emekli	115	52.3
	Ev hanımı	52	23.6
	Esnaf	27	12.3
	Diğer	26	11.8
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	98	39.0
	Gelir Gidere Eşit	126	50.2
	Gelir Giderden Fazla	27	10.8
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	13	5.2
	Eşi	71	28.3
	Eşi ve Çocukları	160	63.7
	Anne/Baba	7	2.8
Sigara Kullanım Durumu	Evet	93	37.1
	Hayır	158	62.9
Alkol Kullanım Durumu	Evet	36	%14.3
	Hayır	215	%85.7

Hastaların %97,6'sının hastalık tanısı MI, %55'i (n=138) daha önce MI geçirmiş, %46,2'sinin ailesinde kalp hastalığı bulunmakta, %64,5'inde ek kronik hastalık bulunmakta, %52,5'sinin ek kronik hastalığı diyabettir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2: Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri

		N	%
Hastalık Tanısı	MI	245	97.6
	Anjina Pektoris	6	2.4
Daha Önce MI Geçirme Durumu	Evet	138	55.0
	Hayır	113	45.0
Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumu	Yok	135	53.8
	Var	116	46.2
Eşlik Eden Ek Kronik Hastalık Durumu	Yok	89	35.5
	Var	162	64.5
Eşlik Eden Ek Kronik Hastalık*	Astım	68	42.0
	Hipertansiyon	46	28.4
	Diyabet	85	52.5
	Kalp Hastalıkları	8	4.9
	Tiroit	3	1.9
	Böbrek	4	2.5
	Kanser	4	2.5

* Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir / MI: Miyokard İnfarktüsü

4.2. D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Bulguları

Hastaların Negatif Duygulanım ortalaması 11,01±5,44, Sosyal İçer Dönüklük ortalaması 12,61±5,46, Özel Kişi Desteği ortalaması 25,79±3, Aile Desteği ortalaması 22,85±4,74, Arkadaş Desteği ortalaması 25,29±3,41, ÇBASDÖ ortalaması 73,93±9,79, Depresyon ortalaması 5,23±3,06, Anksiyete ortalaması 7,68±3,88, Stres ortalaması 7,4±3,43, Kendine Yardım ortalaması 17,3±4,88, Yaklaşım ortalaması 24,96±3,57, Uyum Sağlama ortalaması 23,34±3,81, Sakınma Kaçınma ortalaması 13,08±4,18, Kendine Ceza ortalaması 20,01±3,64, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ortalaması 98,69±10,12'dir. Hastaların %67,7'si D Tipi Kişilik özelliğine sahiptir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Değerlendirmeleri

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
D Tip Kişilik Ölçeği	Negatif Duygulanım	11.01±5.44	0-28 (10)
	Sosyal İçer Dönüklük	12.61±5.46	1-28 (12)
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Özel Kişi Desteği	25.79±3	12-28 (27)
	Aile Desteği	22.85±4.74	8-28 (23)
	Arkadaş Desteği	25.29±3.41	6-28 (26)
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		73.93±9.79	36-84 (75)
Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği	Depresyon	5.23±3.06	0-20 (5)
	Anksiyete	7.68±3.88	0-21 (8)
	Stres	7.4±3.43	0-19 (7)
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Kendine Yardım	17.3±4.88	6-24 (17)
	Yaklaşım	24.96±3.57	7-28 (26)
	Uyum Sağlama	23.34±3.81	7-28 (24)
	Sakınma Kaçınma	13.08±4.18	1-26 (13)
	Kendine Ceza	20.01±3.64	10-24 (21)
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği		98.69±10.12	58-124 (100)
		n	%
D Tipi Kişilik Grubu	D Tipi Olmayan Kişilik	81	32.3
	D Tipi Kişilik	170	67.7

4.3. Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Ölçüm Karşılaştırma Bulguları

Kadınların Negatif Duygulanım, Sosyal İçer Dönüklük, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Kendine Ceza değerinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Cinsiyete Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Kadın	12.14±5.29	2-28 (12)	0.017*
	Erkek	10.58±5.45	0-28 (10)	
Sosyal İçer Dönüklük	Kadın	13.64±5.57	2-28 (13)	0.039*
	Erkek	12.23±5.38	1-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Kadın	25.63±3.02	15-28 (27)	0.526
	Erkek	25.85±3	12-28 (27)	
Aile Desteği	Kadın	22.81±4.86	11-28 (23)	0.937
	Erkek	22.87±4.71	8-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Kadın	25.37±3.19	15-28 (26)	0.815
	Erkek	25.26±3.5	6-28 (26.5)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Kadın	73.81±9.7	46-84 (74.5)	0.795
	Erkek	73.97±9.85	36-84 (75.5)	
Depresyon	Kadın	6.13±3.34	1-20 (6)	0.003*
	Erkek	4.89±2.88	0-19 (5)	
Anksiyete	Kadın	9.23±4.26	0-20 (9)	0.001*
	Erkek	7.09±3.57	0-21 (7)	
Stres	Kadın	7.54±3.46	1-17 (7)	0.763
	Erkek	7.35±3.43	0-19 (7)	
Kendine Yardım	Kadın	17.23±4.93	6-24 (18)	0.959
	Erkek	17.33±4.88	7-24 (17)	
Yaklaşım	Kadın	25.39±2.5	18-28 (26)	0.748
	Erkek	24.79±3.9	7-28 (26)	
Uyum Sağlama	Kadın	23.19±3.52	14-28 (24)	0.479
	Erkek	23.4±3.92	7-28 (24)	
Sakınma Kaçınma	Kadın	12.55±4.44	1-21 (13)	0.287
	Erkek	13.28±4.08	5-26 (13)	
Kendine Ceza	Kadın	21.04±3.2	12-24 (21)	0.006*
	Erkek	19.62±3.73	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Kadın	99.41±10.09	77-121 (99)	0.861
	Erkek	98.42±10.14	58-124 (100)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Evli bireylerde Negatif Duygulanım, Sosyal İçer Dönüklük, Depresyon, Uyum Sağlama değerinin bekarlara göre düşük olması anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5: Medeni Duruma Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Evli	10.77±5.36	0-28 (10)	0.007*
	Bekar	14.5±5.54	7-28 (13)	
Sosyal İçe Dönüklük	Evli	12.2±5.24	1-28 (12)	0.001*
	Bekar	18.63±5.26	10-26 (19.5)	
Özel Kişi Desteği	Evli	25.94±2.73	15-28 (27)	0.063
	Bekar	23.5±5.27	12-28 (25)	
Aile Desteği	Evli	22.83±4.78	8-28 (23)	0.907
	Bekar	23.13±4.18	10-28 (23.5)	
Arkadaş Desteği	Evli	25.32±3.4	6-28 (26.5)	0.279
	Bekar	24.81±3.66	15-28 (26)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evli	74.1±9.67	36-84 (75)	0.320
	Bekar	71.44±11.51	37-84 (73.5)	
Depresyon	Evli	5.05±2.78	0-20 (5)	0.008*
	Bekar	7.94±5.17	0-19 (8)	
Anksiyete	Evli	7.53±3.81	0-20 (7)	0.052
	Bekar	9.88±4.36	4-21 (8)	
Stres	Evli	7.27±3.28	0-17 (7)	0.115
	Bekar	9.38±4.9	2-19 (9)	
Kendine Yardım	Evli	17.3±4.94	6-24 (17)	0.932
	Bekar	17.38±4.05	11-24 (17)	
Yaklaşım	Evli	25±3.47	9-28 (26)	0.479
	Bekar	24.25±4.91	7-28 (25)	
Uyum Sağlama	Evli	23.24±3.69	9-28 (24)	0.011*
	Bekar	24.81±5.21	7-28 (27)	
Sakinme Kaçınma	Evli	12.96±4.19	1-26 (13)	0.090
	Bekar	14.81±3.89	9-20 (14.5)	
Kendine Ceza	Evli	20.02±3.61	10-24 (21)	0.993
	Bekar	19.88±4.16	11-24 (21.5)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Evli	98.52±9.83	67-124 (100)	0.088
	Bekar	101.13±13.93	58-115 (104)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Anksiyete düzeyinde öğrenim özelliklerine göre anlamlı derecede değişiklik saptanmıştır. Okuryazar olmayanların anksiyete düzeyinin, liselilerden daha fazla görülmesinin anlamlı olduğu saptanmıştır. İlkokul grubunun anksiyete değerinin liselere göre yüksekliği ise anlamlı olarak saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Okuryazar Değil ^a	11.5±4.84	3-24 (11.5)	0.883
	İlkokul ^b	10.78±5.42	0-28 (10)	
	Ortaokul ^c	10.97±5.84	3-28 (10)	
	Lise ^d	11.51±5.52	2-24 (10)	
	Üniversite ^e	10.93±5.64	3-28 (10.5)	
Sosyal İçer Dönüklük	Okuryazar Değil ^a	13.82±5.61	4-24 (12.5)	0.689
	İlkokul ^b	12.55±5.93	1-28 (12)	
	Ortaokul ^c	12.09±5.26	4-28 (11)	
	Lise ^d	12.78±4.77	4-25 (12)	
	Üniversite ^e	12.37±4.55	4-24 (12)	
Özel Kişi Desteği	Okuryazar Değil ^a	26.45±2.86	20-28 (28)	0.597
	İlkokul ^b	25.84±2.67	17-28 (27)	
	Ortaokul ^c	25.51±3.57	13-28 (27)	
	Lise ^d	25.68±3.04	17-28 (27)	
	Üniversite ^e	25.53±3.66	12-28 (27)	
Aile Desteği	Okuryazar Değil ^a	22.86±5.69	11-28 (24)	0.915
	İlkokul ^b	22.89±4.66	8-28 (23)	
	Ortaokul ^c	22.43±4.89	10-28 (22)	
	Lise ^d	23.39±4.42	13-28 (24)	
	Üniversite ^e	22.43±4.79	10-28 (22.5)	
Arkadaş Desteği	Okuryazar Değil ^a	25±4.57	12-28 (28)	0.965
	İlkokul ^b	25.36±3.37	6-28 (26)	
	Ortaokul ^c	25.34±3.08	16-28 (26)	
	Lise ^d	25.49±2.98	18-28 (27)	
	Üniversite ^e	24.87±3.72	15-28 (26)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Okuryazar Değil ^a	74.32±12.45	45-84 (79)	0.887
	İlkokul ^b	74.1±9.54	36-84 (75)	
	Ortaokul ^c	73.29±9.27	56-84 (74)	
	Lise ^d	74.56±8.77	55-84 (76)	
	Üniversite ^e	72.83±11.06	37-84 (74)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Depresyon	Okuryazar Değil ^a	6.55±2.84	2-13 (6)	0.057
	İlkokul ^b	5.14±2.39	0-11 (6)	
	Ortaokul ^c	5.4±4.03	0-16 (5)	
	Lise ^d	5.05±3.78	0-20 (5)	
	Üniversite ^e	4.7±3.21	0-19 (4.5)	
Anksiyete	Okuryazar Değil ^a	8.73±3.34	3-18 (9)	0.015* a>d b>d
	İlkokul ^b	8.11±3.82	0-20 (8)	
	Ortaokul ^c	7.46±3.91	0-19 (8)	
	Lise ^d	6.24±3.96	0-20 (6)	
	Üniversite ^e	7.33±4	1-21 (60)	
Stres	Okuryazar Değil ^a	7.41±3.08	2-15 (7)	0.575
	İlkokul ^b	7.04±3.08	0-16 (7)	
	Ortaokul ^c	7.97±3.67	0-15 (7)	
	Lise ^d	7.63±4.13	0-19 (8)	
	Üniversite ^e	7.9±3.74	0-19 (8)	
Kendine Yardım	Okuryazar Değil ^a	15.91±5.02	6-24 (16)	0.692
	İlkokul ^b	17.6±4.83	7-24 (18)	
	Ortaokul ^c	17.51±4.87	7-24 (17)	
	Lise ^d	17.1±4.85	8-24 (16)	
	Üniversite ^e	17.13±5.2	7-24 (18)	
Yaklaşım	Okuryazar Değil ^a	24.95±2.44	20-28 (26)	0.222
	İlkokul ^b	25.26±3.46	9-28 (26)	
	Ortaokul ^c	24.6±3.57	15-28 (26)	
	Lise ^d	25.1±3.7	12-28 (26)	
	Üniversite ^e	23.93±4.47	7-28 (25)	
Uyum Sağlama	Okuryazar Değil ^a	23.09±3.61	15-28 (23.5)	0.236
	İlkokul ^b	23.86±3.41	14-28 (24)	
	Ortaokul ^c	23.03±3.33	13-28 (23)	
	Lise ^d	23.22±4.37	9-28 (24)	
	Üniversite ^e	21.9±4.88	7-28 (22)	
Sakinme Kaçınma	Okuryazar Değil ^a	14.23±4.71	6-21 (15)	
	İlkokul ^b	12.8±3.78	6-21 (13)	
	Ortaokul ^c	12.54±3.7	6-19 (13)	
	Lise ^d	13.37±5.06	1-26 (14)	
	Üniversite ^e	13.63±4.6	6-21 (13.5)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Kendine Ceza	Okuryazar Değil ^a	20.55±3.04	14-24 (20.5)	0.224
	İlkokul ^b	20.24±3.45	11-24 (21)	
	Ortaokul ^c	18.97±4.15	10-24 (19)	
	Lise ^d	19.17±4.27	10-24 (20)	
	Üniversite ^e	21.07±2.89	13-24 (21)	
Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Okuryazar Değil ^a	98.73±8.54	84-115 (98.5)	0.508
	İlkokul ^b	99.76±9.59	68-121 (101)	
	Ortaokul ^c	96.66±9.5	78-115 (97)	
	Lise ^d	97.95±11.22	67-124 (100)	
	Üniversite ^e	97.67±12.35	58-115 (101.5)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Çocuğu olan grubunun özel kişi desteği değerinin, olmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuğu olan grubunun depresyon değerinin, olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.7).

Çalışan grubunun Anksiyete değerinin, çalışmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur Çalışan grubunun Yaklaşım değerinin, çalışmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.8).

Gelir durumuna göre Depresyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Gelir giderden az grubunun Depresyon değerinin, gelir gidere eşit bulunanlara kıyasla daha fazla görülmesi istatistik açısından anlamlı saptanmıştır. Gelir giderden az grubunun Depresyon değerinin, gelir giderden yüksek görülenlere kıyasla fazla bulunması istatistik açısından anlamlı olarak saptanmıştır. Gelir düzeyine göre Anksiyete puanında anlamlı derecede değişiklik mevcuttur. Gelir giderden az grubunun Gelir düzeyinin giderden daha fazla olanlara göre Anksiyete düzeyinin fazla görülmesi istatistik açısından anlamlı olduğu saptanmıştır. Gelir gidere eşit grubunun Anksiyete değerinin, gelir giderden yüksek görülenlere kıyasla fazla olması istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.7: Çocuk Varlığına Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Var	10.85±5.34	0-28 (10)	0.053
	Yok	14.55±6.64	6-28 (12)	
Sosyal İçe Dönüklük	Var	12.55±5.45	1-28 (12)	0.303
	Yok	14.09±5.59	6-26 (14)	
Özel Kişi Desteği	Var	25.91±2.84	13-28 (27)	0.017*
	Yok	23.09±4.89	12-28 (24)	
Aile Desteği	Var	22.85±4.71	8-28 (23)	0.712
	Yok	23±5.57	10-28 (24)	
Arkadaş Desteği	Var	25.38±3.31	6-28 (27)	0.141
	Yok	23.18±4.98	15-28 (26)	
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Var	74.14±9.53	36-84 (75)	0.303
	Yok	69.27±14.24	37-84 (74)	
Depresyon	Var	5.03±2.73	0-20 (5)	0.005*
	Yok	9.64±5.73	2-19 (9)	
Anksiyete	Var	7.67±3.82	0-20 (8)	0.861
	Yok	7.91±5.32	2-21 (7)	
Stres	Var	7.34±3.27	0-17 (7)	0.612
	Yok	8.73±6.03	0-19 (9)	
Kendine Yardım	Var	17.36±4.89	6-24 (17.5)	0.332
	Yok	16±4.8	8-23 (16)	
Yaklaşım	Var	25.07±3.4	9-28 (26)	0.099
	Yok	22.55±6.09	7-28 (24)	
Uyum Sağlama	Var	23.44±3.63	9-28 (24)	0.348
	Yok	21.18±6.46	7-28 (24)	
Sakınma Kaçınma	Var	13.06±4.15	5-26 (13)	0.465
	Yok	13.45±5.13	1-20 (14)	
Kendine Ceza	Var	20.06±3.64	10-24 (21)	0.275
	Yok	18.91±3.7	13-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Var	98.99±9.72	67-124 (100)	0.182
	Yok	92.09±15.9	58-112 (97)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Tablo 4.8: Çalışma Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Çalışıyor	11.61±5.46	2-24 (11)	0.267
	Çalışmıyor	10.86±5.44	0-28 (10)	
Sosyal İçe Dönüklük	Çalışıyor	13.18±5.11	4-26 (13)	0.298
	Çalışmıyor	12.47±5.55	1-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Çalışıyor	25.65±3.1	13-28 (27)	0.411
	Çalışmıyor	25.82±2.98	12-28 (27)	
Aile Desteği	Çalışıyor	23.12±4.3	14-28 (24)	0.903
	Çalışmıyor	22.78±4.85	8-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Çalışıyor	25.39±3.03	18-28 (27)	0.763
	Çalışmıyor	25.26±3.51	6-28 (26)	
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Çalışıyor	74.16±8.32	54-84 (76)	0.816
	Çalışmıyor	73.87±10.15	36-84 (75)	
Depresyon	Çalışıyor	5.49±3.97	0-20 (5)	0.820
	Çalışmıyor	5.17±2.79	0-19 (6)	
Anksiyete	Çalışıyor	6.82±4.26	0-20 (6)	0.011*
	Çalışmıyor	7.9±3.76	0-21 (8)	
Stres	Çalışıyor	7.33±4.04	0-19 (7)	0.663
	Çalışmıyor	7.42±3.27	0-19 (7)	
Kendine Yardım	Çalışıyor	17.14±4.98	9-24 (17)	0.725
	Çalışmıyor	17.35±4.87	6-24 (17)	
Yaklaşım	Çalışıyor	23.43±4.21	11-28 (24)	0.001*
	Çalışmıyor	25.35±3.3	7-28 (26)	
Uyum Sağlama	Çalışıyor	24.12±3.68	13-28 (25)	0.071
	Çalışmıyor	23.14±3.82	7-28 (24)	
Sakinme Kaçınma	Çalışıyor	13.8±3.69	6-21 (14)	0.141
	Çalışmıyor	12.9±4.29	1-26 (13)	
Kendine Ceza	Çalışıyor	20.63±3.32	12-24 (21)	0.211
	Çalışmıyor	19.86±3.71	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Çalışıyor	99.12±9.26	75-115 (100)	0.675
	Çalışmıyor	98.58±10.35	58-124 (100)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Tablo 4.9: Gelir Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Gelir Giderden Az ^a	10.45±5.34	1-28 (9,5)	0.318
	Gelir Gidere Eşit ^b	11.37±5.72	0-28 (11)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	11.37±4.4	5-19 (10)	
Sosyal İçe Dönüklük	Gelir Giderden Az ^a	11.88±5.24	1-28 (11)	0.202
	Gelir Gidere Eşit ^b	13.13±5.68	2-28 (12)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	12.89±5.03	4-23 (13)	
Özel Kişi Desteği	Gelir Giderden Az ^a	25.84±3.03	12-28 (27)	0.929
	Gelir Gidere Eşit ^b	25.67±3.17	13-28 (27)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	26.19±1.88	21-28 (27)	
Aile Desteği	Gelir Giderden Az ^a	22.82±4.99	10-28 (23)	0.861
	Gelir Gidere Eşit ^b	22.73±4.8	8-28 (23)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	23.52±3.43	17-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Gelir Giderden Az ^a	25.48±3.06	15-28 (27)	0.796
	Gelir Gidere Eşit ^b	25.14±3.72	6-28 (26)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	25.26±3.18	18-28 (27)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Gelir Giderden Az ^a	74.14±10.11	37-84 (76)	0.878
	Gelir Gidere Eşit ^b	73.54±10.09	36-84 (75)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	74.96±7.05	63-84 (75)	
Depresyon	Gelir Giderden Az ^a	5.8±3.25	0-20 (6)	0.001* a>c
	Gelir Gidere Eşit ^b	4.96±2.83	0-17 (5)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	4.44±3.12	0-16 (5)	
Anksiyete	Gelir Giderden Az ^a	8.38±4.15	0-21 (8.5)	0.001* a>c
	Gelir Gidere Eşit ^b	7.62±3.73	0-20 (7)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	5.41±2.61	1-11 (5)	
Stres	Gelir Giderden Az ^a	7.37±3.39	0-19 (7)	0.453
	Gelir Gidere Eşit ^b	7.56±3.6	0-19 (8)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	6.78±2.72	2-14 (7)	
Kendine Yardım	Gelir Giderden Az ^a	17.64±4.98	6-24 (18)	0.566
	Gelir Gidere Eşit ^b	16.98±4.9	7-24 (17)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	17.56±4.52	9-24 (18)	
Yaklaşım	Gelir Giderden Az ^a	25.28±3.67	7-28 (26)	0.218
	Gelir Gidere Eşit ^b	24.67±3.64	11-28 (25)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	25.15±2.86	17-28 (26)	
Uyum Sağlama	Gelir Giderden Az ^a	23.52±3.82	7-28 (24)	0.711
	Gelir Gidere Eşit ^b	23.31±3.66	15-28 (24)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	22.81±4.46	9-28 (24)	
Sakinme Kaçınma	Gelir Giderden Az ^a	13.19±4.35	6-26 (13)	0.786
	Gelir Gidere Eşit ^b	13.12±4.09	1-22 (13)	
	Gelir Giderden Fazla ^c	12.48±4.08	5-19 (12)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Tablo 4.9: Gelir Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması -Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Kendine Ceza	Gelir Giderden Az^a	20±3.37	11-24 (21)	0.91 8
	Gelir Gidere Eşit^b	20.07±3.66	10-24 (21)	
	Gelir Giderden Fazla^c	19.78±4.52	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Gelir Giderden Az^a	99.63±10.81	58-124 (101)	0.40 1
	Gelir Gidere Eşit^b	98.15±9.56	75-117 (100)	
	Gelir Giderden Fazla^c	97.78±10.15	67-112 (99)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Birlikte yaşadığı kişiye göre Negatif Duygulanım değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yalnız grubunun Negatif Duygulanım değerinin, eşi ve çocukları ile yaşayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile yaşayanların Negatif Duygulanım değerinin, anne/baba ile yaşayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Birlikte yaşadığı kişiye göre Sosyal İç Dönüklük değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Eşi ile yaşayanların Sosyal İç Dönüklük değerinin, anne/baba ile yaşayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile yaşayanların Sosyal İç Dönüklük değerinin, anne/baba ile yaşayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Birlikte yaşadığı kişiye göre Depresyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Eşi ile yaşayanların Depresyon değerinin, anne/baba ile yaşayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile yaşayanların Depresyon değerinin, anne/baba ile yaşayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Birlikte yaşadığı kişiye göre Uyum Sağlama değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Eşi ile yaşayanların Uyum Sağlama değerinin, eşi ve çocukları ile yaşayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Yalnız ^a	13.46±4.33	4-21 (14)	0.018* a>c c<d
	Eşi ^b	11.48±5.47	3-28 (11)	
	Eşi ve Çocukları ^c	10.41±5.33	0-28 (10)	
	Anne/Baba ^d	15.29±6.92	10-28 (11)	
Sosyal İçe Dönüklük	Yalnız ^a	15.23±5.56	8-25 (15)	0.004* b<d c<d
	Eşi ^b	12.14±5.54	2-28 (11)	
	Eşi ve Çocukları ^c	12.33±5.26	1-28 (12)	
	Anne/Baba ^d	19.14±4.41	14-26 (17)	
Özel Kişi Desteği	Yalnız ^a	24±4.2	17-28 (25)	0.377
	Eşi ^b	25.84±2.77	17-28 (27)	
	Eşi ve Çocukları ^c	25.98±2.79	13-28 (27)	
	Anne/Baba ^d	24.29±5.71	12-28 (27)	
Aile Desteği	Yalnız ^a	23.38±3.71	18-28 (24)	0.968
	Eşi ^b	22.9±5.06	12-28 (24)	
	Eşi ve Çocukları ^c	22.83±4.67	8-28 (23)	
	Anne/Baba ^d	21.86±5.52	10-27 (23)	
Arkadaş Desteği	Yalnız ^a	23.92±3.82	18-28 (24)	0.184
	Eşi ^b	24.96±3.68	12-28 (26)	
	Eşi ve Çocukları ^c	25.59±3.2	6-28 (27)	
	Anne/Baba ^d	24.14±4.14	15-27 (26)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Yalnız ^a	71.31±9.8	57-84 (70)	0.623
	Eşi ^b	73.7±10.37	45-84 (75)	
	Eşi ve Çocukları ^c	74.4±9.3	36-84 (76)	
	Anne/Baba ^d	70.29±14.86	37-78 (76)	
Depresyon	Yalnız ^a	7.38±4.72	3-17 (6)	0.022* b<d c<d
	Eşi ^b	5.28±3.33	0-20 (6)	
	Eşi ve Çocukları ^c	4.87±2.45	0-15 (5)	
	Anne/Baba ^d	9±5.13	3-19 (8)	
Anksiyete	Yalnız ^a	8.85±3.85	0-16 (9)	0.265
	Eşi ^b	7.31±4.13	0-20 (8)	
	Eşi ve Çocukları ^c	7.61±3.6	0-20 (7)	
	Anne/Baba ^d	10.86±6.31	4-21 (9)	
Stres	Yalnız ^a	6.92±4.37	2-19 (6)	0.301
	Eşi ^b	7.56±3.75	0-17 (8)	
	Eşi ve Çocukları ^c	7.27±3.12	0-15 (7)	
	Anne/Baba ^d	9.71±4.72	4-19 (10)	
Kendine Yardım	Yalnız ^a	19.54±3.97	13-24 (21)	0.069
	Eşi ^b	16.83±5.08	7-24 (17)	
	Eşi ve Çocukları ^c	17.48±4.85	6-24 (18)	
	Anne/Baba ^d	13.86±3.18	10-19 (13)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Tablo 4.10: Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması -Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Yaklaşım	Yalnız^a	25.08±1.98	20-28 (25)	0.092
	Eşi^b	24.92±3.61	9-28 (26)	
	Eşi ve Çocukları^c	25.18±3.29	11-28 (26)	
	Anne/Baba^d	20.14±7.54	7-27 (23)	
Uyum Sağlama	Yalnız^a	23.54±3.93	17-28 (24)	0.043* b<c
	Eşi^b	22.27±3.99	13-28 (22)	
	Eşi ve Çocukları^c	23.84±3.38	9-28 (24)	
	Anne/Baba^d	22.29±7.93	7-28 (26)	
Sakinme Kaçınma	Yalnız^a	14±5.37	6-26 (14)	0.393
	Eşi^b	12.76±4.39	1-22 (13)	
	Eşi ve Çocukları^c	13.04±3.95	5-21 (13)	
	Anne/Baba^d	15.43±4.83	6-20 (15)	
Kendine Ceza	Yalnız^a	19.38±3.66	13-24 (20)	0.439
	Eşi^b	19.41±4.02	10-24 (20)	
	Eşi ve Çocukları^c	20.33±3.47	10-24 (21)	
	Anne/Baba^d	20.14±3.34	15-24 (21)	
Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Yalnız^a	101.54±12.15	84-124 (100)	0.083
	Eşi^b	96.18±10.45	68-117 (98)	
	Eşi ve Çocukları^c	99.87±9.09	67-121 (101)	
	Anne/Baba^d	91.86±18.07	58-110 (97)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Sigara kullanan grubunun Arkadaş Desteği değerinin, kullanmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.11).

Alkol kullanım durumuna göre Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, D Tip Kişilik Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.11: Sigara Kullanım Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	P
Negatif Duygulanım	Var	11.51±5.8	1-28 (11)	0.297
	Yok	10.72±5.21	0-28 (10)	
Sosyal İçe Dönüklük	Var	12.96±5.23	4-28 (13)	0.392
	Yok	12.41±5.6	1-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Var	25.55±3.32	12-28 (27)	0.293
	Yok	25.93±2.79	15-28 (27)	
Aile Desteği	Var	22.55±4.68	10-28 (23)	0.350
	Yok	23.03±4.78	8-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Var	24.82±3.53	12-28 (26)	0.04*
	Yok	25.57±3.32	6-28 (27)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Var	72.91±9.83	37-84 (74)	0.141
	Yok	74.53±9.75	36-84 (76)	
Depresyon	Var	5.73±3.82	0-20 (6)	0.377
	Yok	4.94±2.47	0-15 (5)	
Anksiyete	Var	7.43±4.14	0-21 (7)	0.276
	Yok	7.82±3.73	0-20 (8)	
Stres	Var	7.63±3.84	0-19 (7)	0.844
	Yok	7.27±3.17	0-16 (7)	
Kendine Yardım	Var	16.96±4.58	7-24 (17)	0.292
	Yok	17.51±5.06	6-24 (18)	
Yaklaşım	Var	24.39±4.06	7-28 (25)	0.071
	Yok	25.29±3.22	9-28 (26)	
Uyum Sağlama	Var	23.4±4.29	7-28 (25)	0.382
	Yok	23.3±3.51	14-28 (24)	
Sakınma Kaçınma	Var	12.9±3.88	5-20 (13)	0.728
	Yok	13.18±4.36	1-26 (13)	
Kendine Ceza	Var	19.76±3.6	10-24 (21)	0.302
	Yok	20.16±3.67	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Var	97.41±10.74	58-117 (99)	0.211
	Yok	99.44±9.69	68-124 (101)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Tablo 4.12: Alkol Kullanım Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Negatif Duygulanım	Var	10.56±5.36	3-28 (10)	0.556
	Yok	11.08±5.46	0-28 (10)	
Sosyal İçe Dönüklük	Var	12.56±5.61	3-26 (13)	0.945
	Yok	12.62±5.44	1-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Var	25.78±3.35	12-28 (27)	0.990
	Yok	25.79±2.94	13-28 (27)	
Aile Desteği	Var	23.47±4.75	10-28 (25)	0.371
	Yok	22.75±4.74	8-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Var	25.31±3.58	15-28 (27)	0.925
	Yok	25.29±3.39	6-28 (26)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Var	74.56±10.41	37-84 (78)	0.521
	Yok	73.82±9.71	36-84 (75)	
Depresyon	Var	5.75±4.2	0-19 (5)	0.751
	Yok	5.14±2.82	0-20 (5)	
Anksiyete	Var	6.94±4.19	1-21 (6)	0.105
	Yok	7.8±3.82	0-20 (8)	
Stres	Var	8.19±4.04	2-19 (7.5)	0.352
	Yok	7.27±3.31	0-17 (7)	
Kendine Yardım	Var	18.39±4.09	11-24 (19)	0.192
	Yok	17.12±4.99	6-24 (17)	
Yaklaşım	Var	24.19±5.35	7-28 (26)	0.967
	Yok	25.08±3.18	9-28 (26)	
Uyum Sağlama	Var	22.75±5.2	7-28 (24)	0.942
	Yok	23.44±3.53	14-28 (24)	
Sakinme Kaçınma	Var	12.92±4.14	5-20 (13.5)	0.849
	Yok	13.11±4.2	1-26 (13)	
Kendine Ceza	Var	18.83±4.07	10-24 (20)	0.055
	Yok	20.21±3.53	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Var	97.08±12.37	58-113 (100)	0.752
	Yok	98.96±9.7	68-124 (100)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Daha önce MI geçiren grubunun özel kişi desteği değerinin geçirmeyenlere göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Daha Önce Miyokard İnfarktüsü Geçirme Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Negatif Duygulanım	Evet	10.92±5.41	0-28 (10)	0.639
	Hayır	11.12±5.51	1-28 (11)	
Sosyal İçe Dönüklük	Evet	12.34±5.57	2-28 (11,5)	0.177
	Hayır	12.95±5.32	1-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Evet	26.17±2.56	17-28 (28)	0.035*
	Hayır	25.31±3.42	12-28 (27)	
Aile Desteği	Evet	22.92±4.79	8-28 (23)	0.654
	Hayır	22.77±4.7	10-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Evet	25.19±3.47	6-28 (26)	0.570
	Hayır	25.41±3.36	12-28 (27)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	74.28±9.76	36-84 (75.5)	0.483
	Hayır	73.49±9.86	37-84 (75)	
Depresyon	Evet	5.21±2.77	0-20 (6)	0.379
	Hayır	5.26±3.39	0-19 (5)	
Anksiyete	Evet	7.86±3.85	0-20 (8)	0.228
	Hayır	7.45±3.93	0-21 (7)	
Stres	Evet	7.19±3.25	0-17 (7)	0.353
	Hayır	7.66±3.64	0-19 (7)	
Kendine Yardım	Evet	17.38±4.99	7-24 (17.5)	0.779
	Hayır	17.2±4.77	6-24 (17)	
Yaklaşım	Evet	25.13±3.63	9-28 (26)	0.141
	Hayır	24.74±3.51	7-28 (25)	
Uyum Sağlama	Evet	23.37±3.6	14-28 (24)	0.874
	Hayır	23.3±4.06	7-28 (24)	
Sakinme Kaçınma	Evet	13.12±4.18	6-21 (13)	0.866
	Hayır	13.03±4.2	1-26 (13)	
Kendine Ceza	Evet	20.02±3.82	10-24 (21)	0.636
	Hayır	20±3.42	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Evet	99.03±10.05	68-121 (101)	0.372
	Hayır	98.27±10.23	58-124 (100)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Ailede kalp hastalığı olma durumuna göre Anksiyete- Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları, D Tip Kişilik Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumuna Göre D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Negatif Duygulanım	Yok	10.71±5.53	0-28 (10)	0.340
	Var	11.35±5.34	2-28 (10,5)	
Sosyal İçe Dönüklük	Yok	12.47±5.65	1-28 (12)	0.569
	Var	12.78±5.25	3-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Yok	26.01±2.62	15-28 (27)	0.646
	Var	25.53±3.37	12-28 (27)	
Aile Desteği	Yok	22.9±4.74	8-28 (23)	0.887
	Var	22.8±4.76	10-28 (23)	
Arkadaş Desteği	Yok	25.35±3.48	6-28 (26.5)	0.782
	Var	25.22±3.35	12-28 (26)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Yok	74.26±9.7	36-84 (76)	0.577
	Var	73.54±9.93	37-84 (75)	
Depresyon	Yok	5.03±2.47	0-15 (5)	0.428
	Var	5.47±3.62	0-20 (6)	
Anksiyete	Yok	7.64±3.52	0-20 (8)	0.909
	Var	7.72±4.28	0-21 (7)	
Stres	Yok	7.52±3.01	0-16 (7)	0.416
	Var	7.27±3.87	0-19 (7)	
Kendine Yardım	Yok	17.48±4.63	7-24 (18)	0.634
	Var	17.09±5.18	6-24 (17)	
Yaklaşım	Yok	25.13±3.54	9-28 (26)	0.302
	Var	24.76±3.63	7-28 (25)	
Uyum Sağlama	Yok	23.31±3.47	14-28 (24)	0.466
	Var	23.37±4.18	7-28 (24)	
Sakınma Kaçınma	Yok	13.15±3.95	6-21 (13)	0.658
	Var	13±4.45	1-26 (12.5)	
Kendine Ceza	Yok	19.83±3.68	10-24 (21)	0.341
	Var	20.22±3.6	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Yok	98.9±9.07	68-117 (101)	0.862
	Var	98.45±11.26	58-124 (100)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Eşlik eden ek kronik hastalığı olmayan kategorideki bireylerin anksiyetesinin, olanlara kıyasla düşük görülmesi anlamlı saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Eşlik Eden Ek Hastalık Varlığı İncelendiğinde D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Negatif Duygulanım	Yok	11±5.23	2-24 (11)	0.848
	Var	11,01±5.57	0-28 (10)	
Sosyal İçe Dönüklük	Yok	13.06±5.24	4-26 (13)	0.290
	Var	12.37±5.58	1-28 (12)	
Özel Kişi Desteği	Yok	25.88±3.03	13-28 (27)	0.509
	Var	25.74±2.99	12-28 (27)	
Aile Desteği	Yok	23.06±4.58	13-28 (23)	0.735
	Var	22.74±4.83	8-28 (22.5)	
Arkadaş Desteği	Yok	25.44±3.42	12-28 (27)	0.501
	Var	25.2±3.42	6-28 (26)	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Yok	74.38±9.34	45-84 (76)	0.682
	Var	73.69±10.05	36-84 (74.5)	
Depresyon	Yok	5.12±3.52	0-20 (5)	0.152
	Var	5.29±2.78	0-19 (6)	
Anksiyete	Yok	6.66±3.63	0-20 (6)	0.001*
	Var	8.23±3.91	0-21 (8)	
Stres	Yok	7±3.52	0-19 (7)	0.161
	Var	7.62±3.37	0-19 (7)	
Kendine Yardım	Yok	17.09±4.91	7-24 (17)	0.553
	Var	17.42±4.88	6-24 (18)	
Yaklaşım	Yok	25.07±3.24	11-28 (26)	0.879
	Var	24.9±3.75	7-28 (26)	
Uyum Sağlama	Yok	23.76±3.74	9-28 (24)	0.160
	Var	23.1±3.83	7-28 (24)	
Sakinme Kaçınma	Yok	13.56±4.22	1-26 (14)	0.154
	Var	12.81±4.15	6-22 (13)	
Kendine Ceza	Yok	20.02±3.81	10-24 (21)	0.791
	Var	20.01±3.56	10-24 (21)	
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	Yok	99.51±10.33	67-124 (101)	0.303
	Var	98.24±10.01	58-121 (100)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

4.4. Yaş, Beden Kütle İndeksi, Hastalığın Tanı Süresi, D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Korelasyon Bulguları

Yaş ile Anksiyete ($r=.142$, $p<0,05$) ve Yaklaşım arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır ($r=.161$, $p<0,05$). Diğer değişkenlerle arasında istatistik açısından bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Beden Kütle İndeksi ile Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları, D Tip Kişilik Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt başlıkları arasında bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Hastalığın tanı süresi ile Özel kişi desteği arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır ($r=-.156$, $p<0,05$). Başka değişkenler ile aralarında bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Yaş, Beden Kütle İndeksi, Hastalığın Tanı Süresi ile D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Korelasyon Analizi

		Yaş	Beden Kütle İndeksi	Hastalığın Tanı Süresi
Negatif Duygulanım	r	-.072	0.046	0.001
	p	.253	.469	.982
Sosyal İçer Dönüklük	r	-0.059	-0.007	0.028
	p	.350	.912	.657
Özel Kişi Desteği	r	-0.021	-0.011	-.156*
	p	.740	.858	.013
Aile Desteği	r	.029	-0.062	-0.067
	p	.647	.332	.289
Arkadaş Desteği	r	0	-0.075	-0.096
	p	0.624	.238	.131
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	0.024	0	-0.104
	p	.706	0.4	.100

Spearman's * $p<0,05$

Tablo 4.16: Yaş, Beden Kütle İndeksi, Hastalığın Tanı Süresi ile D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Anksiyete-Depresyon ve Stres Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Korelasyon Analizi-Devamı

		Yaş	Beden Kütle İndeksi	Hastalığın Tanı Süresi
Depresyon	r	0.019	0.035	0
	p	.766	.582	0.55
Anksiyete	r	.142*	-0.013	-0.084
	p	.025	.844	.184
Stres	r	-0.036	-0.092	0.004
	p	.569	.151	.948
Kendine Yardım	r	.091	0.045	0.032
	p	.149	.483	.612
Yaklaşım	r	.161*	-0.043	-0.047
	p	.011	.499	.463
Uyum Sağlama	r	0.013	-0.048	-0.039
	p	.839	.455	.536
Sakınma Kaçınma	r	-0.022	0.016	-0.046
	p	0.725	0.797	0.472
Kendine Ceza	r	-0.026	0.068	-.116
	p	.679	.284	.067
Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği	r	.083	0.029	-.077
	p	.189	.645	.224

Spearman's *p<0,05

Negatif Duygulanım ile Özel Kişi Desteği ($r=-,233$, $p<0,01$), Aile Desteği ($r=-,170$, $p<0,01$), Arkadaş Desteği ($r=-,206$, $p<0,01$), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-,209$, $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Negatif duygulanım ile Depresyon ($r=,168$, $p<0,01$), Anksiyete ($r=,149$, $p<0,05$), Stres ($r=,138$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.17).

Sosyal İçer Dönüklük ile Özel Kişi Desteği ($r=-,176$, $p<0,01$), Aile Desteği ($r=-,182$, $p<0,01$), Arkadaş Desteği ($r=-,136$, $p<0,05$), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-,169$, $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.17).

Özel Kişi Desteği ve Stres ile aralarında zıt yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=-,145$, $p<0,05$) (Tablo 4.17).

Arkadaş Desteği ile Stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,170, p<0,01$) (Tablo 4.17).

Çok Boyutuyla Algılanan Sosyal Destek ve Stres ile aralarında zıt yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=-,142, p<0,05$). (Tablo 4.17)



Tablo 4.17: D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Negatif Duygulanım	r	1.000								
	p	.								
2. Sosyal İçer Dönüklük	r	.611*	1.000							
	p	.000	.							
3. Özel Kişi Desteği	r	-.233*	-.176*	1.000						
	p	.000	.005	.						
4. Aile Desteği	r	-.170*	-.182*	.684*	1.000					
	p	.007	.,004	.000	.					
5. Arkadaş Desteği	r	-.206**	-.136*	.786*	.735*	1.000				
	p	.001	.031	.000	.000	.				
6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	-.209*	-.169*	.865*	.927*	.896*	1,000			
	p	.001	.007	.000	.,000	.000	.			
7. Depresyon	r	.168*	0.099	-0.101	0.059	-0.083	-0.034	1.000		
	p	.008	.117	.112	.352	.191	.592	.		
8. Anksiyete	r	.149*	0.062	-0039	0.003	-0096	-0.044	.559*	1.000	
	p	0.018	.329	.543	.956	.132	.486	.000	.	
9. Stres	r	.138*	0	-0.145*	-0.098	-.170*	-.142*	.416*	.411*	1.000
	p	.028	0.127	.022	.123	.007	.025	.000	.000	.

Spearman's *p<0,05

Negatif Duygulanım ile Kendine Yardım ($r=-,152$, $p<0,05$), Yaklaşım ($r=-,171$, $p<0,01$) ile aralarında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Negatif duygulanım ile Kendine Ceza ile aralarında eş yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=,187$, $p<0,01$). Negatif duygulanım ve başka değişkenler ile aralarında bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Sosyal İçer Dönüklük ile Kendine Yardım ($r=-,151$, $p<0,05$), Yaklaşım ($r=-,161$, $p<0,05$) ile aralarında zıt bir korelasyon saptanmıştır. Sosyal İçer Dönüklük ve diğer değişkenler ile aralarında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Özel Kişi Desteği ile Kendine Yardım ($r=,146$, $p<0,05$), Yaklaşım ($r=,207$, $p<0,01$), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ($r=,125$, $p<0,05$) arasında eş yönlü bir korelasyon mevcuttur. Özel kişi desteği ve diğer değişkenler ile aralarında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Aile Desteği ile Kendine Yardım ($r=,201$, $p<0,01$), Yaklaşım ($r=,188$, $p<0,01$) ile aralarında eş yönlü bir korelasyon mevcuttur. Aile Desteği ile diğer değişkenler ile aralarında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Arkadaş Desteği ile Yaklaşım ($r=,217$, $p<0,01$) ile aralarında eş yönlü bir korelasyon mevcuttur. Arkadaş Desteği ve diğer değişkenler ile aralarında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Kendine Yardım ($r=,171$, $p<0,01$), Yaklaşım ($p<0,01$, $r=,220$) ile aralarında eş yönlü bir korelasyon mevcuttur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Depresyon ile Sakınma Kaçınma arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttur ($p<0,05$, $r=,128$). Depresyon ve başka değişkenler ile aralarında bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Anksiyete ile Sakınma Kaçınma ($r=,137$, $p<0,05$), Kendine Ceza ($r=,151$, $p<0,05$), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ($r=,138$, $p<0,05$) ile aralarında eş yönlü bir korelasyon mevcuttur. Anksiyete ve diğer değişkenler ile aralarında bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile D Tip Kişilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği Korelasyon Analizi

		Kendine Yardım	Yaklaşım	Uyum Sağlama	Sakınma Kaçınma	Kendine Ceza	COPE-R
Negatif Duygulanım	r	-.152*	-.171*	0.017	0.078	.187*	-0.005
	p	.016	.007	.790	0.216	.003	.938
Sosyal İçer Dönüklük	r	-.151*	-.161*	0.057	0.065	0.105	-0.015
	p	.017	.011	.365	0.307	.098	.815
Özel Kişi Desteği	r	.146*	.207*	0.103	-0.05	-0.064	.125*
	p	.0021	.001	.106	0.431	.313	.048
Aile Desteği	r	.201*	.188*	0.016	-0.009	-0.03	0.12
	p	.001	0.003	.802	0.883	.631	.057
Arkadaş Desteği	r	0.117	.217*	0	-0.027	-0.062	0.099
	p	.064	.001	0.439	0.668	.330	.119
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	.171*	.220*	.043	0	-0.052	0.118
	p	.007	.000	.499	0.666	.411	.063
Depresyon	r	-0.029	-0.048	-0.064	.128*	0	-0.015
	p	.652	.447	.313	.043	0.977	.812
Anksiyete	r	.036	-0.005	0.017	.137*	.151*	.138*
	p	.575	.931	.786	.030	.017	0.029
Stres	r	-0.038	-0.037	-.115	0.069	-0.06	-.096
	p	.545	.562	.069	.279	.344	.129

Spearman's, *p<0,05

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Koroner arter hastalığın bireylerde uzun yıllar kronikleşmesi ya da akut olarak ortaya çıkması başlıca bir stres faktörü olabilmektedir (Erşan vd., 2013). Yoğun stres altında salgılanan kortizol ve adrenalin hormonları vücut üzerinde önemli etkiler sağlamaktadır bu durum vücutta fiziksel ve ruhsal zorlanmalara sebebiyet verebilir (Burford vd., 2017; Dias vd., 2015). Klinik uygulamada, psikososyal risk faktörleri tanılanmalı ve tıbbi sonuçları hastayla tartışılmalıdır. Riskli veya klinik olarak anksiyete ve depresyon semptomları saptanan hastalar profesyonel ruh sağlığı yardım almaları için yönlendirilmelidir (Kocaman Yıldırım ve Öztürk, 2016). KAH için başa çıkma tutumlarını değerlendirmek ve problem odaklı başa çıkma stratejisi gibi daha olumlu başa çıkma stratejilerini kullanmak için spesifik müdahaleler sağlamak önemlidir (Bafghi vd., 2018). Çalışmamızda koroner arter hastalarında D Tipi kişiliğin, algılanan sosyal desteğin, psikolojik durumun ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Örnekleme dahil edilen hasta grubumuzun büyük bir çoğunluğunda D Tipi Kişilik özelliği görülmektedir. Aynı zamanda D Tip Kişilik ölçeğinin alt boyutlarından olan Sosyal İçer Dönüklüğün Negatif duygulanıma kıyasla daha yüksek düzeyde görülmüştür. D Tipi Kişilik hem kalp hastalıklarının ortaya çıkması için hassas bir zemin hem de KVH'nin sağlık sonuçlarını ve özellikle de MI sonrası sonuçları olumsuz etkileyen kötüleştirici bir faktör olarak ele alınmıştır. KVH ile ilişkili olduğu fark edilen D Tipi kişiliğin alt boyutu olan negatif duygulanımda disfori, anksiyete ve sinirlilik hissiyatı sıklıkla görülür. Diğer alt boyutu olan sosyal içe kapanıklıkta başkalarının onaylanmama ve beğenilmeme korkusu ve davranışları ifade etmede güçlük sık görülen özelliklerdir (Enatescu vd., 2021). Literatürde bulgularımızla paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur. Kauw vd.'nin (2022) çalışmasında KVH bulunan 225 bireye D Tipi Kişilik ölçeği uygulanmıştır. Hastaların %21'inde D Tipi Kişilik özelliği saptanmıştır. Enatescu vd.'nin (2021) 221 koroner arter hastasından oluşan örneklem grubuyla yapmış olduğu çalışmada, hastaların %19'unun D Tipi Kişilik özelliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Manoj vd.'nin (2020) MI tanısı almış hastalarla yapmış olduğu çalışmada, hasta grubunun %50,7'sinde D Tipi Kişilik özelliği görülmüştür. Heo ve Kim (2020) D Tipi Kişilik ölçeğini KY olan 90 kişilik hasta grubu üzerinde çalışmıştır. Hastaların %54'ünün negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük ortalaması yüksek bulunmuştur. D Tipi kişilik, KAH

hastalarında kanıtlanmış bağımsız bir risk belirteçidir ve prospektif olarak daha kötü klinik ve hasta tarafından bildirilen sonuçlarla ilişkilidir (Kupper ve Denollet, 2018). Az sayıda çalışma negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük ile KVH'ler arasındaki ilişkileri araştırmıştır (Torgersen vd., 2023). Bu yönüyle çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular özgün bir nitelik taşımaktadır.

Çalışmamızda KAH tanısına sahip örneklem grubumuzda algılanan sosyal destek düzeyi yüksektir. En büyük desteğin de arkadaş ve özel kişiden algılandığı görülmüştür. Örnek vd. (2022) yapmış olduğu çalışmada kalp damar hastalarının algılanan sosyal destek düzeylerini ölçmüştür. Sonuçlara göre algılanan sosyal destek düzeyi, hastanın bakım sürecinde yakınında destek sağlayacak bireyler bulunduğu takdirde yüksek olduğu görülmüştür. Pushkarev ve ark.'ın (2019) ve Hermano ve ark.'ın (2021) yaptıkları çalışma sonuçlarına göre hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksek bulunmuştur. Kažukauskienė vd.'nin (2021) yaptığı çalışmada KAH tanısı olan bireylerin arkadaşlardan alınan sosyal destek sayesinde daha düşük mental ve fiziksel yorgunluk ile aktivite azalması yaşadığı görülmüştür. Bireylerin çoğunlukla arkadaş ve özel kişilerden daha fazla sosyal destek aldığı görülmektedir. Arkadaşlar ve özel kişiler, duygusal anlamda en yakın ilişkileri kurduğumuz kişilerdir. Bu kişiler, hastaların stres, korku, endişe ve depresyon gibi duygusal zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olurlar. Duygusal destek, hastanın moralini yüksek tutarak iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunur. Ayrıca arkadaşlar ve özel kişiler, sosyal etkinliklere katılımı teşvik ederek hastanın izolasyon hissini azaltır. Sosyal etkinlikler ve dışarıda zaman geçirmek, hastanın genel ruh halini iyileştireceği ve sosyal bağlılık hissini artıracığı düşünülmektedir. Yakın arkadaşlar ve özel kişiler, hastanın bireysel ihtiyaçlarını, sınırlamalarını ve kişisel zorluklarını daha iyi anlar. Bu anlayış, hastanın özel durumlarına uygun destek sağlamalarına olanak tanır ve hastanın kendini daha iyi ifade etmesini sağlar. Bu nedenlerden dolayı, koroner arter hastalığı olan bireyler için arkadaşlar ve özel kişilerden algılanan sosyal desteğin, hastanın genel iyilik halini artırarak hem fiziksel hem de duygusal iyileşme sürecine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda depresyon, anksiyete ve stres ortalamalarına göre KAH tanısına sahip örneklem grubumuzda depresyon ve anksiyete varlığı yüksek bulunmuştur. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Erşan vd.'nin (2013) yapmış olduğu çalışmada hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Chen vd.'nin (2022) aktardığına göre anksiyete bozuklukları KVH'li hastalarda yaygındır ve genel popülasyona göre daha yüksek prevalansa sahiptir. Anksiyete bozukluklarının KVH'lerin başlangıcına ve gelişimine katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür. Upadhyay vd.'nin (2022) 103 akut MI hastasıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %21,36'sında depresyon tespit edilmiştir. MI sonrası depresyon gelişen hastalarda yeni kardiyovasküler olayların ve mortalite riskinin neredeyse iki kat arttığı bildirilmiştir. Dar vd.'nin (2019) aktardığına göre diğer kardiyovasküler risk faktörlerinden bağımsız olarak stres akut koroner olaylarla ilişkilendirilmektedir. INTERHEART çalışmasında 50'den fazla ülkeden yaklaşık 25.000 kişilik örneklem dahil edilmiştir. Kronik stresi olan bireylerin kronik stresi olmayanlara kıyasla iki kattan fazla MI geliştirme riskine sahip olduğu gösterilmiştir (Dar vd., 2019). Emdin vd.'nin (2016) 46 çalışma sonucunu içeren meta-analiz çalışmasında, anksiyetenin %35 daha fazla KY riski, %71 daha fazla inme riski ve %41 daha fazla kardiyovasküler mortalite ve KAH riski ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Cohen vd.'nin (2015) aktardığına göre KAH veya KY olan her 5 hastadan biri depresyondadır ve bu yaygınlık genel nüfusta en az 3 kat daha fazladır. Depresyon, KY ve diğer KVH'lerin gelişimi ve ilerlemesiyle bağlantılıdır. Depresyon, anksiyete ve stresin KVH'li hastalar üzerindeki olumsuz etkilerine rağmen, bu bozuklukların yüksek riskli popülasyonda yeterince teşhisi ve tedavisi sağlanamamaktadır (Celano vd., 2018; Sbolli vd., 2020). Depresyon, anksiyete ve stres ortalamaları ayrı ayrı ele alındığında örneklem grubumuzda anksiyetenin diğer değişkenlere kıyasla daha belirgin olduğu saptanmıştır. Roest vd.'nin (2010) anksiyetenin KAH ile ilişkisini inceleyen 20 çalışmanın meta-analizinde, başlangıçta sağlıklı olan ve yüksek anksiyeteye sahip bireylerin KAH açısından artmış risk altında olduğu bulunmuştur. Anksiyete bozukluğunun yaygınlığının KVH'li bireylerde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tully vd., 2016). Stabil koroner kalp hastalığı olan hastalarda anksiyete prevalans oranları %16 ile %42 arasında değişirken, MI'dan kısa bir süre sonra hastalarda bu oranlar %20 ile %50 arasında değişmektedir. Hastaların, bir psikiyatri servisindeki yatan hastanın yaşadığı kadar şiddetli anksiyete belirtileri yaşadığı belirtilmiştir (Polikandrioti ve Olympios, 2014). Hastaların akut dönemde hastaneye yatırılması, tedavi sürecine ilişkin bilgi gereksiniminin olması ve yakın çevresindeki hastalığa ilişkin deneyimler bireyleri anksiyeteye sevk eden önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Literatürdeki güncel araştırmalara göre depresyon, anksiyete ve stres varlığı KAH ve diğer kronik hastalıklara zemin hazırlayan önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir.

KAH tanısıyla hastane yatışı olan bireylerde depresyon, anksiyete ve strese ait belirteçlerin sıkı takibinin nitelikli hemşirelik bakımına ve hastalıkla etkili baş etmeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları puan ortalaması dikkate alındığında örneklem grubumuzda başa çıkma tutumlarının orta seviyenin üzerinde olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Kavradım vd.'nin (2022) yapmış olduğu çalışmada MI geçiren bireyler ele alınmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hastalarda orta seviyenin üstünde başa çıkma tutumları görülmüştür. Kalantarzadeh vd.'nin (2021) yapmış olduğu çalışmada KVH bulunan hastaların başa çıkma tutumları ele alınmıştır. Hastaların dini ve manevi inançlarına başvurma durumunun semptomları ve hastalıkları ile başa çıkma tutumları üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Roohafza vd.'ye (2021) göre kendi kendine talimat verme, yardım isteme, meditasyon yapma gibi davranışlar etkili başa çıkma stratejileri olarak tanımlanabilir. Duyarlılaştırma, ruminasyon, kaçınma ve sigara, alkol ve kendi kendine ilaç alma gibi sağlıksız davranışlar olarak ise etkisiz başa çıkma stratejileri olarak tanımlanabilir. Tekin vd.'nin (2019) aktardığına göre yardım alma, olumlu düşünce ve kendine güven içeren yaklaşımlar etkili başa çıkma stratejilerini içerirken çaresizlik ve kabullenme gibi yaklaşımlar etkisiz başa çıkma stratejilerini içermektedir. Şirin vd.'nin (2023) aktardığına göre bilgi ve öneri alma, uzlaşıda bulunma gibi davranışlar etkili başa çıkma stratejilerine örnek olurken kaçınma, suçlama, gibi duygusal etkenli davranışlar etkisiz başa çıkma stratejilerine örnek olmaktadır. Bütün alt boyutlar ele alındığında yaklaşım değerinin diğer değişkenlerden daha yüksek olduğu görülmekte olup hastaların etkili olduğu düşünülen başa çıkma tutumlarına daha fazla başvurduğu dikkat çekmektedir. Ancak Kendine ceza değerinin diğer başa çıkma tutumlarından daha yüksek görülmesi hastaların uyumsuz olduğu düşünülen başa çıkma tutumlarını da tercih ettiğini gösteren farklı bir unsur olmuştur. Tıbbi bağlamda başa çıkma, hastalığı yönetmek için bilişsel ve davranışsal çabaları ifade eder. Kendini suçlama, kaçınma ve sosyal izolasyon, genel nüfusa kıyasla KAH olan hastalarda daha belirgindir (Yu vd., 2011). Olumlu başa çıkma, stres yaratan olayı değiştirmeye, mevcut etkilerini ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik harekete geçmez. Kişiler mevcut durumda sorunu algılar, tanımlar, çözümü bulur ve uygulamak için harekete geçer. Etkisiz başa çıkma ise stresli durumlarda ortaya çıkan olumsuz duyguları kontrol etmek ve

olumluya yönelmektedir. Hastalar strese neden olan olaylarda mevcut durumu kontrol edemeyeceklerini düşündüklerinde olumsuz duyguları azaltmak için bu yola başvurmaktadırlar (Ergin vd., 2014). Bu durumda başa çıkma tutumlarının yeterli seviyede olma sebebinin, hastaların uyumlu-uyumsuz olabilecek başa çıkma tutumları fark etmeksizin bir ya da birkaçına başvurmaları olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların Negatif Duygulanım ve Sosyal İçer Dönüklük değerleri erkeklere kıyasla daha fazladır. Araştırmamıza göre D Tipi Kişilik özelliğinin kadınlarda daha belirgin olduğu sonucuna varılmıştır. Depresyon gibi bozukluklar kadınlarda daha sık görülmektedir ve depresyonun D Tipi Kişilik ile ilişkisi olduğu bilinmektedir (Carney ve Freedland, 2017; Kafes, 2021). Buna göre çalışmamızda D Tipi Kişilik özelliğinin kadınlarda daha belirgin olmasında depresyon başta olmak üzere çeşitli psikolojik faktörlerin katkı sağladığı düşünülmektedir. Raykh vd.'nin (2020) yapmış olduğu çalışmada sonuçlarımıza benzer olarak D Tipi Kişilik özelliği kadınlarda, erkeklere oranla daha fazla görülmüştür. Annagür vd.'nin (2017) MI tanısı almış hastalarda yapmış olduğu çalışmada ise sonuçlarımızdan farklı olarak D Tipi Kişilik özelliğine sahip erkeklerin oranı kadınlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. KAH'ın erkeklerde daha sık rastlandığı bilinmektedir. D Tipi Kişiliğin kadınların yanı sıra erkeklerde de baskın olmasının bu sebepten ötürü olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Tsabedze vd.'nin (2021) KY hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ölçülmüştür. Sonuçlarımıza benzer olarak kadın katılımcıların %68,5'inde depresyon saptanmıştır. Liblik vd.'nin (2022) yapmış olduğu çalışmada da, akut MI sonrası hastaların depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Kadınların depresif semptomlar gösterme olasılığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mevcut sonuçlara göre kardiyovasküler hasta grubunda psikolojik durumun çok yönlü ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Kadın cinsiyetinde depresyon ve anksiyete gibi bozukluklara daha belirgin olarak rastlandığı bilindiğinden, hasta izleminde cinsiyet faktörünün de göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarından olan Kendine Ceza değeri kadınlarda yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımızla paralel olarak Kavradım vd.'nin (2022) MI hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların başa çıkma tutumları incelenmiştir. Bulgulara göre Kendine Ceza kadınlarda yüksek

bulunmuştur. Kendine Ceza değerinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması literatürdeki bulgularla benzerlik göstermektedir. Dicle'nin (2015) aktardığına göre bireyler hayatta karşılaştıkları stres faktörlerinin etkisini elimine etmek için birtakım başa çıkma mekanizmaları geliştirmiştir. Bunlardan biri stresörü ortadan kaldırmak yerine stresin etkisini azaltmak için başvurulan duygusal odaklı başa çıkmadır. Burada kadın bireylerde erkeklere kıyasla kendini suçlama, eleştirme ve hatayı kendinde bulma gibi yargıları içeren ve duygusal odaklı başa çıkma olarak kabul edilebilecek kendine ceza alt boyutunun daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Hemşirelik girişimlerinin, cinsiyete ve hastalıkla başa çıkmak için sergilenen gayrete göre planlanması ile hastaların başa çıkma gereksinimlerinin daha kolay belirleneceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda evli bireylerde “*Negatif Duygulanım*” ve “*Sosyal İçer Dönüklük*” değeri bekarlara göre düşük bulunmuştur. Liu vd. (2018) KY hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada D Tipi Kişilik özellikleri incelenmiştir. Medeni durumun “*Negatif Duygulanım*” ve “*Sosyal İçer Dönüklüğe*” anlamlı bir katkı sağlamadığı saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile farklılık göstermekte olup medeni durumun D Tipi Kişilik alt boyutlarına etkisi olduğu ortaya koyulmuştur. Çalışmamızdan elde edilen bulgular özgün bir nitelik taşımakta olup eşlerden alınan yakın desteğin ve duygu paylaşımının negatif duygulanım ile sosyal içer dönüklüğü azalttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda evli bireylerde depresyon değeri daha düşük bulunmuştur. Yu vd.'nin (2022) çalışmasında KVH'li hastalarda depresyon düzeyi incelenmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlara benzer olarak evli bireylerin büyük bir çoğunluğunda depresyon görülmemiştir. Çam ve Nehir (2011)'in çalışmasında MI tanılı hastalarda depresyon ele alınmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlara benzer olarak evli bireylerde depresyon değerinin bekarlara göre düşük olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda çiftler arasındaki ikili diyalog ve Türk aile yapısındaki birliktelik ortamının depresif mizacı elimine edebilecek faktörler olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda evli bireylerde “*Uyum Sağlama*” değeri düşük bulunmuştur. Svensson vd.'nin (2016) yapmış olduğu çalışmaya göre eş ile yaşayan bireylerin yalnız yaşayan bireylere kıyasla daha fazla başa çıkma tutumlarına başvurduğu görülmüştür. Medeni durumun çalışmamızda yer alan unsurlar üzerindeki etkisinde gündelik hayatta eşlerin birbirine sağladığı emosyonel desteğin rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu yükseldikçe anksiyete düzeyi azalmaktadır. Bulgularımıza paralel olarak Oflaz ve Varol'un (2010) çalışmasında yatan hastalarda anksiyete düzeyi eğitim durumu yükseldikçe azalmıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Türker ve Bedük (2021) KAH tanılı bireylerde anksiyete düzeyini incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre en yüksek anksiyete düzeyinin üniversite seviyesini tamamlamış bireylerde olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda anksiyete düzeyinin ilkokul ve üniversite seviyesi arasında farklılık gösterdiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Demirbaş ve Kaya'nın (2022) yapmış olduğu çalışmada anksiyete düzeyi ile öğrenim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Eğitim durumu dikkate alındığında öğrenim durumuna göre anksiyete düzeyinin çalışmalar arasında farklılık gösterdiği görülmüştür. Bireylerin öğrenim durumu ile edinmiş oldukları tecrübelerin, hastalık algıları ve hastalığa ilişkin bakış açısı üzerinde etkili olarak anksiyete düzeyini belirlediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda çocuğu olan grubunun özel kişi desteği değeri yüksek bulunmuştur. Korkmaz ve Tel'in (2011) yapmış olduğu çalışmada çocuklu ailede yaşamını sürdüren bireylerin özel kişi desteği değerinin, olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda çocuğu olan grubunun depresyon düzeyi düşük bulunmuştur. Korkmaz ve Tel'in (2011) yapmış olduğu çalışmada aile yapısı ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar ve literatürdeki sonuçlar doğrultusunda çocuklu aile yapısının getirmiş olduğu şefkat ve birliktelik ortamı sayesinde bireylerin depresif ruh halinden uzaklaştığı düşünülmektedir.

Çalışan grubunun anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur. Türker ve Bedük'ün (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre çalışan bireylerin anksiyete değeri çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca gelir durumuna kötü olanların depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Aytap ve Özer (2021) kronik hastalığa sahip bireylerde depresyon düzeyini incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre gelir durumu iyiden kötüye gittikçe depresyon değerinin yükseldiği sonucuna varılmış olup depresyon düzeyinin gelir durumundan etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gelir durumuna kötü olanların anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Gök ve Hergül'ün (2020) yapmış olduğu çalışmada ekonomik durumu kötü olan hastaların anksiyete değerinin ekonomik durumu iyi ve orta olanlara kıyasla daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatür

ile benzerlik göstermektedir. Ekonomik koşullar kötüleştikçe anksiyete ve depresyon düzeyinin artması hastalığa bağlı olarak çalışamama ya da gelir elde edememe durumundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda çalışan grubunun Yaklaşım değeri düşük bulunmuştur. Buna göre çalışan bireylerin iş hayatına yoğunlaşması ile strese neden olabilecek dış faktörlerden uzaklaşarak başa çıkma tutumlarını daha etkin kullandıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda birlikte yaşadığı kişiye göre “*negatif duygulanım, depresyon ve uyum sağlama durumu*” anlamlı derecede değişkenlik sağlamaktadır. Nenov-Matt vd.’nin (2020) aktardığına göre yalnız olan insanlar çevresiyle daha az ilişki kurarak sosyal açıdan inhibe olurlar. Erşan vd.’nin (2013) yapmış olduğu çalışmada depresyon değeri birlikte yaşanan kişiye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Kavradım vd.’nin (2022) aktardığına göre başa çıkma tutumları ve bileşenleri üzerinde birlikte yaşanan aile üyelerinin etkisi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan ve literatürden elde edilen sonuçlara göre aile yapısının psikososyal unsurlar üzerindeki etkisinin, aile ortamında kazanılan sosyalliğin dış hayata yansımaları olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanan grubunun arkadaş desteği düşük bulunmuştur. Altunışık ve Doğan’ın (2023) yapmış olduğu çalışmada sigara içiciliği sosyal destek algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ünsal ve Karakurt’un (2021) aktardığına göre sosyal destek algısı sigara içiciliğine göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçların bazıları literatürle bağdaşmakta olup bazıları ise literatürden farklı veriler içermektedir. Sigara kullanımı olan bireylerin dumansız alanlardan uzaklaşarak daha izole alanlarda sigara tüketmesi sebebiyle sosyal çevreden uzak kaldıkları ve bu durumun arkadaş desteği üzerinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda daha önce MI geçiren grubunun özel kişi desteği yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer bir bulguya rastlanmamıştır. Güner’in (2019) aktardığına göre hastalarda sosyal desteğin yeterli seviyede olması sağlık algısı üzerine olumlu etki sağlamaktadır. Buna göre özel kişi desteği başta olmak üzere sosyal destek mekanizmalarının sağlanması ile MI geçiren bireylerde sağlıklı yaşam davranışları kazandırılarak tekrarlı hastalık sürecinin önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eşlik eden ek kronik hastalık anksiyete düzeyini yükseltmektedir.

Akkaya vd.'nin (2018) çalışmasında KAH tanılı bireylerde anksiyete düzeyi incelenmiştir. KAH dışı ek kronik hastalığı olmayan bireylerin anksiyete değeri, olanlara kıyasla düşük olduğu saptanmıştır. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermekte olup ek kronik hastalığı bulunanların sağlık durumlarının daha az stabil ve belirsiz olması, bu bireylerin daha fazla kaygı yaşamasına katkıda bulunacağını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların D Tipi kişilik özelliği ve stres artıça algıladıkları sosyal destek düzeyleri azalmaktadır. KAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin sağlık sonuçlarıyla yakından bağlantılı olduğu iyi bilinmektedir (Kazukauskiene vd., 2021). Ginting vd.'ye (2014) göre D Tipi Kişiliğe sahip bireyler, tepki görme veya onaylanmama korkusu nedeniyle sosyal etkileşimlerde duygularını paylaşmama eğilimindedir ve algılanan sosyal destek eksikliği vardır. D Tipi kişiliğe sahip olan KAH'lıların, D Tipi kişiliği olmayan hastalara kıyasla daha az sosyal destek algıladıkları gösterilmiştir (Yu vd., 2011). Hastaların sosyal desteği daha olumsuz yorumladıkları ve sosyal etkileşimlerde kendilerini güvensiz hissettikleri görülmektedir (Su ve He, 2019). Sosyal destek, istenmeyen ve travmatik olaylarla karşılaşmayla ilişkili zararlı uzun vadeli sağlık etkilerini önlemek veya azaltmak için bir tampon görevi gören hastalık morbiditesi ve mortalitesinin en güvenilir öngörücülerinden biridir (Uchino vd., 2011). Yüksek oranda sosyal destek, stresin olumsuz etkilerini azaltan bir tampon olarak kabul edilir ve böylece çeşitli patolojik süreçlerin seyri üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir; sosyal destek, KAH'lı hastaların prognozunu iyileştirebilir (Pushkarev vd., 2019). Upadhyay vd.'nin (2022) 103 akut MI hastasıyla yapmış olduğu çalışmaya göre; hastalık ile görülen depresyon ve stres gibi bazı sorunlar birleşerek algılanan sosyal destek düzeyinde azalmaya neden olmaktadır. Azalmış sosyal destek algısı nedeniyle sınırlı fiziksel ve sosyal aktivite görülebilir ve KVH riski artabilir. Bu hususta hastalara zamanında gereken emosyonel destek sağlandığı takdirde algılanan sosyal destek düzeyinde iyileşme sağlanabileceği ve sağlıklı yaşam tarzının sağlanacağı ifade edilmektedir. Stres varlığında sosyal destek mekanizmaları harekete geçerek alıcının ihtiyaçlarına cevap vererek stresörler üzerinde faydalı etkilere sahip olabilmektedir (Uchino vd., 2011). Buna göre sosyal destek algısı zayıf olan bireylerdeki yetersiz duygusal ve sosyal etkileşimin, negatif duygulanım ile sosyal içe dönüklük gibi birtakım psikolojik semptomlara ve olumsuz sağlık sonucuna sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalarda negatif duygulanımları artıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri de artmaktadır. Carney ve Freedland (2017) göre depresyon KAH tanısı olan bireylerde KVH morbiditesi ve mortalitesi için bilinen yaygın bir risk faktörüdür ve sıklıkla D Tipi kişilik ile birlikte görülmektedir. Al-Qezweny vd.'ye (2016) göre anksiyete semptomları D Tipi kişilik, depresyon ve KAH'ta kötü prognoz ile ilişkilidir. Sosyal açıdan içe dönük bireyler anksiyete geliştirmeye karşı daha savunmasızdır ve bu nedenle D Tipi kişiliğe sahip bireyler yüksek düzeyde anksiyete semptomları yaşama riski altındadır (Staniütè vd., 2015). KAH'ın seyrinde yaşanabilecek negatif duygulanımın bireyi olumsuz düşüncelere sevk edebileceği gibi anksiyöz, stresli ve depresif mizaca yönelteceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda “*Negatif Duygulanım ve Sosyal İçe Dönüklük ile Kendine Yardım ve Yaklaşım*” arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. D Tipi Kişilik özelliğinin etkili başa çıkma yöntemleri üzerine olumsuz etki sağladığı görülmektedir. Literatürde elde ettiğimiz bulgulara paralellik gösteren örnekler mevcuttur. Sumin vd.'nin (2022) yaptığı çalışmada D Tipi Kişilik alt boyutları ile etkisiz başa çıkma tutumları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Staniütè vd.'nin (2015) aktardığına göre D Tipi Kişilik özelliği, KVH'lerin ilerlemesine ve hasta sonuçlarının kötüleşmesine zemin hazırlayabilecek çok sayıda davranışsal özellik ile ilişkilidir. Buna göre D Tipi Kişiliğin getirdiği davranışsal olumsuzluklar önlenerek etkili başa çıkma yöntemlerinin daha fazla kullanılacağı ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının artacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Özel Kişi ve Aile Desteği ile Kendine Yardım ve Yaklaşım arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin algılanan sosyal desteği arttıkça etkili başa çıkma yöntemlerine daha sık başvurdukları görülmektedir. Akranlardan, aileden ve arkadaşlardan alınan desteğin de tehdit ve stres yaratıcı olaylar karşısında bireylerin duygusal dengelerini korumalarına yardımcı olduğu gösterilmiştir (Labrague, 2021). Sosyal destek algısı arttıkça sorunlarla başa çıkma daha etkin olmakta ve ihtiyaç anında destek alma davranışı gelişmektedir (Bedel ve Kutlu, 2018). Aile ve özel kişilerden alınan direktifler, olumlu yönlendirmeler neticesinde bireylerin etkili başa çıkma tutumlarına daha fazla yöneldiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Depresyon ile Sakınma Kaçınma, Anksiyete ile Sakınma Kaçınma ve Kendine Ceza arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Schlichte vd.'nin (2022)

aktardığına göre felaketleştirme gibi etkisiz başa çıkma tutumları depresif semptomları doğurmaktadır. Depresif semptomların beraberinde getirdiği ruh hali ile bireylerin sağlık kuruluşuna başvurma ve destek arama gibi birtakım başa çıkma tutumlarına yönelmektedirler. Aynı zamanda stresli ve depresif durumlarda çaresizlik, kabullenme gibi pasif başa çıkma stratejilerinin kullanılması ile depresyona eğilimin artabileceği ifade edilmektedir. Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik olumsuzluk yaşayan bireylerin etkisiz başa çıkma yöntemlerine daha sık yöneldiği dikkat çekmektedir (Dağlar ve Nur, 2014). Hastalık seyri, tedavi süreci ve bilgi eksikliği gibi faktörlerin psikolojik durumu olumsuz etkileyebileceği ve etkisiz başa çıkma tutumlarına neden olabileceği düşünülmektedir.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Koroner arter hastalığı tanısına sahip örneklem grubumuzda yüksek düzeyde D Tipi Kişilik özelliği ve algılanan sosyal destek düzeyi saptanmıştır. Hastalarımızın depresyon ve anksiyete düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Başa çıkma tutumları iyi durumda olup hastaların çeşitli başa çıkma tutumlarına başvurduğu görülmüştür. D Tipi Kişilik özelliği bulunan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin zayıf olduğu; depresyon anksiyete ve stres gelişiminin ise güçlü olduğu saptanmıştır. D Tipi Kişilik özelliği, depresyon ve anksiyetesi olan hastaların etkili başa çıkma yöntemlerini olumsuz, algılanan sosyal desteğin ise etkili başa çıkma yollarını olumlu etkilediği saptanmıştır. Kadınlarda D Tipi Kişilik, depresyon, anksiyete, stres ve etkisiz başa çıkma; bekar bireylerde D Tipi Kişilik, depresyon, uyum sağlama; Okuryazar olmayanların anksiyete düzeyinin; çocuğu olan grubunun özel kişi desteğinin; çalışmayanların anksiyete ve Yaklaşım değerinin, geliri az olanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin; ek kronik hastalığı olanların anksiyete düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ❖ D Tipi Kişiliğin KAH oluşumu ve hastalığın seyri açısından negatif bir etken olduğu bilindiği için kişilik özellikleri göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Bu sebeple hastaların medikal takibinin yanında psikolojik durum takibinin göz ardı edilmemesi,
- ❖ Tedavi sürecinde aileden, arkadaştan ve özel kişilerden sağlanacak sosyal desteğin önemi bilinmektedir. Bu sebeple eğitimlere hasta yakınlarını da dahil ederek sosyal destek mekanizmasının sürdürülmesi,
- ❖ KAH risk faktörleri ele alındığında yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı gibi risk faktörlerinden bazılarının D Tipi Kişilik, depresyon, anksiyete ve stres için de önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu sebeple hem KAH'ın hem de psikososyal sorunların etkin bir şekilde yönetilebilmesi için risk faktörlerinin saptanması,
- ❖ Hastaların D Tipi Kişilik özelliğinin, sosyal destek algılarının ve psikolojik durumlarının başa çıkma tutumları üzerindeki etkisi bilinmektedir ve çalışmamızda yer almaktadır. Aynı zamanda negatif duygulanım, sosyal içe

dönüklük, özel kişi ve arkadaş desteği gibi bazı değişkenlerin etkili ve etkisiz başa çıkma tutumları üzerine etkisi dikkat çekmiştir. Bu sebeple hastalara mevcut kişilik özelliği ve algıladıkları sosyal destek düzeyine göre etkili başa çıkma yöntemlerinin kazandırılması,

- ❖ Negatif duygulanım ve sosyal ie dönüklüğün kadınlarda daha yüksek olduğu bilinmektedir. Cinsiyeti de göz önünde bulundurarak hastalara gerekli danışmanlığın ve konsültasyonun sağlanması,
- ❖ çalışmamızın daha geniş ve farklı örneklemler gruplarına uyarlanması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Abacı, A. (2009). The Current Status of Cardiovascular Risk Factors in Turkey. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39(Suppl 4), 1–5.
<https://doi.org/10.5543/tkda.2011.abaci>
- Akbulut, E., Tülüce, D., Kahraman, B.B. (2016). The Role of Nurses in Cardiac Rehabilitation. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(14), 140–146.
<https://doi.org/10.5543/khd.2016.54254>
- Akdemir, N. (2020). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara. Akademisyen Kitabevi.
- Akkaya, S., Polat, C., Ede, H., Öztürk, Ö. (2018). Koroner Anjiyografi Laboratuvarına Sevki Yapılan Hastalarda; Depresyon, Anksiyete ve Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti İlişkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 40-45.
- Alkan, H.Ö. (2016). Patient Education and Behavior Change Development. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(60), 41–47.
<https://doi.org/10.5543/khd.2016.29591>
- Altunbaş, G., Ercan, S., Davutoğlu, V., Ünal, A., Bülbül, F. (2012). Relationship of Cardiovascular Disease and Depression. *Disorders*, 2(2), 84.
<https://doi.org/10.5455/jmood.20120615043521>
- Altunışık, B., Doğan, N. (2023). KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing/Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 25(3)
- Al-Quezweny, M.N.A., Utens, E.M.W.J., Dulfer, K., Hazemeijer, B.A.F., van Geuns, R.J., Daemen, J., et al. (2016). The Association Between Type D Personality, and Depression and Anxiety Ten Years After PCI. *Netherlands Heart J.* 24, 538–543. doi: 10.1007/s12471-016-0860-4
- Annaç, S. (2019). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı, Gaziantep.

- Annagür, B.B., Demir, K., Avcı, A., Uygur, Ö. F. (2017). Impact of a Type D Personality on Clinical and Psychometric Properties in a Sample of Turkish Patients with a First Myocardial Infarction. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000201>
- Aslan, H. (2021). *Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Süreci içinde*. Eroğlu, N., Temiz, G. (Ed.). *Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Süreci*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 978-605-335-631-8
- Aydemir, T., Çetin, Ş. (2019). *Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım*. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.
- Aydemir, Y., Doğru, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu Ölmez, E., Gündüz H. (2015). *Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi*. *Sakarya Med J*, 5(4): 199-203.
- Aydın, C., Özel, Ç.H. (2017). *A ve B Kişilik Tiplerinin Boş Zaman Davranışlarının Kıyaslanması*. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 21-41.
- Aytaç, F., Özer, Z. *Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler*. *TJFMPC*, 2021;15(2): 212-222.
- Badır, A., Demir Korkmaz, F. (2020). *Koroner Arter Hastalıkları içinde*; Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Eds.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara. Akademisyen Kitabevi.
- Bafghi, S. M. S., Ahmadi, N., Ardekani, S. M. Y., Jafari, L., Ardekani, B. B., Heydari, R., ... Faraji, R. (2018). *A survey of coping strategies with stress in patients with acute myocardial infarction and individuals without a history of fixed myocardial infarction*. *Cardiology research*, 9(1), 35.
- Basit, H., Malik, A., Huecker, M. R. (2023). *Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction*. In *Stat Pearls*. Stat Pearls Publishing.
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., Sibbritt, D. (2021). *The Relationship Between Social Support and Mental Health Problems During Pregnancy: a Systematic Review*

and Meta-Analysis. *Reproductive Health*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>

- Bedel, A., Kutlu, A. (2018). Examining Coping Strategies in Accordance with Perceived Social Support. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 107–122. <https://doi.org/10.29029/busbed.378121>
- Brannon, L., Feist, J., Updegraff, J.A. (2013). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (8th ed.). Cengage Learning.
- Boudoulas, K. D., Triposciadis, F., Geleris, P., Boudoulas, H. (2016). Coronary Atherosclerosis: Pathophysiologic Basis for Diagnosis and Management. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 676–692. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.04.003>
- Bozo, Ö., Yılmaz, T., Tathan, E. (2012). C Tipi Davranış Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13 (2), 145-150.
- Buczowska, M., Górski, M., Domagalska, J., Buczowski, K., Nowak, P. (2022). Type D Personality and Health Behaviors in People Living with Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14650. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214650>
- Bulduk, B., Aktaş, M., Bulduk, M. (2017). Mental Disorders Following Acute Myocardial Infarction. *Journal of Academic Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.1005>
- Burford, N. G., Webster, N. A., Cruz-Topete, D. (2017). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Modulation of Glucocorticoids in the Cardiovascular System. *International journal of molecular sciences*, 18(10), 2150.
- Burkauskas, J., Brožaitienė, J., Bunevičius, A., Neverauskas, J., Zaliunaite, V., Bunevičius, R. (2016). Association of Depression, Anxiety, and Type D Personality with Cognitive Function in Patients with Coronary Artery Disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 29(2), 91–99. <https://doi.org/10.1097/wnn.0000000000000093>

- Cao, Q., Yu, S., Xiong, W., Li, Y., Li, H., Li, J., Li, F. (2018). Waist-hip Ratio as a Predictor of Myocardial Infarction Risk. *Medicine*, 97(30), e11639. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011639>
- Carney, R.M., Freedland, K.E. (2017). Depression and Coronary Heart Disease. *Nat. Rev. Cardiol.* 14, 145–155. doi: 10.1038/nrcardio.2016.181
- Carver, C.S., Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M.J., Drexel, H., Hoes, A.W., Jennings, C., Landmesser, U., Pedersen, T. R., Reiner, Ž., Riccardi, G., Taskinen, M., Tokgozoglul, L., Verschuren, W.M.M., Vlachopoulos, C., Wood, D., Zamorano, J.L. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 37(39), 2999–3058. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>
- Celano, C.M., Villegas, A.H., Albanese, A.M., Gaggin, H.K., Huffman, J.C. (2018). Depression and Anxiety in Heart Failure: a Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 175–184. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000162>
- Chamberlain, L. (2017). Perceived Social Support and Self-care in Patients Hospitalized with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(8), 753–761. <https://doi.org/10.1177/1474515117715842>
- Chen, X., Xu, L., Li, Z. (2022). Autonomic Neural Circuit and Intervention For Comorbidity Anxiety and Cardiovascular Disease. *Frontiers in Physiology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.852891>
- Civek, S., Akman, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de Kardiyovasküler Hastalıkların Sıklığı ve Riskin Değerlendirilmesi. *JourTurkFamPhy*; 13 (1): 21-28. Doi: 10.15511/tjtfp.22.00121
- Cohen, B.E., Edmondson, D., Kronish, I.M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59: 676
- Colpani, V., Baena, C.P., Jaspers, L., Van Dijk, G., Farajzadegan, Z., Dhana, K., Tielemans, M.J., Voortman, T., Freak-Poli, R., Veloso, G.G.V., Chowdhury,

- R., Kavousi, M., Muka, T., Franco, O.H. (2018). Lifestyle Factors, Cardiovascular Disease and All-cause Mortality in Middle-aged and Elderly Women: a Systematic Review and Meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 33(9), 831–845. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0374-z>
- Crocq, M. (2015). A History of Anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/macrocq>
- Çam, O., Nehir, S. (2011). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 47-59.
- Çayır, A., Turan, M.İ. (2015). Diabetes Mellitusla İlişkili Kardiyak Bozukluklar. *Ankara Medical Journal*. <https://doi.org/10.17098/amj.97668>
- Çelik, M., Çelik, S., Yılmaz, F.T. (2022). Depression and Religious Coping in Patients with Acute Coronary Syndrome in Turkey. *Journal of Religion & Health*, 61(5), 3698–3709. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01548-y>
- Çınar, F. (2021). Kardiyovasküler Sağlık ve Koruyucu Hemşireliği içinde. Çıtlık Sarıtaş, S., Bülbüloğlu, S., Kapıkıran, G. (Ed). *Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahisi ve Bakım*. Ankara. Akademisyen Kitabevi. ISBN: 978-625-7659-59-6
- Çiçek, İ., Aslan, A.E. (2020). Kişilik ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri: Kuramsal Bir Çerçeve. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 10(1), 137-147.
- Çiftçioğlu, H., Polat, Ö.A., Eren, E. (2016). Kişilik Gelişimi. *International Journal of Social Humanites Sciences*, 3(7), 166-177.
- Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36(4), 429-441.
- Dar, T., Radfar, A., Abohashem, S., Pitman, R.K., Tawakol, A., Osborne, M.T. (2019). Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 21(5). <https://doi.org/10.1007/s11936-019-0724-5>
- Denollet, J., Trompeter, H., Kupper, N. (2021). A Review and Conceptual Model of The Association of Type D Personality with Suicide Risk. *Journal of*

- Demirbaş, E., Kaya, Y. (2022). Relationship Between Anxiety, Depression Levels and Coping Style with Stress and Sleep Quality of Patients with Myocardial Infarction. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3), 344–355. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1089634>
- Demirci, D., Demirci, D.E. (2023). Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalıktan Birincil Korunma İçin 2019 ve 2016 Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti/Avrupa Ateroskleroz Derneği Dislipidemi Kılavuzlarının Karşılaştırılması. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 12(2), 201-209.
- Dias, D.deS., Resende, M. V., Diniz, G.doC. (2015). Patient Stress in Intensive Care: Comparison Between a Coronary Care Unit and a General Postoperative Unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18–25.
- Dicle, A.N., Ersanlı, K. (2015). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Academic Social Science*, 16(16), 111-126.
- Dirik, G., Sertel, P., Kartal, M. (2011). Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Duzce Medical Journal*, 13(1), 45-52.
- Doğru, B.V., Yıldırım, Y., Aykar, F.Ş. (2017). Cardiovascular; Diseases; Reflexology; Nursing. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(17), 77–85. <https://doi.org/10.5543/khd.2017.04127>
- Duran, A.T., Romero, E.K., Diaz, K.M. (2022). Is Sedentary Behavior a Novel Risk Factor For Cardiovascular Disease? *Current Cardiology Reports*, 24(4), 393–403. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01657-w>
- Eggers, K. M., Jernberg, T., Lindahl, B. (2021). Risk-Associated Management Disparities in Acute Myocardial Infarction. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03742-6>
- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirligi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-2

- Enç, N., Alkan, H.Ö. (2017). Nursing Care in Elderly Patients with Cardiovascular Disease. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
<https://doi.org/10.5543/tkda.2017.92147i>
- Enatescu, V., Cozma, D., Țiņ, D., Enătescu, I., Simu, M., Giurgi-Oncu, C., Lazăr, M.A., Mornoș, C. (2021). The Relationship Between Type D Personality and The Complexity of Coronary Artery Disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 17, 809–820. <https://doi.org/10.2147/ndt.s303644>
- Emdin, C.A., Odutayo, A., Wong, C.X., Tran, J., Hsiao, A.J., Hunn, B.H.M. (2016). Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Am. J. Cardiol.* 118 (4), 511–519. doi: 10.1016/j.amjcard.2016.05.041
- Ercişli, M.A., Bülbüloğlu, S. (2021). Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Cerrahisinin Nöro-Psikiyatrik Boyutu ve Bakım içinde. Çıtlık Sarıtaş, S., Bülbüloğlu, S., Kapıkıran G. (Eds.). *Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahisi ve Bakım*. Ankara. Akademisyen Kitabevi. ISBN: 978-625-7659-59-6
- Ergin, A., Uzun, S. U., Bozkurt, A. İ. (2014). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Bu Yöntemlerin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 19(1), 31-37.
- Erşan, E. E., Kelleci, M., Baysal, B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16(4), 214-24.
- Fox, C.S. (2010). Cardiovascular Disease Risk Factors, Type 2 Diabetes Mellitus, and the Framingham Heart Study. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 20(3), 90–95. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2010.08.001>
- Friedman, L. E., Gelaye, B., Sanchez, S. E., Williams, M. A. (2020). Association of Social Support and Antepartum Depression Among Pregnant Women. *Journal of Affective Disorders*, 264, 201–205.
- Gardner, J.D., Mouton, A.J. (2015). Alcohol Effects on Cardiac Function. *Comprehensive Physiology*, 791–802. <https://doi.org/10.1002/cphy.c140046>
- Gehani, A. A., Al-Hinai, A. T., Zubaid, M., Almahmeed, W., Hasani, M. R., Yusufali, A. H., Hassan, M. O., Lewis, B. S., Islam, S., Rangarajan, S., Yusuf, S.,

- INTERHEART Investigators in Middle East (2014). Association of risk factors with acute myocardial infarction in Middle Eastern countries: the INTERHEART Middle East study. *European journal of preventive cardiology*, 21(4), 400–410. <https://doi.org/10.1177/2047487312465525>
- Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G. (2012). İnsan Kişiliğini Anlama içinde. Sart, G. (Çev. Ed.). *Psikolojiye Giriş Psikoloji ve Yaşam*. Ankara. Nobel. ISBN: 978-605-133-206-0
- Gilbert, P. (2016). *Depresyon*. Kuraldışı Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Ltd Şti.
- Ginting, H., Van De Ven, M., Becker, E.S., Näring, G. (2014). Type D Personality is Associated with Health Behaviors and Perceived Social Support in Individuals with Coronary Heart Disease. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 727–737. <https://doi.org/10.1177/1359105314536750>
- Gök, F., Hergül, F.K. (2020). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sabiad*, 3(3). <https://doi.org/10.26650/jarhs2020-763519>
- Gulel, O. (2013). Kardiyovasküler Risk Faktörleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.29.s3.003>
- Gülhan Güner, S., Nural, N. (2020). Koroner Arter Hastalığı: Etiyoloji ve Patogenez. Nural, N. (Ed.). *Kalp Damar Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri; p.1-6.
- Güner, Y.O. (2019). Needs of Social Integration in Dialysis Patients. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*: 5, 175–184. <https://doi.org/10.21733/ibad.618596>
- Hageman, S. H. J., Pennells, L., Ojeda, F., Kaptoge, S., Kuulasmaa, K., De Vries, T. I., . . . DiAngelantonio, E. (2021). SCORE2 Risk Prediction Algorithms: New Models To Estimate 10-Year Risk of Cardiovascular Disease in Europe. *European Heart Journal*, 42(25), 2439–2454. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>
- Hajar, R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart views: The Official Journal of the Gulf Heart Association*, 18(3), 109–114. https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17

- Hare, D., Toukhsati, S.R., Johansson, P., Jaarsma, T. (2013). Depression and Cardiovascular Disease: a Clinical Review. *European Heart Journal*, 35(21), 1365–1372. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh462>
- Head, B., Harris, L., Kayser, K., Martin, A.B., Smith, L.S. (2017). As if the Disease was not Enough: Coping with the Financial Consequences of Cancer. *Supportive Care in Cancer*, 26(3), 975–987. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3918-y>
- Hedayatnia, M., Asadi, Z., Zare-Feyzabadi, R., Yaghooti-Khorasani, M., Ghazizadeh, H., Ghaffarian-Zirak, R., Nosrati-Tirkani, A., Mohammadi-Bajgiran, M., Rohban, M., Sadabadi, F., Rahimi, H. R., Ghalandari, M., Ghaffari, M., Yousefi, A., Pouresmaeili, E., Besharatlou, M., Moohebaty, M., Ferns, G. A., Esmaily, H., Ghayour-Mobarhan, M. (2020). Dyslipidemi and Cardiovascular Disease Risk Amongthe MASHAD Study Population. *Lipids in Health and Disease*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12944-020-01204-y>
- Hermano, B. R., Barros, A. L., Lopes, J., Santos, M. A., Lopes, C. T., Santos, V. B. (2021). Evaluation of social support and medication adherence in patients with coronary artery disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 23(66979), 1-8.
- Hisam, A., Rahman, M.U., Mashhadi, S.F., Raza, G. (2014). Type A andType B Personality Among Undergraduate Medical Students: Need for Psychosocial Rehabilitation. *Pak J MedSci*. Nov-Dec;30(6):1304-7. doi: 10.12669/pjms.306.5541
- Heo, J. M., Kim, C. (2020). The Mediating Effect of Resilience on The Relationship Between Type D Personality and Self-Care Behavior in Patients with Heart Failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(4). <https://doi.org/10.1111/jjns.12359>
- Irmak, H., Yardım, N., Temel, F., Keklik, K. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/kitap_ve_makale/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf Erişim: 05.09.2023

- Ibáñez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M.J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A.L., Crea, F., Goudevenos, J., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., . . . Gale, C.P. (2017). 2017 ESC Guidelines For the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- İnangil, D., Şendir, M. (2014). Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 96-101.
- Iqbal, N., Dar, K.A. (2015). Negative Affectivity, Depression, and Anxiety: Does Rumination Mediate The Links? *Journal of Affective Disorders*, 181, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.002>
- İştar, E. (2012). Stres ve verimlilik ilişkisi. *Akademik Bakış Dergisi*, 33(1), 1-21.
- Kafes, A.Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186–194. <https://doi.org/10.47793/hp.867111>
- Kalantarzadeh, M., Alavi, M., Yousefi, H., Maghsoudi, J., Hungerford, C., Cleary, M. (2021). Coping with Chronic Cardiovascular Disease in Iran: A Qualitative Study. *Nursing & Health Sciences*, 23(4), 843–851. <https://doi.org/10.1111/nhs.12869>
- Kalkan Uğurlu, Y., Öz Alkan, H., Enç, N. (2019). Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı içinde; Enç, N. (Ed.). *Kardiyovasküler Hemşirelik*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kapıkıran, G., (2021). Kalp Hastalıkları ve Bakım içinde. Çıtlık Sarıtaş, S., Bülbüloğlu, S., Kapıkıran G. (Eds.). *Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahisi ve Bakım*. Ankara. Akademisyen Kitabevi. ISBN: 978-625-7659-59-6
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Katta, N., Loethen, T., Lavie, C.J., Alpert, M.A. (2021). Obesity and Coronary Heart Disease: Epidemiology, Pathology, and Coronary Artery Imaging. *Current*

Problems in Cardiology, 46(3), 100655.
<https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.100655>

Kauw, D., Schoormans, D., Sieswerda, G.T., Van Melle, J.P., Vliegen, H.W., Van Dijk, A.P., Hulsbergen-Zwarts, M.S., Post, M.C., Ansink, T.J., Mulder, B.J., Bouma, B.J., Schuurin, M.J. (2022). Type D Personality Associated with Increased Risk For Mortality in Adults with Congenital Heart Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(2), 192–196.
<https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000747>

Kavradım, S.T., Sert, M., Özer, Z. (2022). Determination of Death Anxiety and Coping Attitudes of Individuals with Myocardial Infarction. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 13(31), 65–73. <https://doi.org/10.5543/khd.2022.214169>

Kavurmacı, M. (2023). Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi içinde. Tan, M., Kavurmacı, M., Akgün Şahin, Z. (Eds.). *Kardiyoloji Hemşireliği*. İstanbul Tıp Kitabevleri. ISBN: 978-625-8103-63-2

Kažukauskienė, N., Bunevičius, A., Gečaitė-Stončienė, J., Burkauskas, J. (2021). Fatigue, Social Support, and Depression in Individuals with Coronary Artery Disease. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732795>

Keskin, G., Gümüş, A.B. (2012). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Anksiyete, Öfke ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi. In *Yeni Symposium* (Vol. 50, No. 3).

Kim, S., Choi, M., Lee, J.H., Kim, H., Song, K.J., Park, H. (2022). Type D Personality, Cognitive Illness Perception, Depression, Approach Coping, and Self-Management Among Older Adults in Long-term Care Hospitals: Structural Equation Modeling. *Geriatric Nursing*, 48, 150–157.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.09.011>

Kloner, R. A., Chaitman, B. (2017). Angina and Its Management. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 22(3), 199–209.
<https://doi.org/10.1177/1074248416679733>

Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., ... Clapp, B. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of

chronic coronary syndromes The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 41, 407-477

Kolaç, N., Köseoğlu Örnek, Ö. (2021). Kronik Hastalıklardan Korunma içinde. Eroğlu, N., Temiz, G. (Ed.). *Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Süreci*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. ISBN: 978-605-335-631-8

Kondo, T., Nakano, Y., Adachi, S., Murohara, T. (2019). Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society*, 83(10), 1980–1985. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0323>

Koplay, M., Erol, C. (2013). Koroner Arter Hastalığı. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 1(1), 57–69. <https://doi.org/10.5152/trs.2013.007>

Korkmaz, T., Havva, T. (2010). Koah'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 79-86.

Kumsar, A.K., Yılmaz, F.T. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. <https://doi.org/10.26453/otjhs.338014>

Kupfer, D.J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 245–246. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/dkupfer>

Kupper, N., Denollet, J. (2018). Type D Personality as a Risk Factor in Coronary Heart Disease: a Review of Current Evidence. *Current Cardiology Reports*, 20(11). <https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x>

L. (2022). Non-communicable Diseases: Whatnow?. *Lancet (London, England)*, 399(10331), 1201. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00567-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00567-0)

Labrague, L.J. (2021). Psychological Resilience, Coping Behaviours and Social Support Among Health Care Workers During The COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893–1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>

- Lală, A., Bobîrnac, G., Tipa, R. (2010). Stress Levels, Alexithymia, Type A and Type C Personality Patterns in Undergraduate Students. *J Med Life*. Apr-Jun;3(2):200-5.
- Liblik, K., Mulvagh, S.L., Hindmarch, C., Alavi, N., Johri, A. M. (2022). Depression and Anxiety Following Acute Myocardial Infarction in Women. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 32(6), 341–347. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2021.07.00>
- Li, C.C., Chang, S.R., Shun, S.C. (2019). The Self-Care Coping Process in Patients with Chronic Heart Failure: A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 509–519
- Li, Y., Feng, Z., Feng, D. (2022). Does Type A Personality Have a Positive or Negative Impact on The Delayed Retirement Intention of Older Workers? *Australasian Journal on Ageing*, 41(4). <https://doi.org/10.1111/ajag.13119>
- Li, Y., Hsieh, I., Ueng, K., Wang, Y., Cheng, S., Wu, C., Wu, C., Hsieh, M., Jen, H. L., Chang, C., Chen, Y. (2021). Antithrombotic Treatment of Stable Coronary Artery Disease. *PubMed*. [https://doi.org/10.6515/acs.202111_37\(6\).20210513a](https://doi.org/10.6515/acs.202111_37(6).20210513a)
- Li-Xia, L., Liu, Y., Shi, Y., Jiang, T., Hong-Ru, Z., Bing-Han, L., Xu, P., Shi, T. (2022). Family Care and Subjective Well-Being of Coronary Heart Disease Patients After Percutaneous Coronary Intervention: Mediating Effects of Coping Strategies. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(1), 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.09.006>
- Liu, L., Wang, X., Cao, X., Gu, C., Yang, C., Ouyang, Y. (2018). Self-Care Confidence Mediates The Relationship Between Type D Personality and Self-Care Adherence in Chinese Heart Failure Patients. *Heart & Lung*, 47(3), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.006>
- Lodder, P., Kupper, N., Antens, M., Wicherts, J. (2021). A Systematic Review Comparing Two Popular Methods to Assess a Type D Personality Effect. *General Hospital Psychiatry*, 71, 62–75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.04.002>

- Lü, L., Liu, M., Sun, R., Zheng, Y., Zhang, P. (2015). Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 72(3), 865–867. <https://doi.org/10.1007/s12013-015-0553-4>
- Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., Chakraborty, S. (2019). A Review on Coronary Artery Disease, Its Risk Factors, and Therapeutics. *Journal of Cellular Physiology*, 234(10), 16812–16823. <https://doi.org/10.1002/jcp.28350>
- Manoj, M., Joseph, K., Vijayaraghavan, G. (2020). Type D Personality and Myocardial Infarction: A Case-Control Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6), 555–559. <https://doi.org/10.1177/0253717620941157>
- McMahon, S., Ades, P.A., Thompson, P.D. (2017). The Role of Cardiac Rehabilitation in Patients with Heart Disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 420–425. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.02.005>
- Mercadante, A. A., Raja, A. (2023). Anatomy, Arteries. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Mickelson, R.S., Holden, R.J. (2018). Medication Management Strategies Used by Older Adults with Heart Failure: A Systems-Based Analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(5), 418–428.
- Mitsis, A., Gragnano, F. (2021). Myocardial Infarction with and without ST-segment Elevation: a Contemporary Reappraisal of Similarities and Differences. *Current cardiology reviews*, 17(4), e230421189013. <https://doi.org/10.2174/1573403X16999201210195702>
- Musazzi, L., Tornese, P., Sala, N., Popoli, M. (2017). Acute or Chronic? A Stressful Question. *Trends in Neurosciences*, 40(9), 525-535.
- Najafi Ghezalje, T., Emami, A. (2014). Strategies For Recreating Normal Life: Iranian Coronary Heart Disease Patients' Perspectives on Coping Strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15–16), 2151–2160.
- Nechita, D., Nechita, F., Motorga, R. (2018). A Review of the Influence the Anxiety Exerts on Human Life. *Rom J Morphol Embryol*;59(4):1045-1051. PMID: 30845283.

- Nenov-Matt, T., Barton, B.B., Dewald-Kaufmann, J., Goerigk, S., Rek, S., Zentz, K., Musil, R., Jobst, A., Padberg, F., Reinhard, M. (2020). Loneliness, Social Isolation and Their Difference: A Cross-Diagnostic Study in Persistent Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.608476>
- Oflaz, F., Vural, H. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 17(1), 1-7.
- Onat, A., Can, G. (2017). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. (ed) Onat A. “TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük” içinde. İstanbul, Logos yayıncılık Tic. A.Ş.:21-28
- Ok, E. (2023). Anksiyete içinde. Oğuz, S., Ünver, V., Çamcı, G., Kocatepe, V. (Eds.). *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik*. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. ISBN: 978-625-8103-44-1
- Okumuş, M., Can, M.M. (2019). Göğüs Ağrısı içinde. Taşçı, A.İ. (Ed.). *Semptomlar ve Klinik Durumlar*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 978-605-335-444-4
- Öncü, E., Köksoy Vayısoğlu, S. (2018). D Tipi Kişilik Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Ankara Medical Journal*, 18 (4), 646-656.
- Örnek, Ö.K., Günaydin, H.N., Kolaç, N., Açıkgöz, B., Kavala, A.A., Türkyılmaz, S. (2022). Anxiety Levels of Cardiovascular Surgery Patients: Investigation of Coping Methods, Self-Efficacy Level and Social Support Mechanisms: Descriptive and Relational Research. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences :/Cardiovascular Sciences*, 34(2), 35-45. <https://doi.org/10.5336/cardiosci.2022-88726>
- Özarlan, Z., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z.I., Saygılı, S. (2013). Coping Strategies in Depressive Patients. *Marmara Medical Journal*. <https://doi.org/10.5472/mmj.2013.02692.2>
- Özel, Y., Bay Karabulut, A. (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.

- Özer, Z., Turan Kavradım, S. (2022). Koroner arter hastalığı içinde. Ünsal Avdal, E. (Ed.). Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara. Hipokrat Yayıncılık. ISBN: 978-625-7399-64-7
- Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., Nasıroğlu, S. (2012). Personality Development. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler – Current Approaches in Psychiatry*, 4(4), 566. <https://doi.org/10.5455/cap.20120433>
- Öztürk, S., Öztürk, S. (2012). Approach of Dyslipidemia; as a Cardiovascular Risk Factor. *Abant Tıp Dergisi*, 1(2), 89–93. <https://doi.org/10.5505/abantmedj.2012.88598>
- Park, C., Won, M.H., Son, Y. (2020). Mediating Effects of Social Support Between Type D Personality and Self-care Behaviours Among Heart Failure Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1315–1324. <https://doi.org/10.1111/jan.14682>
- Pathak, L.A., Shirodkar, S., Ruparelia, R., Rajebahadur, J. (2017). Coronary Artery Disease in Women. *Indian Heart Journal*, 69(4), 532–538. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.05.023>
- Pınar, Ş.E., Tel, H. (2012). Individual with a Diagnosis of Depression and Nursing Approach. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86–91. <https://doi.org/10.5505/phd.2012.14633>
- Polikandrioti, M., Olympios, C. (2014). Anxiety and Coronary Artery Disease. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 31(4).
- Pushkarev, G., Kuznetsov, V., Yaroslavskaya, E., Bessonov, I. (2019). Social support for patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of psychosomatic research*, 119, 74-78.
- Pützer, A., Brüne, M., Hatt, H., Wolf, O.T. (2020). Hedione Reduces Subjective Vicarious Stress. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00297>
- Pyxaras, S. A., Wijns, W., Reiber, J. H. C., Bax, J. J. (2018). Invasive Assessment of Coronary Artery Disease. *Journal of Nuclear Cardiology*, 25(3), 860–871. <https://doi.org/10.1007/s12350-017-1050-5>

- Raykh, O.I., Сумин, А.Н., Коков, А.Н., Индукаева, Е.В., Артамонова, Г.В. (2020). Association of Type D Personality and Level of Coronary Artery Calcification. *Journal of Psychosomatic Research*, 139, 110265. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110265>
- Richardson, S., Shaffer, J.A., Falzon, L., Krupka, D., Davidson, K.W., Edmontson, D. (2012). Meta-analysis of Perceived Stress and its Association with Incident Coronary Heart Disease. *The American Journal of Cardiology*, 110(12), 1711-1716
- Roerecke, M. (2021). Alcohol's Impact on the Cardiovascular System. *Nutrients*, 13(10), 3419. <https://doi.org/10.3390/nu13103419>
- Roest, A.M., Martens, E.J., de Jonge, P., Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: a Meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*; 56:38–46.
- Roohafza, H., Askari, M., Nouri, F., Talaei, M., Sarrafzadegan, N., Sadeghi, M. (2021). Do Coping Strategies Really Affect Cardiovascular Events? The Isfahan Cohort Study of Adults in Eastern Mediterranean Regional Office. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 483–490. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab110>
- Saeed, A., Ballantyne, C.M. (2017). Assessing Cardiovascular Risk and Testing in Type 2 Diabetes. *Current Cardiology Reports*, 19(3). <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0831-4>
- Sahoo, S., Padhy, S.K., Padhee, B., Singla, N., Sarkar, S. (2018). Role of Personality in Cardiovascular Diseases: An Issue That Needs to be Focused Too! *Indian Heart Journal*, 70, S471-S477.
- Saito, Y., Oyama, K., Tsujita, K., Yasuda, S., Kobayashi, Y. (2023). Treatment Strategies of Acute Myocardial Infarction: Updates on Revascularization, Pharmacological Therapy, and Beyond. *Journal of Cardiology*, 81(2), 168–178. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2022.07.003>
- Sakman, Z. (2019). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu

Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı,
Gaziantep

- Salk, R. H., Hyde, J. S., Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Sarıçam, H. (2018). The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Health Control and Clinical Samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.
- Savcı, M., Aysan, F. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2014(3), 44-56.
- Sbolli, M., Fiuzat, M., Cani, D., O'Connor, C.M. (2020). Depression and Heart Failure: The Lonely Comorbidity. *European Journal of Heart Failure*, 22(11), 2007–2017. <https://doi.org/10.1002/ejhf.186>
- Schlichte, I., Petri, S., Dengler, R., Meyer, T., Haghikia, A., Vielhaber, S., Vogt, S. (2022). Pain-Related Coping Behavior in ALS: The Interplay Between Maladaptive Coping, the Patient's Affective State and Pain. *Journal of Clinical Medicine*, 11(4), 944. <https://doi.org/10.3390/jcm11040944>
- Schwarz, S., Messerschmidt, H., Dören, M. (2007). Psychosoziale Einflussfaktoren für Die Krebsentstehung. *Medizinische Klinik- Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 102(12), 967–979. <https://doi.org/10.1007/s00063-007-1128-y>
- Serçin Bayındır, K. (2021). Koroner Arter Hastalarının Bilgi Düzeyi ve Eğitim Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, İstanbul.
- Sevinç, S. (2017). [Cardiovascular Diseases and Nursing Management]. Ovayolu, N., Ovayolu Ö. (Ed.). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Genişletilmiş 2. Baskı. Adana. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; p.129-133.

- Shimanoë, C., Hara, M., Nishida, Y., Nanri, H., Otsuka, Y., Nakamura, K., Higaki, Y., Imaizumi, T., Taguchi, N., Sakamoto, T., Horita, M., Shinchi, K., Tanaka, K. (2015). Perceived Stress and Coping Strategies in Relation to Body Mass Index: Cross-Sectional Study of 12,045 Japanese men and women. *PLoS ONE*;10: e0118105.
- Smith, J.N., Negrelli, J.M., Manek, M.B., Haves, E.M, Viera, A.J. (2015). Diagnosis and Management of Acute Coronary Syndrome: an Evidence Based Update. *J Am Board FamMed*; 28(2):283-293
- Staniūtė, M., Brožaitienė, J., Burkauskas, J., Kažukauskienė, N., Mickuvienė, N., Bunevičius, R. (2015). Type D Personality, Mental Distress, Social Support and Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients with Heart Failure: a Longitudinal Observational Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0204-2>
- Steptoe, A., Kivimäki, M. (2013). Stress and Cardiovascular Disease: an Update on Current Knowledge. *Annu Rev Public Health*; 34:337–354.
- Strain, W. D., Paldánus, P.M. (2018). Diabetes, Cardiovascular Disease and The Microcirculation. *Cardiovascular Diabetology*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12933-018-0703-2>
- Straub, R.O. (2014). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach* (4. Baskı). Newyork: W.H. Freeman.
- Su, S. F., He, C. P. (2019). Type D personality, social support, and depression among ethnic Chinese coronary artery disease patients undergoing a percutaneous coronary intervention: An exploratory study. *Psychological reports*, 122(3), 988-1006.
- Sumin, A.N., Prokashko, I.Y., Shcheglova, A.V. (2022). Evaluation of Coping Strategies among Students with Type D Personality. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4918. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084918>
- Svansdóttir, E., Karlsson, H.D., Guðnason, Þ., Ólason, D.Þ., Thorgilsson, H., Sigtryggisdóttir, U., Sijbrands, E.J., Pedersen, S.S., Denollet, J. (2011). Validity of Type D Personality in Iceland: Association with Disease Severity and Risk

- Markers in Cardiac Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 155–166.
<https://doi.org/10.1007/s10865-011-9337-5>
- Sürme, Y. (2019). Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar ve Stres Yönetimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(64), 525–529.
<https://doi.org/10.17719/jisr.2019.3374>
- Svensson, T., Inoue, M., Sawada, N., Yamagishi, K., Charvat, H., Saito, I., Kokubo, Y., Iso, H., Kawamura, N., Shibuya, K., Mimura, M., Tsugane, S. (2016). Coping Strategies and Risk of Cardiovascular Disease Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *European Heart Journal*, 37(11), 890–899. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv724>
- Şimşek, A.K., Alpar, Ş.E. (2020). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Kazandırılması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*.
<https://doi.org/10.5543/khd.2020.80299>
- Şirin, H.D., Şirin, E.F., Erdoğan, A. (2023). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Olumlu Gelecek Beklentisi Arasında Stresle Başa Çıkma Tarzının Aracı Rolü. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 28(2), 122–134.
<https://doi.org/10.53434/gbesbd.1190801>
- Şişman, N. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Uyum Süreci içinde. Eroğlu, N., Temiz, G. (Ed.). *Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Süreci*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 978-605-335-631-8
- Wang, M., Norris, C.M., Graham, M.M., Santana, M.L.a.D., Liang, Z., Awosoga, O., Southern, D., James, M.T., Wilton, S.B., Quan, H., Lu, M., Ghali, W.A., Knudtson, M.L., Sajobi, T.T. (2019). Trajectories of Perceived Social Support in Acute Coronary Syndrome. *Quality of Life Research*, 28(5), 1365–1376.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-02095-4>
- World Health Organization. Cardiovascular Diseases. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 Erişim: 18.04.2023
- World Health Organization. Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes Of Death and Disability, 2021.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> Erişim: 11.04.2023

World Health Organization. Noncommunicable Diseases.

https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

Erişim: 04.04.2023

World Health Organization. Obesity and Overweight.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Erişim: 17.10.2023

Tan, C., Chin, X., Chng, S.T., Lee, J., Ooi, C. S. (2022). Perceived Social Support Increases Creativity: Experimental Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11841. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811841>

Taymur, İ., Türkçapar, M.H. (2012). Personality: Description, Classification and Evaluation. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 154. <https://doi.org/10.5455/cap.20120410>

Tekin, E., Yazgan Çilesiz, Z., Gede, S. (2019). Farklı Mesleklerde Çalışanların Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Üzerine Bir Araştırma. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 79-89.

Temeloğlu Şen, E. (2020). Koroner Kalp Hastalıkları içinde. Aydemir, N., Hocoğlu Uzunkaya, A. (Ed.). *Sağlık Psikolojisi Alan Uygulamaları: Kronik Hastalıklar*. Ankara. Nobel. ISBN: 978-625-402-946-2

TEMED Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*, 2019

Terzic, A., Waldman, S. (2011). Chronic Diseases: The Emerging Pandemic. *Clinical and Translational Science*, 4(3), 225–226. <https://doi.org/10.1111/j.1752-8062.2011.00295.x>

Tetik, S., Tanrıverdi, B. (2016). Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 21(24530), 1–9. <https://doi.org/10.12991/marupj.259875>

Timmermans, I., Versteeg, H., Duijndam, S., Graafmans, C., Polak, P., Denollet, J. (2017). Social Inhibition and Emotional Distress in Patients with Coronary

- Artery Disease: The Type D Personality Construct. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 1929–1944. <https://doi.org/10.1177/1359105317709513>
- Topbaş, E., Bingöl, G. (2017). Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *JoNN.*;12(1):36-42.
- Towndend, M.C. (2016). Kişilik Gelişimi Kavramları içinde. Özcan, C.T., Gürhan, N. (Çev. Ed.). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları*. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi. ISBN: 978-605-9942-41-6
- Tully, P.J., Harrison, N.J., Cheung, P., Cosh, S. (2016). Anxiety and Cardiovascular Disease Risk: a Review. *Current Cardiology Reports*, 18(12). <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0800-3>
- Tunçbilek, Z., Çelik, S.Ş. (2017). Koroner Arter Baypas Grefti Ameliyatı Olan Yaşlı Bireyler ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J SurgNurs-Special Topics*; 3(2):151-6
- Türker, E., Bedük, T. (2021). Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 80-90.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=%C3%96l%C3%BCm%20say%C4%B1s%C4%B1%202020%20y%C4%B1n%C4%B1nda%200507,%2C4%C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu>. Erişim: 19.04.2023
- Türkmen, E., Badır, A., Ergün, A. (2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 223-231.
- TÜSEB, Bulaşıcı olmayan hastalıklar nelerdir? Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-> Erişim: 08.04.2023

- Torgersen, K.S., Sverre, E., Weedon-Fekjær, H., Andreassen, O.A., Munkhaugen, J., Dammen, T. (2023). Risk of Recurrent Cardiovascular Events in Coronary Artery Disease patients with Type D personality. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1119146>
- Traş, Z., Arslan, E. (2013). Ergenlerde Sosyal Yetkinliğin, Algılanan Sosyal Destek Açısından İncelenmesi. *İlköğretim Online*, 12(4), 1133-1140
- Tsabedze, N., Kinsey, J., Mpanya, D., Mogashoa, V., Klug, E., Manga, P. (2021). The Prevalence of Depression, Stress and Anxiety Symptoms in Patients with Chronic Heart Failure. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00467-x>
- Uchino, B.N., Carlisle, M., Birmingham, W., Vaughn, A.A. (2011). Social Support and The Reactivity Hypothesis: Conceptual Issues in Examining The Efficacy of Received Support During Acute Psychological Stress. *Biological Psychology*, 86(2), 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.04.003>
- Unantenne, N., Warren, N., Canaway, R., Manderson, L. (2013). The Strength to Cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease. *Journal of Religion and Health*, 52(4), 1147–1161
- Upadhyay, V., Bhandari, S.S., Prasad, G.D., Dutta, S., García-Grau, P., Vaddiparti, K. (2022). Improving Depression and Perceived Social Support Enhances Overall Quality of Life Among Myocardial Infarction Survivors: Necessity For Integrating Mental Health Care Into Cardiac Rehabilitation Programs. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery /The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58(1). <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00521-6>
- Usta, Y.Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569–3572. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3569>
- Ünsal, A., Karakurt, P. (2021). Moral and Social Support Statuses and Depressive Symptoms of Patients Aged 65 and Over Who Have Chronic Obstructive Lung Disease. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6(3), 355-368.

- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., Johnson, S. (2018). Associations Between Loneliness and Perceived Social Support and Outcomes of Mental Health Problems: a Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Wirtz, P.H., Von Känel, R. (2017). Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11). <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x>
- Won, M.H., Son, Y. (2016). Perceived Social Support and Physical Activity Among Patients with Coronary Artery Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 39(12), 1606–1623. <https://doi.org/10.1177/0193945916678374>
- Vardar Yağlı, N., İnal İnce, D., Sağlam, M., Çalık Kütükçü, E. (2015). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete ve Depresyonu Belirleyen Faktörler. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 26(1), 40-46.
- Vural, E.T., Dülek, H., Gönenç, İ. (2018). Risk Factors in Cardiovascular Diseases. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 53–58. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.18.00253>
- Xia, N., Li, H. (2018). Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28(9), 837–851. <https://doi.org/10.1089/ars.2017.7312>
- Yağcı, İ., Perinçek, G. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Tanılı Hastaların Fonksiyonel Durumları ile D Tipi Kişilik ve Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişki. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 14(Ek 1), 67–74. <https://doi.org/10.18863/pgy.1090854>
- Yamaguchi, D., Izawa, A., Matsunaga, Y. (2020). The Association of Depression with Type D Personality and Coping Strategies in Patients with Coronary Artery Disease. *Internal Medicine*, 59(13), 1589–1595. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.3803-19>
- Yava, A., Köçkar, Ç. (2017). Kalp ile İlişkilili Bozukluklar içinde. Eti Aslan F., Olgun, N. (Ed.). *Fizyopatoloji*. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi. ISBN: 978-605-9354-41-7

- Yavuz, R., Yavuz, D., Tontuş, H.Ö. (2013). Artan Mortalite ve Morbidite Nedeni Olarak Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Sistemik Yaklaşım. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 30, 47–53. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.30.s1.007>
- Yıldırım, G., Yıldırım Kahrıman, Ş. (2023). Depresyon içinde. Oğuz, S., Ünver, V., Çamcı, G., Kocatepe, V. (Eds.). *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik*. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. ISBN: 978-625-8103-44-1
- Yıldız, H. (2021). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı içinde. Olgun, N., Çelik, S. (Ed.) *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yöntem, M., Erdoğan, B. S., Akdoğan, M., Kaleli, S. (2017). Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısında Kardiyak Markörlerin Önemi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11–17. <https://doi.org/10.26453/otjhs.357230>
- Yu, L., Chen, Y., Wang, N., Xu, K., Wu, C., Liu, T., Fu, C. (2022). Association Between Depression and Risk of Incident Cardiovascular Diseases and Its Sex and Age Modifications: A Prospective Cohort Study in Southwest China. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.765183>
- Yu, X. N., Chen, Z., Zhang, J., Liu, X. (2011). Coping Mediates The Association Between Type D Personality and Perceived Health in Chinese Patients With Coronary Heart Disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 277-284.
- Zengin, H. (2013). Ateroskleroz Patogenezi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(s3), S101–S106. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.29.s3.002>
- Zhang, C., Xiang, C., Tian, X., Xue, J., He, G., Wu, X., Mei, Z., Tian, L. (2021). Roles of Nursing in the Management of Geriatric Cardiovascular Diseases. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.682218>
- Zhang, X., Dong, S. (2022). The Relationships Between Social Support and Loneliness: A Meta-analysis and Review. *Acta Psychologica*, 227, 103616. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616>

Zhang, Y., Chen, Y., Ma, L. (2018). Depression and Cardiovascular Disease in Elderly: Current Understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 47, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>



EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Koroner Arter Hastalarında D Tipi kişiliğin, algılanan sosyal desteğin, psikolojik durumun ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaş: ...

2. Cinsiyet:

Kadın () Erkek ()

3. Medeni Durum:

Evli () Bekar ()

4. Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

5. Çocuk Varlığı: Var () Sayısı: ... Yok ()

6. Çalışma Durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor ()

7. Meslek:

8. Gelir-gider durumu:

Gelir Giderden Az () Gelir Gidere Eşit () Gelir Giderden Fazla ()

9. Yaşadığı Yer: İl () İlçe () Belde/Köy ()

10. Birlikte yaşadığı Kişiler:

Yalnız () Eşi () Eşi ve çocuğu/çocukları () Anne/Baba () Yakınları/Akrabaları ()

Diğer:

11. Sigara Kullanımı: Var () Yok ()

12. Alkol Kullanımı: Var () Yok ()

13. Boy..... Kilo..... BKİ.....

14. Hastalık Tanısı MI () Anjina Pektoris () Unstabil Anjina Pektoris ()

15. Hastalığın Tanı Süresiay

16. Eşlik Eden Hastalıklar Yok () Var () Belirtiniz:.....

17. Daha önce MI geçirme durumu Evet () Hayır ()

18. Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü Varlığı

Yok () Var () Belirtiniz:.....

Ek 2: D Tipi Kişilik Ölçeği

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm durumları okuyunuz ve sağdaki numaralardan size en uygun olanını işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Önemli olan tek şey kendi izleniminizdir.

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsızım	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 (çekinmeden) 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 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet



Ek 4: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)

SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>).	0	1	2	3
Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
Alınan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3

Ek 5: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“**Asla Böyle Yapmam**” için 1’i, “**Çok Az Böyle Yaparım**” için 2’yi, “**Böyle Yaparım**” için 3’ü, “**Çoğunlukla Böyle Yaparım**” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8	Problemi çözmek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
28	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

Ek 6: Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-46002
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Burak ÇAĞLAR
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı Öğrencisi

"Koroner Arter Hastalarında D Tipi Kişiliğin, Algılanan Sosyal Desteğin, Psikolojik Durumun ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmanız, kurulumuzun 27.01.2023 tarihli ve 2023/01 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek:20-Burak Çağlar Etik Onay Belgesi (1 Sayfa)

Ek 7: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
H Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-215138065
Konu : Burak ÇAĞLAR'ın Yüksek Lisan Tezi
İzin Talebi Hk.

10.05.2023

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE

İlgi : 03.04.2023 tarihli ve E-28001928-604.01.01-212547415 sayılı yazı

İlgi sayılı yazınızda belirtilen İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burak ÇAĞLAR'ın, Dr. Öğretim Üyesi Zülfinaz ÖZER'in danışmanlığında yürütmekte olduğu "**Koroner arter hastalarında D tipi kişiliğin, algılanan sosyal desteğin, psikolojik durumun ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi**" konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi biririmimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, İlgi sayılı yazınız ve Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 25.04.2023 tarih ve 2023/06 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafımızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen Burak ÇAĞLAR'a tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzun, Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Ek 8: Aydınlatılmış Onam Metni

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz Özer danışmanlığında Burak ÇAĞLAR tarafından yürütülen “**Koroner Arter Hastalarında D tipi Kişiliğin, Algılanan Sosyal Desteğin, Psikolojik Durumun ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Burak ÇAĞLAR

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Burak ÇAĞLAR

A. EĞİTİM

Lisans:

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2016-2020)

Lise:

Dündar Uçar Lisesi (2011-2015)

B. MESLEKİ DENEYİM

- Koç Üniversitesi Hastanesi, Pediatri Yoğun Bakım Hemşiresi (2020)
- Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servis Hemşiresi (2021-Devam Ediyor)

C. KONGRE, SEMİNER ve KURSLAR

- Çağlar, B., Özer, Z. (2024). Kardiyovasküler Hastalıklar ve D Tipi Kişilik, 14. Uluslararası Hipokrat Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi. (Özet Bildiri/Sözel Sunum).