

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

**TÜRKÇE D TİPİ KİŞİLİK ÖLÇEĞİ'NİN KALP
HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şeyda İÇMEZ

İstanbul

Kasım-2024

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

TÜRKÇE D TİPİ KİŞİLİK ÖLÇEĞİ'NİN KALP HASTALIĞI
OLAN BİREYLERDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şeyda İÇMEZ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

İstanbul

Kasım- 2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

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

Danışman Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

Üye Dr. Öğr. Üyesi Neslihan TEKE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği’nin Kalp Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın 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.

Şeyda İÇMEZ

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca dersleriyle bize vizyon katan, araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanı hocam Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen ve beni her daim motive eden arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana her zaman destek olan, varlığıyla güç veren ve her an yanımda hissettiğim canım anneme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.



Şeyda İÇMEZ

İstanbul 2024

ÖZET

TÜRKÇE D TİPİ KİŞİLİK ÖLÇEĞİ'NİN KALP HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Şeyda İÇMEZ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Kasım, 2024 –XII + 82 Sayfa

Olumsuz duygulanım (NA) ve sosyal içe dönüklüğün (SI) birleşimi olan D Tipi Kişilik, kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili bir risk faktörüdür. Bununla birlikte Türk kardiyak hastalarda kullanılabilecek geçerli bir D tipi Kişilik Ölçeği (DS14) bulunmamaktadır. Bu nedenle D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Türkçe sürümünün (DS14-TR) kalp hastalarında psikometrik özelliklerini incelemeyi amaçladık. 160 kalp hastasından oluşan örneklem tarafından DS14-TR, Spielberger Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri'nin Sürekli Anksiyete alt ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Eysenck Kişilik Anketi'nin nörotisizm ve dışa dönüklük alt ölçekleri dolduruldu. Ayrıca 30 katılımcı dört hafta ara ile DS14-TR'yi iki kez doldurdu. Geçerlikte doğrulayıcı faktör analizi, birleşim/ayrışım geçerliği ve bilinen grup geçerliği kullanıldı. Güvenirlik için Cronbach alpha, maddeler arası korelasyonların ortalaması ve test-retest korelasyon katsayısı incelendi. Mevcut çalışmada DS14-TR'nin iki faktörlü bir yapıda olduğu doğrulanmıştır. Madde 5 hariç (Sıklıkla çabuk kızarım), NA ve SI boyutundaki tüm maddelerin faktör yükleri 0.40-0.90 arasındadır. X^2/sd değerinin 2'nin altında olması, 0.05'den küçük bulunan RMSEA değeri, yanısıra CFI ve TLI değerlerinin bire yakın olması veri-model uyumunun mükemmel olduğunu göstermektedir. SRMR değeri ise (0.063) kabul edilebilir sınırdadır. NA VE SI alt boyutlarının sürekli anksiyete, depresyon ve nörotisizm ile pozitif, dışa dönüklük ile negatif anlamlı korelasyon göstermesi birleşim-ayrışım geçerliğini desteklemektedir. D tipi kişilik prevalansı %44.4 olarak bulunmuştur. D tipi kişilik olanlarda, olmayanlara kıyasla, anksiyete, depresyon ve nörotisizm ortalama puanlarının yüksek, dışa dönüklük puanlarının düşük olması bilinen grup geçerliğini doğrulamaktadır. NA ve SI alt ölçeklerinin iç tutarlılık (Cronbach $\alpha=0.87/0.91$); ortalama madde içi korelasyonlar ($r=0.38/0.45$) ve test-retest

korelasyon katsayıları (ICC=0.96/0.96) DS14-TR'nin güvenilir olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak bu çalışmada DS14-TR'nin kalp hastalarında D Tipi kişiliği belirlemede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: D tipi kişilik, geçerlik ve güvenilirlik, psikometrik özellikler, kalp hastaları, Türkiye.



ABSTRACT

EXAMINATION OF VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH TYPE D PERSONALITY SCALE IN PATIENTS WITH HEART DISEASES

Şeyda İÇMEZ

Master of Science, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

November, 2024 – XII + 82 Pages

Type D Personality, a combination of negative affectivity (NA) and social inhibition (SI), is a risk factor associated with adverse health outcomes in patients with cardiovascular disease. However, there is no valid Type D Personality Scale (DS14) that can be used in Turkish cardiac patients. Therefore, we aimed to examine the psychometric properties of the Turkish version of the Type D Personality Scale (DS14-TR) in cardiac patients. A sample of 160 participants completed the DS14-TR, The trait subscale of Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, and neuroticism and extroversion subscales of the Eysenck Personality Questionnaire. Besides, 30 participants filled out the DS14-TR twice over a four-week period. Confirmatory factor analysis, convergent/discriminant validity, and known group validity were used for validity. Cronbach's alpha, average inter-item correlation, and test-retest correlation were examined for reliability. Factor analyses confirmed the two-factor construct of the DS14-TR. Except item 5 (I am often irritated), all of the NA and SI items loaded between 0.40 to 0.90 on their corresponding factor. The χ^2/sd value being below 2, the RMSEA value being less than 0.05, and the CFI and TLI values being close to 1 indicated that the data-model fit was excellent. The SRMR value (0.063) was within the acceptable limit. The fact that NA and SI dimensions showed positive correlations with trait anxiety, depression and neuroticism and negative correlations with extraversion supported convergent-discriminant validity. The prevalence of type D personality was 44.4%. The mean scores of anxiety, depression and neuroticism were higher and the scores of extroversion were lower in those with type D personality compared to those without, confirmed the known group validity. For the dimensions of NA and SI Cronbach's alpha values ($\alpha=0.87/0.91$), mean inter-item correlations ($r=0.38/0.45$), and test-retest ICC values ($ICC=0.96/0.96$)

indicated that the DS14-TR was a reliable scale. In conclusion, the DS14-TR was a valid and reliable tool for identifying Type D personality among cardiac patients.

Key words: Type D personality, validity and reliability, psychometric properties, heart patients, Türkiye.



İÇİNDEKİLER

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

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
-------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	3
2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi	3
2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Kardiyovasküler Hastalık Gelişimi İçin Risk Faktörleri.....	4
2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	5
2.1.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....	6
2.2. Kişilik Tanımı	9
2.3. D Tipi Kişilik	10
2.3.1. D Tipi Kişilik Prevalansı	12

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Modeli	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	15
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)	16
3.4.2. D Tipi Kişilik Ölçeği (Ek-2)	16
3.4.3. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-3).....	17
3.4.4. Beck Depresyon Ölçeği (Ek-4)	18
3.4.5. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (GGKF) (Ek 5)	18
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Geçerlik Güvenirlik Çalışmasında İzlenen Yol ve İstatistiksel Analiz.....	20
3.6.1. Geçerlik Analizi	20
3.6.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi	20
3.6.1.2. Birleşim-Ayrışım Geçerliği (Convergent-discriminant Validity).....	23
3.6.1.3. Bilinen Grup Geçerliliği.....	23
3.6.2. Güvenirlik Analizi.....	24
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	26
4.1. Olguların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	26
4.2. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Geçerliğine ilişkin Bulgular	28
4.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	28

4.2.2. Birleşim – Ayrışım Geçerliliğine (Convergent ve Discriminant Validity) İlişkin Bulgular	29
4.2.3. D Tipi Kişilik Prevalansı ve Bilinen Grup Geçerliliğine İlişkin Bulgular	30
4.3. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	30

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	33
5.1. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Geçerliliği	33
5.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	33
5.1.2. Birleşim–Ayrışım Geçerliliği	36
5.1.3. D Tipi Kişilik Prevalansı ve Bilinen Grup Geçerliliği	39
5.2. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Güvenirliği	42

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKÇA	50
EKLER.....	63
ÖZGEÇMİŞ.....	79

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1: Bazı Uyum İndekslerinin Mükemmel ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	23
Tablo 4.1: Olguların Tanıtıcı Özellikleri	26
Tablo 4.2: İki Faktörlü Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Genel Uyum Katsayıları ..	28
Tablo 4.3: D Tipi Kişilik Ölçeği'nde Yer Alan Maddelerin Faktör Yükleri	29
Tablo 4.4: Birleşim – Ayrışım Geçerliliğine (Convergent ve Discriminant Validity) İlişkin Bulgular	30
Tablo 4.5: D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Bilinen Grup Geçerliği	30
Tablo 4.6: Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Güvenirliği	31
Tablo 4.7: Madde 5 Çıkarıldığında Negatif Duygulanım Boyutunun Güvenirliği....	32

KISALTMALAR LİSTESİ

SPSS: (Statistic Packets For Social Sciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

NA: Negative Affectivity / Olumsuz Duygulanım

SI: Social Inhibition / Sosyal İnhibasyon

HDL: High Density Lipoprotein / Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

LDL: Low Density Lipoprotein / Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

BDE: Beck Depresyon Envanteri

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

MI: Miyokart İnfarktüsü

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Tüm dünyada ölüme neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2021'de meydana gelen ölümlerin %38'ine kardiyovasküler hastalıklar neden olmuştur (World Health Organization-WHO, 2021). Ülkemizde ise 2023 yılında meydana gelen ölümlerin %33.4'ü dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklıdır (Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK, 2024).

Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde tek bir etkenden ziyade birden çok risk faktörünün bir arada bulunması söz konusudur. Bu risk faktörleri arasında kişilik yapısı önemli bir rol oynamaktadır. Kişilik yapısı kronik stresin başlıca belirleyici faktörlerindedir ve karşılaşılan olaylara verilen tepkileri ve davranışları dikkate değer şekilde etkiler (Arat, 2019). Yapılan bir çalışmada KVH ile D tipi kişilik yapısı arasında ilişki olduğu ve KVH'ı olan kişilerin D tipi kişilik yapısına sahip olma oranının, olmayanlara göre üç kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Denollet, Angelique ve Spek, 2010).

D tipi kişiler gergin ve mutsuz olma eğiliminde ve kızgın, kasvetli bakış açısına sahip, pozitif duygulanımları daha az yaşayan ve genelde kolayca huzursuz olan kişilerdir. Bunun yanı sıra başkalarıyla negatif duygularını da nadiren paylaşırlar, yabancı ortamlarda kendilerini huzursuz hisseder ve başkalarıyla derin bağlar kurmaktan kaçınırlar. Hayata karşı derin bir hoşnutsuzluk hissederler ve kendilerine karşı saygıları oldukça düşüktür. D tipi kişiliğin yaşam boyu stres faktörü olması, stres hormonlarından kortizolün uzun süre yüksek seviyede kalarak KVH için ciddi bir katalizör olacağı düşünülmektedir (Lek, 2023).

Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzuna göre; D tipi kişilik yapısı hem kardiyovasküler hastalık gelişimine hem de kardiyovasküler hastalıkların klinik ve prognozunun kötüleşmesine katkı sağlar (Oğuz ve Çamcı, 2016). Tüm bu nedenlerle kalp hastalıkları açısından D tipi kişilik yapısının belirlenmesi önem arz etmektedir. Yapılan tüm çalışmalarda D tipi kişiliğin D Tipi Kişilik Ölçeği ile değerlendirildiği görülmektedir. D Tipi Kişilik Ölçeği'nin ülkemizde hemodiyaliz hastalarında (Alçelik vd., 2012) ve sağlıklı popülasyonda (Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2018) geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış, bu

çalışmalarda ölçeğin diğer klinik ve klinik dışı örneklemlere genellenemeyeceğini ifade edilmiştir. Hedef grup olan kalp hastalarında D Tipi Kişilik Ölçeğinin geçerli ve güvenilir olup olmadığı bilinmemektedir; bu konuda yapılmış bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu eksiklikten yola çıkararak planlanan bu çalışmada D Tipi Kişilik Ölçeğinin kalp hastalığı olan bireylerde geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar küresel boyutta ilk sırada gelen ölüm nedeni olup, kalp ve kan damarlarının hastalığı olarak tanımlanmaktadır. KVH'lar büyük ölçüde önlenabilir hastalıklar olmakla birlikte, risk faktörlerinin kontrolü ile prevalansının yarıya düşürülebileceği açıklanmıştır (WHO, 2021).

2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi

KVH, ateroskleroz kaynaklı hastalıklar ve diğerleri olmak üzere iki grupta tanımlanabilir. Ateroskleroz kaynaklı hastalıklar; koroner kalp hastalığı, periferik arter hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardır. Kardiyomiyopatiler, aritmiler, konjenital kalp hastalıkları ve romatizmal kalp hastalıkları da diğer grupta yer almaktadır (WHO, 2011).

KVH'lar arasında prevalansı en yüksek olup, ilk sırada yer alan hastalık koroner arter hastalığıdır (WHO, 2024). Koroner arter hastalığı iskemik kalp hastalığı, koroner kalp hastalığı ve aterosklerotik kalp hastalığı şeklinde de isimlendirilebilir. Koroner arter hastalığı gelişimindeki en önemli neden aterosklerozdur (Olgun ve Çelik, 2021).

Koroner arterler olarak tanımlanan, kalp kasını besleyen atardamarların daralması veya tıkanması sonucunda kan akışının yavaşlaması ya da tamamen durması ile meydana gelen hastalıklardır. Halk arasında damar sertliği, tıp dilinde ise ateroskleroz olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya, 2019). Oluşan aterosklerotik plakların koroner arterleri tıkanması sonucu miyokart yeterince beslenemez ve buna bağlı olarak gelişen iskemi ile tanımlanan klinik bir tablo görülür. Bu aterosklerotik plağın hareketi veya rüptürü sonrası meydana gelen trombotik reaksiyona bağlı, acil olarak gelişen klinik tablo akut koroner sendrom olarak tanımlanmaktadır. Damar lümeninde atakların tekrarlanması sonucunda stenoz izlenmektedir. Koroner arterlerde bu durum sonrasında tam tıkanıklık oluştuğunda, hızla miyokart infarktüsü (MI) ve ölüm meydana gelmektedir. Mevcut bir kolleteral dolaşımın var olması, klinik seyrin sessiz ve belirti vermemesine neden olur (Çakır vd., 2022).

2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi

Tüm dünyada ve ülkemizde, bireylerin yaşam kalitesini bozan, sağlık harcamalarının maliyetini yükselten, morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenlerinden biri bulaşıcı olmayan hastalıklardır (Civek ve Akman, 2022). Bulaşıcı olmayan hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları, kanser ve diyabetten oluşmaktadır. Bunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almakta ve her yıl 17.9 milyon insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (WHO, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2021’de meydana gelen 70 yaş altı ölümlerin %38’ine kardiyovasküler hastalıklar neden olmuştur (WHO, 2021). 2021 yılında dünya çapında ilk sırada yer alan ölüm nedenlerinin başında iskemik kalp hastalıkları gelmektedir. İskemik kalp hastalıkları dünya genelindeki ölümlerin %13’ünden sorumludur. 2000 yılından itibaren İskemik kalp hastalıklarından ölümlerde büyük artış yaşanmış, 2021 yılında ise 2.7 milyon artarak toplamda 9.1 milyon ölüme sonuçlanmıştır. DSÖ’nün 2021 yılı “Dünya’da İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu’na” göre ölüme neden olan hastalıklar arasında olan İskemik kalp hastalıkları düşük gelirli ülkelerde 3. sırada yer alırken, orta gelirli ülkelerde 2. sırada, yüksek gelirli ülkelerde ise ilk sırada yer almaktadır (WHO, 2024).

Türkiye’de TÜİK 2024 yılı verilerine göre 2023 yılında meydana gelen ölümlerin nedenleri arasında %33.4 ile ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları yer almıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölümlerde %42.4 ile iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yer almış, bunu %24.1 ile diğer kalp hastalıkları, %18.6 ile serebro-vasküler hastalıklar, %9.6 ile hipertansif hastalıklar ve %5.2 ile de diğer hastalıklar takip etmiştir (TÜİK, 2024).

Dolaşım sistemi hastalıklarının neden olduğu ölümlerin ilk sırada olduğu il %50.2 ile Çanakkale olmuş, bunu % 45.6 ile Kırşehir, %44.7 ile Balıkesir ve %43.0 ile Kırıkkale takip etmiştir (TÜİK, 2024). Türkiye’de 1990-2016 yılları arasında yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonuçlarına göre; meydana gelen ölümlerin %42’sinin koroner, %12’sinin ise serebrovasküler kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Onat vd., 2017).

2.1.3. Kardiyovasküler Hastalık Gelişimi İçin Risk Faktörleri

Aterosklerotik kalp hastalıkları, tüm yaşam boyunca yavaş ve sinsi gelişen, ilerleyen kronik bir hastalıktır. Kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi ve risklerin

önlenmesi, kardiyovasküler hastalıklarla mücadele edilmesini, morbidite ve mortalitenin önlenmesini sağlar (Civek ve Akman, 2022). Amerikan Kalp Derneği (AHA) kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerini, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırır. Değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet ve kalıttır. Değiştirilebilen risk faktörleri ise; tütün dumanı ve buharlama, yüksek kan kolesterolü, hipertansiyon, fiziksel hareketsizlik, obezite ve aşırı kilolu olmak ve diyabettir (American Heart Association, 2022).

Kardiyovasküler hastalıklarda dikkate alınması gereken diğer faktörler stres, alkol, uyku, diyet ve beslenme olarak belirtilmiştir (American Heart Association, 2022).

2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

KVH için yaş ciddi bir risk faktörüdür. Yaşın ciddi bir risk faktörü olmasının yanında bu riske maruziyet süresi de önemlidir (Dülek, Vural ve Gönenç, 2018). Yaşam sürelerinin artması ile yaşlı nüfus oranları artmakta ve 2030 yılında dünyada toplam nüfusun beşte birinin 65 yaş üstünde olacağı öngörülmektedir. Kadınlarda 55 yaş üzeri, erkeklerde ise 45 yaş ve üzeri KVH için risk faktörüdür (Oh, Allison ve Barret-Connor, 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir kohort çalışmasında 40 yaş üstü 3.6 milyon üzeri kişiye KVH taraması yapılmış ve her 10 yılda bir KVH prevalansında belirgin biçimde artış yaşandığı tespit edilmiştir (Savji vd., 2013).

Erkekler kadınlara göre KVH'dan daha fazla etkilenmekte ve hastalık kadınlarda, erkeklere oranla 7 ila 10 yıl daha geç görülmektedir. Premenopozal dönemde östrojen kadınlarda KVH açısından olumlu etki yaratmaktadır. Kadınlarda ölüm oranı menapoz sonrası artar, fakat bu artış, erkeklerde görülen kadar yüksek değildir. ONTARGET ve TRANSCEND çalışmalarında 31 000 hasta yaklaşık 56 ay boyunca takip edilmiş ve çalışma sonucunda, kadınların erkeklere göre tüm majör kardiyovasküler durumlarda yaklaşık %20 az riske sahip olduğu belirtilmiştir (Fitchett, 2009).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 koroner arter hastalığı sıklığı çalışmasında prevalans, 55-64 yaş arasındaki kadınlarda %6.9, bu yaş grubundaki erkeklerde ise %10.9 olduğu bildirilmiştir. Yine prevalans 65-74 yaş arasındaki kadınlarda %9.3, erkeklerde %18.3 olarak bildirilirken, 75 yaş üstü bireylerde prevalans kadınlarda %10.8'e, erkeklerde %19.6'ya yükselmiştir. Bu sonuçlara göre ülkemizde KVH erkeklerde daha yaygın

görülmekte ve prevalans yaşla birlikte artmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Kalıtım KVH önemli bir role sahiptir ve KVH'a sahip bireylerin çocuklarında bu hastalığın görülme olasılığı yüksektir. Ailede erkeklerde 55 yaş altında, kadınlarda ise 65 yaş altında KVH öyküsü bulunması, birinci derece yakınlarında KVH riski pozitif hale getirir. Bireylerin doğduğu yer ve yaşam koşulları, sağlık hizmetlerine erişim imkânı da bu risk faktörlerini daha kuvvetli hale getirir. Örneğin; siyahi insanlarda şiddetli yüksek tansiyon varlığı, Amerikalılarda yüksek diyabet ve obezite varlığı da KVH'da kalıtımın önemini göstermektedir (AHA, 2022).

2.1.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Sigara kullananlarda, kullanmayanlara oranla KVH riski iki kat daha fazladır. Bu risk sadece direkt kullanımla değil, dumana maruz kalmakla da oluşmaktadır (Dülek vd., 2018). Sigara ve elektronik sigaralarda bulunan kimyasal maddelerden olan nikotin kalp hızı ve kan basıncının yükselmesine sebep olur (AHA, 2022). Sigara kullanmak yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL)'in olumlu etkilerini engeller. Nikotin direkt etkisiyle damar iç yüzeyinde hasara neden olur. Kandaki oksijen taşıma potansiyelinin düşmesiyle miyokardiyal iskemi riskinde artış görülmektedir.

Kardiyovasküler risk sigaranın bırakılmasının ardından ilk yılda yarıya düşmekte, ikinci yılın sonunda ise hiç sigara içmeyenlerle aynı seviyede olmaktadır (Dülek vd., 2018). TÜİK 2022 yılı verilerine göre, 15 yaş üzerindeki bireylerin %28'i her gün tütün kullanmaktadır; tütün kullananların %41.3'ü erkek ve %15.5'i kadındır (TÜİK, 2023).

Yüksek kan kolesterolü KVH için ciddi bir risk faktörü olup, iskemik kalp hastalıklarının üçte biri hiperkolesterolemi ile ilişkilidir. Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol yani LDL kolesterol, kolesterolün dokulara taşınmasından sorumludur. HDL kolesterol ile LDL kolesterol arasında koroner olay gelişme riski açısından negatif korelasyon vardır (Dülek vd., 2018). DSÖ'ye göre düşük ve orta gelirli ülkelerde kolesterol seviyeleri daha yüksektir ve bu ülkelerde erişkin nüfusun %39'unda kolesterol düzeyleri yüksektir. DSÖ bu riski azaltmak için çeşitli stratejiler önermektedir. Bunlar; tütün kullanımının azaltılması, beslenme alışkanlarının düzenlenmesi ve fiziksel hareketsizliğin azaltılması gibi sağlık davranışlarıdır (WHO, 2021). TEKHARF çalışmasındaki yüksek total kolesterol oranı erkeklerde %33.5,

kadınlarda %36.9 bulunmuştur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Kolesterolün KVH gelişimindeki etkisini çalışan en önemli çalışmalardan Framingham çalışması; LDL kolesterol düzeylerinin kalp hastalığı riskini ciddi derecede arttırdığını göstermiştir (Castelli vd., 1986).

Avrupa Hipertansiyon Derneği 2018 kılavuzunda hipertansiyon; sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde olması, diyastolik basıncının da 90 mmHg ve üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (Güven, Çetin ve Çiçekçioğlu, 2024). Hipertansiyon KVH için majör bir risk faktörüdür. Hipertansiyon endotel hücrelerinde hasara neden olur ve ateroskleroza hızlandırır (Dülek vd., 2018).

Türkiye’de 30-79 yaş arasındaki hipertansiyon oranı %33 olup, bu oran kadınlarda %34, erkeklerde ise %31’dir (WHO, 2023).

Ülke genelinde hipertansiyon yaygınlığını gösteren ilk çalışma TEKHARF ile 1990 yılında hipertansiyon sıklığı %33.7 tespit edilmiştir. 1990-2000 yılları arasında sistolik ve diyastolik kan basıncında artış olduğu ve bu durumun erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yine çalışmanın 2009-2014 yılında elde edilen sonuçlarına göre, erkeklerde %53.4, kadınlarda ise %63.5’inde hipertansiyon varlığı tespit edilmiştir. 2021’de yapılan TEMD HT çalışması (Türkiye’nin Yedi Farklı Coğrafi Bölgesinde Hipertansiyon Sıklığı ve Farkındalığı Çalışması)’nda hipertansiyon sıklığı %36.5 olarak raporlanmış, hipertansiyonun en fazla Karadeniz, Akdeniz ve Orta Anadolu’da, en az ise Ege ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde görüldüğü bildirilmiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

Dünya genelinde ise 30-79 yaş arası 1.28 milyar hipertansiyon hastası olduğu ve bunların büyük çoğunluğunun düşük ve orta gelire sahip ülkelerde olduğu tahmin edilmektedir. 2010-2030 yılları arasında küresel hedeflerden biri de hipertansiyon oranını %33 oranında azaltılmasıdır. Sağlıklı beslenme, sigarayı bırakmak, kilo vermek ve fiziksel hareket gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile hipertansiyon prevalansının azaltılabileceği bildirilmektedir (WHO, 2023).

Fiziksel aktivitenin, Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü’ne göre tanımı; kas ve eklemlerin kullanılmasıyla enerji harcanması ve aynı zamanda solunum ve kalp hızını arttıran farklı yorgunluk derecelerinde bitirilen aktivitelerdir (Çakıroğlu, 2023). Fiziksel aktivite; kan basıncı, kilo kontrolü, glisemik kontrol, lipid profili, insülin duyarlılığı ve endotelial fonksiyonun düzeltilmesiyle ilişkilidir.

Tüm hareketler fiziksel aktiviteyi ifade eder. Fiziksel aktivite bisiklete binme, yüzme, koşma, yürüyüş gibi sportif faaliyetleri ve yaşam tarzı ile ilgili ev, bahçe işleri gibi aktiviteleri kapsar (Dülek vd., 2018). DSÖ'nün tavsiyesine göre her yetişkinin orta yoğunlukta haftada 150 dakika ya da yüksek yoğunlukta 75 dakika fiziksel aktiviteyi karşılayamaması fiziksel hareketsizlik olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2024).

Elde edilen verilere göre yetişkinlerin %31'i fiziksel aktivite için önerilen seviyeyi karşılamamaktadır. 2010-2022 arasında dünya genelinde fiziksel hareketsizliğin %5 oranında arttığı ve 2030 yılına kadar bu durumun devam etmesi halinde %35'e kadar yükseleceği tahmin edilmektedir. Fiziksel hareketsizlik kadınlarda, erkeklere oranla ve yüksek gelirli ülkelerde de düşük gelirli ülkelere oranla daha yaygın görülmektedir (WHO, 2024).

Kalp hastalıkları için risk faktörlerinden biri de obezite ve aşırı kilolu olmaktır. DSÖ obeziteyi aşırı yağ birikimi nedeniyle sağlığı bozabilecek kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanıma göre vücuda enerji alımıyla harcanması arasında oluşan dengesizliktir (WHO, 2024).

Aşırı kilo ve obezite tanısı Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplaması ile konur. BKİ yanında bel çevresi ölçümü de tanı konmasına yardımcı olur. Yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzeri olması aşırı kilolu ve 30 ve üzerinde olması obezite olarak değerlendirilir (WHO, 2024).

Aşırı kilo ve obezite kardiyovasküler hastalıkların da dahil olduğu birçok kronik hastalık için ciddi bir risk faktörüdür ve dünya genelinde ilk sıralarda gelen ölüm nedenidir. 1990-2022 yılları arasında obezitenin dünya genelinde 18 yaş ve üstü yetişkinlerde iki katından fazla artış gösterdiği tespit edilmiştir. 2022 verilerine göre toplam popülasyonun %43'ünün aşırı kilolu, yaklaşık %16'sında obez olduğu bildirilmiştir (WHO, 2024).

TÜİK verilerine göre 15 yaş ve üzerindeki obez birey sayısı 2019'da %21.1, 2022'de ise %20.2 olup, bu oran kadınlarda %23.6, erkeklerde ise %16.8'dir (TÜİK, 2023). Ulusal düzeyde 12 yıl ara ile yürütülen Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-I (TURDEP-I) ve TURDEP-II verilerine göre obezite yaygınlığı TURDEP-I çalışmasında erkeklerde %12.9, kadınlarda %29.9 ve genel popülasyonda %22.3'tür. TURDEP-II çalışmasında ise obezite prevalansı erkeklerde, kadınlarda ve genel popülasyonda sırasıyla %27, %44 ve %31.2'dir. Bu sonuçlara göre

Türkiye’de on iki yılda obezite erkeklerde %107, kadınlarda %34 oranında artış göstermiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019).

Diyabet, pankreasın insülin üretiminde sorun olması ya da üretilen insülinin etkin şekilde kullanılmadığı durumlarda oluşan kronik bir hastalıktır. DSÖ diyabet prevalansının düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla yükseldiğini ve dünya çapında yaklaşık 422 milyon insanın diyabetten etkilendiğini belirtmektedir (WHO, 2023).

Kardiyovasküler hastalık gelişiminde diyabetin makrovasküler bir risk faktörü olarak kardiyak olayları %70 oranında arttırdığı tespit edilmiştir. Diyabeti olan, 50 yaşından büyük kadınlar, 45 yaşından büyük erkekler ve 15 yıldan daha uzun süre diyabet öyküsü olan kişiler koroner arter hastalığı için yüksek riskli sayılmalı ve öncelikli olarak koruma programlarına dahil edilmelidirler (Dülek vd., 2018).

Diyabet ile ilgili ulusal düzeyde geniş kapsamlı ilk diyabet prevalans çalışması TURDEP-I çalışması sonucuna göre, genel diyabet prevalansı %7.2 olup, bu oran kadınlarda %7.8, erkeklerde de %6.4’dır. 12 yıl sonra tekrarlanan TURDEP-II verilerine göre genel ortalama %13.7’ye, kadınlarda %14.6’ya, erkeklerde ise %12.2’ye yükselmiştir. Bu sonuçlara göre Türkiye genelinde diyabetin ciddi bir sağlık sorunu olduğu, yaşam tarzı faktörlerinin etkisiyle yıllar içinde artış gösterdiği ve kadınlarda diyabet, diyabet öncesi riskin erkeklere oranla daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (Satman vd., 2013).

Uluslararası Diyabet Federasyonu Diyabet Atlası’nın 10. Baskısına göre, 2021 yılı itibarı ile, Türkiye’de 20-79 yaşlarını kapsayan erişkin nüfusta kaba diyabet prevalansı %15,9, dünya nüfusuna göre standardize edilmiş karşılaştırmalı prevalans %14,5’dür, bu rakamlara göre ülkemizde 9 milyondan fazla diyabetli bulunmaktadır (International Diabetes Federation, 2021).

2.2. Kişilik Tanımı

Kişilik kelimesinin kökeni Latince ‘persona’ kavramına dayanmaktadır. Klasik Roma tiyatrolarında, oyuncuların oynadığı karaktere göre taktıkları maskelere ‘persona’ denmiş, zaman içerisinde gerçekte yansıtılan davranış ve tavırların genelini anlatmak için kullanılmaya başlanmıştır (Yanbastı, 1990).

Kişilik kavramı yüzyıllar boyunca ilgi görmüş olsa da bilimsel açıdan incelenmesi, kişilik psikolojisinin 1930'lu yıllarda diğer sosyal bilimlerden ayrı bir disiplin olarak ortaya çıkmasıyla başlamıştır (McAdams, 1997).

Kişilikten bahsedildiğinde, çoğu insan ne demek istendiğini anlar, fakat net bir tanım yapmak zordur (Cüceloğlu, 2003). Üzerinde hemfikir olduğu net bir tanımı olmamakla birlikte, kişilik kavramı, kişileri diğerlerinden ayıran ve kendine özgü, sabit özellikler bütünü olarak tanımlanabilir. Kişilik, kişinin doğuştan getirdiği özelliklerinin yanı sıra sosyal çevrenin de etkisiyle şekillenen, ayırt edici ve tutarlı niteliklerin toplamıdır (Şencan, 2016). Burger (2006) kişiliği, kişilik içi süreçler ve bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları olarak tanımlamaktadır. Kişilik içi süreçler, bireyin olaylara verdiği tepki ve duygu gibi bilişsel süreçleri içerirken, tutarlı davranış bireyin her durum karşısında aynı tutarlılıkla tepki göstermesidir (Burger, 2006). Bir diğer tanıma göre kişilik, ayırt edici, tutarlı, yapılaşmış, bireyin iç ve dış çevresi ile kurduğu ilişki biçimidir (Cüceloğlu, 2003). Hazar'a göre (2006) kalıtım ve çevresel faktörlerin etkileri sonucu şekillenen kişilik; bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, toplumda farklılaşmasını sağlayan, tutarlı ve yapısal bir ilişki biçimidir (Hazar, 2006). Kalıtım ve çevresel etkenler gibi, kişilik özellikleri üzerinde etkili olan faktörlerin yanı sıra, kitle iletişim araçları, teknolojik gelişmeler, psikolojik travmalar, bireyin doğum süreci gibi faktörlerin de kişilik gelişiminde etkili olduğu görülmektedir (Yurtsever, 2009).

Kişilik doğum ve bireyin ailesinden gelen genetik ve fizyolojik faktörlerle başlar ve sürekli değişen ve yenilenen çevrenin etkisiyle gelişerek şekillenir (Güleryüz, 2019).

Bireyin kendi kişilik yapısı ve etkileyen faktörler hakkında farkındalığının olması, yaşantıları boyunca karar alma ve seçeneklerini belirlemede yardımcı olur; kendilerini daha iyi tanıyan bireyler çevreleriyle daha olumlu ilişki kurar ve buna göre davranışlarını yönlendirirler (Durna, 2005).

2.3. D Tipi Kişilik

D tipi (distressed) kişilik, diğer bir ifadeyle sıkıntılı kişilik, kalp hastalığının gelişim ve prognozu açısından önemli bir risk faktörüdür. D tipi kişilik 2012 yılından itibaren Avrupa Kardiyovasküler Önleme Kılavuzuna taranması gereken bir risk faktörü olarak dahil edilmiştir. Yapılan araştırmalar D tipi kişiliğin kronik stres, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir. D tipi kişiliğin de dahil olduğu psikososyal

risk faktörleri, kalp hastalığı olan bireylerde yaygın olarak görülmektedir ve bu risk faktörlerinin bireylerin yaşam kalitesini azalttığı gösterilmiştir. D tipi kişilik, negatif duygulanım (NA) ve sosyal inhibisyon (SI) olmak üzere iki istikrarlı özellikten oluşan bir kişilik tipidir ve koroner kalp hastalarının yaklaşık dörtte birinde görülmektedir (Kupper ve Denollet, 2018).

Negatif duygulanım; sürekli olarak olumsuz duygular yaşama eğilimini ifade eder. Yüksek negatif duygulanıma sahip bireyler her zaman ve her durumda daha fazla kaygı, endişe, disfori ve sinirlilik hissi yaşarlar (Emons, Meijer ve Denollet, 2007). Bu tip kişiler olumsuz duyguları yaşamaya meyillidirler (Alçelik vd., 2012). Yüksek negatif duygulanıma sahip olan bireyler daha fazla kaygı, sinirlilik, kızgınlık, öfke, üzüntü ve rahatsızlık hissi yaşar, kendileriyle ilgili olumsuz düşüncelere kapılır ve etrafını yaşanması muhtemel sıkıntı işaretlerini bulmak için incelerler (Denollet, 2005).

Sosyal inhibisyon; sosyal ilişkilerde duyguların ve davranışların ifade edilmesinin engellenmesine yönelik istikrarlı eğilimi belirtir. Bireyler diğer bireylerle ilişkilerinde gergin, güvensiz ve engellenmiş hissetme (Emons vd., 2007) ve başkalarının onayından kaçınmak için sosyal ilişkilerinde davranışlarını ve duygularını bastırma, engelleme eğilimindedirler, diğer bireylerle ilişkilerinde kendilerini genellikle gergin, güvensiz ve çekingen hissederler (Denollet, 2005).

D tipi kişilik, bireylerin öfke, düşmanlık, depresyon ve kaygı gibi olumsuz duyguları yaşadığı, fakat bu duyguları açıklamayı inkar ettiği bir davranış modelidir. Bu kişilik tipi, bireylerde artan depresyon ve yorgunluğa neden olabilir. D tipi kişiliğe sahip bireyler kötü beslenme, sigara içme gibi uygun olmayan sağlık davranışları gösterirler. Bu kişiliğe sahip bireyler hastalığa yanıt mekanizması olarak fonksiyonel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanırlar. Uygun olmayan yaşam tarzı seçimi kalp hastalarında kötü prognoza neden olabilir (Masafi vd., 2018).

D tipi kişilik yapısına sahip bireyleryabancı olduğu ortamlarda huzursuz hissederler ve diğer bireylerle derin bağlar kurmakta zorlanırlar. Kasvetli bakış açısına sahip, kolayca huzursuz olan, pozitif duyguları az yaşayan ve negatif duygularını paylaşmaktan kaçınan bireylerdir (Sarioğlu Uğur, 2018).

D tipi kişilik sosyal ilişki ve sosyal desteğin düşük düzeyde algılandığı bir kişilik yapısıdır. İş yaşamında da sorunlara neden bu kişilik yapısı, bireylerin çabuk yorulmasına, daha sık hastalanma sonucu işe devam edememesi gibi sorunlara neden

olmaktadır (Pekdemir, 2018). Sosyal ilişkilerinde başarısız olmalarının en önemli sebebi; benlik saygılarının düşük olması ve başkaları tarafından onaylanmama korkusudur. Aslında diğer insanlarla iletişim kurmak isterler, fakat onaylanmama korkusu bu iletişimi engeller. Diğer insanlar için önemsenmeyecek herhangi bir olay bu kişilik tipindeki bireyler için büyük sorunlar oluşturmaktadır. Yenilikleri pek sevmezler ve güven ortamlarının değişmesini istemezler. Süreklilik ve güven arayışlarının çalıştıkları işyerinde de devam etmesini isterler (Şentürk, 2018).

D tipi kişilik, psikopatolojik bir durumu ifade etmekten ziyade normal bir kişilik özelliğidir (Denollet, 2000). Sıkıntılı kişilik yaşam boyu bireyler için bir stres faktörüdür. Bu durum kortizol ve norepinefrinin yani stres hormonlarının işleyişini değiştirir (Kupper ve Denollet, 2018).

2.3.1. D Tipi Kişilik Prevalansı

Kardiyovasküler hastalığa sahip birey sayısının artması ve D tipi kişilik yapısının hem kardiyovasküler hastalık gelişimi hem de kardiyovasküler hastalıkların olumsuz sonuçları bakımından önemli risk faktörü olması nedeniyle dünyada konu ile ilgili yapılan araştırmalar artmıştır.

Kupper ve Denollet (2018) gözden geçirme çalışmasında, koroner kalp hastalığına sahip her dört kişiden birinin D tipi kişilik yapısına sahip olduğu, daha kötü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, mortalite ve morbidite yükü için D tipi kişilik yapısının prediktif olduğu gösterilmiştir.

Çin’de kalp yetmezliği olan 18 yaş üstü 170 hastada yapılan çalışmada, D tipi kişilik prevalansı %20 olarak bulunmuştur (Park, Won ve Son, 2021).

Konjenital kalp hastalığı olan yetişkinlerde, Tip D varlığı olan ve olmayanlarda mortaliteyi karşılaştırmak için yaş ortalaması 41 olan 1055 kişide yapılan çalışmada hastaların %21’inde D tipi kişilik tespit edilmiş; D tipi kişilik yapısı varlığının yaş, cinsiyet ve New York Kalp Birliği Sınıflamasından bağımsız olarak mortalite riskini arttırdığı saptanmıştır (Kauw vd., 2022).

Raykh ve arkadaşları (2022) 602 hastanın dahil edildiği çalışmada koroner arter bypass greftleme ameliyatı öncesinde D tipi kişilik prevalansını %22.3 olarak bulmuş; D tipi kişiliğe sahip hastaların, D tipi olmayanlara kıyasla koroner arter bypass greftleme

ameliyatından sonraki 5 yıl boyunca daha fazla kardiyak olay riskine sahip olduğu gösterilmiştir.

Yao ve arkadaşları (2022) 50-85 yaşları arasında olan 235 hastayı incelemişler, D tipi kişilik yapısının akut iskemik atak ve beyaz cevher hiperintensitesi ile ilişkili olduğunu, D tipi kişilik yapısına sahip olan hastalarda akut iskemik atak sıklığının daha fazla olduğunu, göstermişlerdir. Bu çalışmada özellikle negatif duygulanımın akut iskemik atak ile ilişki olduğu bulunmuştur.

Yin vd. ilk kez iskemik inme geçiren 533 hastada taburculuğu takiben üç ay sonra depresyonu incelemişler ve inme sonrası depresyon gelişiminde D tipi kişiliğin etkili olduğunu bulmuşlardır. Çalışmanın sonucuna göre post stroke dispne gelişimi için D tipi kişilik yapısına sahip olma risk faktörüdür (Yin, Li ve Wang, 2023).

Kupper vd çalışmasında (2018) atriyal fibrilasyonlu 159 hastada D tipi kişiliğin hem hastalığa özgü yaşam kalitesi hem de genel olarak yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

İskemik kalp hastalıkları tanısı almış 18-60 yaş arası 399 hastada yapılan çalışmada; D tipi kişilik prevalansının %24,6 olduğu, d tipi kişiliğin depresyon ve anksiyete düzeyi ile anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (Gamage vd., 2024).

Lodder vd tarafından yapılan meta-analizde (2023) 19 prospektif kohort çalışmasında edinsel kardiyovasküler hastalığı olan 11 151 kişide D tipi kişiliğin olumsuz sonuçları (tüm nedenlere bağlı mortalite, kardiyak mortalite, koroner arter bypass greftleme, perkütan koroner girişim, majör kardiyak yan etkiler, herhangi bir yan etki) kestirim gücü incelenmiş; D tipi kişiliğin negatif duygulanım alt boyutunun kardiyak ve tüm nedenlere bağlı ölümler için prediktif olduğu, bu etkinin kadın hastalara oranla erkek hastalarda daha belirgin olduğu bulunmuştur.

Son olarak yapılan diğer bir sistematik inceleme ve meta-analizde strese karşı D tipi kişiliğin kardiyovasküler tepkiyle ilişkisini ve bu ilişkinin hangi koşullarda olduğunu incelenmiş, D tipi kişilik olan kadınlarda akut psikolojik strese karşı daha düşük kan basıncı yanıtının olduğu bulunmuştur. Ek olarak, D tipi kişilik öncelikle sosyal olmayan stres faktörlerine yanıt olarak daha düşük kardiyovasküler tepki ile ilişkilendirilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada D tipi kişilik, özellikle kadınlarda ve sosyal olmayan stres faktörlerine yanıt olarak akut psikolojik strese karşı daha düşük kan basıncı tepkisi ile ilişkilendirilmiş; daha düşük tepki, körelmiş kardiyovasküler

tepkinin göstergesi olabileceğinden, D tipi kişiliğin olumsuz sağlık sonuçları riskini arttırdığına dikkat çekilmiştir (O’Riordan, Gallagher ve Howard, 2023).

Türkiye’de yapılan çalışmalardan Annagür vd. (2017) ilk kez MI geçiren hastaların %38.2’sinde D tipi kişilik bulunduğunu, D tipi kişilik yapısının hipertansiyon ve psikiyatrik morbidite için risk oluşturduğunu bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada D tipi kişilik yapısında olanlarda depresyon ve anksiyeteyi içeren psikopatolojilerin daha fazla olduğu saptanmış; akut MI geçiren hastalarda kardiyovasküler ve psikiyatrik risk markırı olarak D tipi kişilik yapısının rutin olarak taranması önerilmiştir.

Doğaner vd (2023) hipertansiyonlu hastalarda D tipi kişilik yapısını incelemiş; D Tipi Kişilik Ölçeği’nin negatif duygulanım alt boyut puanı yüksek olan hastaların sistolik kan basıncı hedef değerlerini başarmada daha yetersiz oldukları, negatif duygulanım puanı düşük olanların tedavi uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeğinin kalp hastalığı olan bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan 78 yataklı koroner yoğun bakım ünitesi ve 104 yataklı kardiyoloji servisinde yapılmıştır. Veriler Temmuz 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Temmuz 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisinde yatarak tedavi gören kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireyler; örneklemini ise aşağıda belirtilen araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 160 kişi oluşturmuştur.

Dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Kronik kardiyovasküler hastalık tanısı almış olma
- Klinik durumu stabil olma
- Türkçe okuyup-yazabilme
- Soruların tamamını yanıtlayacak yeterlilikte olma

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında önerilen yol izlenmiştir. Geleneksel olarak validasyonu yapılacak ölçekteki her madde için 5-10 kişinin dahil edilmesi önerilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Türkçe D

Tipi Kişilik Ölçeği 14 ifade içermektedir, bu nedenle çalışmamızda ifade başına 10 kişi olacak şekilde örneklem büyüklüğü 140 olarak hesaplanmıştır; görüşmeler sırasında kayıplar olabileceği göz önüne alınarak belirlenen örnekleme 20 kişi daha eklenerek toplamda 160 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Test-tekrar test için 30 kişiden oluşan farklı bir örneklem grubunda çalışılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada aşağıda verilen 5 veri toplama aracı kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği (DS14) (Ek-2)

Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-3)

Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek-4)

Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA-GGKF) (Ek-5)

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan bu form 14 soru içermektedir. İlk bölümde yer alan sorular sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, mesleki durum, sosyal güvence varlığı) ve düzenli sigara-alkol kullanımı ile ilgilidir. İkinci bölümde bireyin sağlık durumunu sorgulayan beş soru (primer hastalığın tanı süresi, ek hastalık varlığı, varsa ek hastalık türü, düzenli olarak reçeteli ilaç kullanma durumu ve kullanılan ilaçlar) bulunmaktadır.

3.4.2. D Tipi Kişilik Ölçeği (DS14) (Ek-2)

D Tipi Kişilik Ölçeği Denollet tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. 14 ifade içeren ölçekte, her biri 7 ifadeden oluşan negatif duygulanım (2, 4, 5, 7, 9, 12 ve 13 nolu ifadeler) ve sosyal içe dönüklük (1, 3, 6, 8, 10, 11 ve 14 nolu ifadeler) olmak üzere iki alt boyut bulunur. Ölçekteki cevap seçenekleri 0-4 arasında değişen 5'li Likert tipidir (0= Yanlış, 1= Kısmen yanlış, 2= Kararsız, 3= Kısmen doğru, 4= Doğru). Ölçekteki 1 ve 3. Maddeler ters kodlanmaktadır. Puanlamada her bir alt boyutta yer alan ifadelere verilen yanıtlar toplanır. Kesme noktası her bir boyut için ≥ 10 'dur. Her 2 boyuttan kişi ≥ 10 puan alırsa D tipi kişilik vardır denilir. Orijinal ölçeğin güvenilirlik-geçerliliği kalp

hastalarında yapılmış; negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük boyutları için Cronbach alfa değerleri 0.88 ve 0.86 olarak rapor edilmiştir (Denollet, 2005).

Ülkemizde ölçeğin güvenirlik geçerliği iki farklı araştırmacı grubu tarafından yapılmıştır. Negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük boyutlarının Cronbach alfa değerleri Alçelik vd tarafından hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmada (2012) 0.82 ve 0.81; Öncü ve Köksoy Vayisoğlu tarafından sağlıklı popülasyonda yapılan çalışmada (2018) 0.85 ve 0.76 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-3)

Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) Spielbergler, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında durumluk ve sürekli kaygı düzeyini ayrı ayrı ölçmek için geliştirilen, kısa ifadeleri içeren öz değerlendirme envanteridir. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanterinde toplam 40 ifade bulunur, ilk 20 ifade durumluk kaygı, kalan 20 ifade ise sürekli kaygı ile ilgilidir. Mevcut çalışmada bireyin genel kaygılarını ölçen sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Sürekli kaygı envanteri ile bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığı, bir başka ifade ile bireyin içinde bulunduğu durumu ne kadar stresli olarak yorumlama/algılama eğilimi değerlendirilir; sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların kolayca incindikleri ve karamsarlığa kapıldıkları bilinmektedir (Spielbergler vd., 1970).

Envanter dördümlük likert tipinde olup, cevap seçenekleri 1= “Hemen hiçbir zaman”, 2= “Bazen”, 3= “Çok zaman”, 4= “Hemen her zaman” şeklindedir; cevaplayıcı genel olarak kendini nasıl hissettiğini bu yanıtlardan birini seçerek işaretler. Sürekli kaygı envanterindeki 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 nolu maddeler ters kodlanması gereken ifadelerdir. Ters ifadeler olumlu duyguları ifade eder. Sürekli kaygı envanterindeki geri kalan maddeler ise (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40) olumsuz duyguları ifade eden doğrudan (düz) ifadelerdir. Puanlamada düz ve tersine döndürülen ifadeler ayrı ayrı toplanır; elde edilen düz ifadelerin toplam puanından tersine döndürülen ifadelerin toplam puanı çıkarılır ve 35 sabit sayısı eklenir. Toplam puan 20-80 arasında değişir; puan ne kadar yüksek ise kişinin kaygı düzeyi o kadar yüksektir. Düşük puan ise kaygı düzeyinin düşük olduğunu gösterir. Yapılan uygulamalarda ortalama kaygı düzeyinin 36-41 arasında değiştiği bildirilmektedir (Spielbergler vd., 1970).

Kaygı Envanterinin Türkiye’de validasyonu Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmış, Kuder Richardson 20 formülü ile incelenen iç tutarlılık katsayıları sürekli kaygı envanteri için 0.94-0.96 arasında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sürekli kaygı envanterinin iç tutarlılık katsayısı 0.92’dir.

3.4.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek-4)

Beck Depresyon Envanteri (BDE) 13-80 yaş arası bireylerde depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmek amacıyla 1961 yılında Beck vd. tarafından geliştirilmiştir. BDE ile depresyonun duygusal, bilişsel, fiziksel ve motivasyonel belirtileri değerlendirilerek objektif bir ölçüm yapılabilir. Ölçekte 21 ifade bulunur, her bir ifade için 0 ile 3 arasında değişen cevap seçeneği mevcuttur. Değerlendirmede tüm maddelere verilen puanlar toplanır, ölçeğin maksimum puanı 63’tür, puan arttıkça depresyonun şiddeti artar. Beck vd. ölçekten elde edilecek puanların derecelendirilerek yorumlanabileceğini belirtmektedir. Buna göre 0-9 Normal, 10-15 hafif depresyon, 16-23 orta derecede depresyon ve 24-63 ağır derecede depresyon olarak değerlendirilir. Ülkemizde ölçeğin validasyonu Hisli (1989) tarafından yapılmış, iki yarı test güvenilirlik katsayısı öğrencilerde 0.78, depresyon tanılı bireylerde 0.61 bulunmuştur. BDE kesme noktası genel popülasyon taramalarında 13 ve klinik alanda yapılacak çalışmalarda ise 21 olarak önerilmektedir. Bizim çalışmamızda Cronbach alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGKF) (Ek-5)

Eysenck ve Eysenck (1975) tarafından, kişilik özelliklerini ölçmek için, değişik uzunlukta çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçekler geçerli ve güvenilir ölçekler olmalarına rağmen, çok uzun olmaları kişilik özelliklerini değerlendirmede sorunlar yaşanmasına neden olmuş ve daha kısa ölçeklere ihtiyaç duyulmuştur. Francis, Brown ve Philipchalk tarafından 1992 yılında Eysenck Kişilik Anketi ve Eysenck Kişilik Anketinin 48 maddelik kısa formu gözden geçirilerek Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGKF) hazırlanmış ve bu kısa formun güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

24 ifade içeren EKA-GGKF ile kişilik “dışa dönüklük”, “nörotisizm” ve “psikotisizm” olmak üzere üç boyutta değerlendirilmektedir. “Dışa dönüklük”; iletişim düzeyi

yüksek, girişken kişiliği ifade eder. Dışa dönük kişiler ruhsal enerjilerini dış dünyaya yönlendiren, hareketli, yalnız kalmaktan hoşlanmayan, içten, değişime açık, cana yakın ve uyumlu kişilik özellikleri sergilerler. Nörotisizm, sosyal ve psikolojik stresörlere olumsuz olarak tepki verme eğilimi olan anksiyete özelliği olarak tanımlanır. Nörotisizm kaygı ve asabiyet, bıkkınlık, nefret, öfke ve suçluluk gibi birçok duygu durumunu içerir, nörotisizm düzeyinin düşüklüğü sakinlik ve dinginlikle ilişkilidir. Anketteki nörotisizm boyutu kısaca depresif, kaygılı, duygusal kişiliği tanımlar. Psikotisizm boyutu mesafeli, soğuk, duygusuz kişiliği ifade eder. Psikotisizm boyut puanı yüksek kişilerin pervasızlık, iki uçlu bozukluk, düşmanlık, kültürel normların reddi, olgunlaşmamışlık, antisosyal tutum ve psikopatik eğilimler gibi psikotiklerde yaygın olarak bulunan bazı nitelikler sergileyeceği düşünülmektedir. Son alt ölçek olan yalan ise diğer üç alt ölçeğin gerçekliğinin sınındığı bir kontrol ölçeğidir; bir başka ifade ile bu alt ölçek kişilik özelliklerinin ölçülmesinden ziyade, ölçeğin uygulanması sırasında oluşabilecek yanlılığın engellenmesi ve geçerliliğin kontrol altında tutulması amacı ile kullanılır (Francis vd., 1992).

Ölçeğin her bir boyutunda 6 ifade bulunur. Nörotisizm alt boyutu 1, 9, 11, 14, 18 ve 21 nolu maddeleri, dışa dönüklük alt boyutu 2, 4, 13, 15, 20 ve 23 nolu maddeleri, psikotisizm alt boyutu 3, 6, 8, 12, 16 ve 22 nolu maddeleri ve yalan alt boyutu 5, 7, 10, 17, 19 ve 24 nolu maddeleri içerir. Ölçekte bulunan ifadelerin yanıt seçenekleri Evet (1) ve Hayır (0) şeklindedir. Ölçekteki 3, 5, 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20 ve 22. maddeler ters kodlanır. Puanlamada her bir alt boyutta bulunan maddelere verilen yanıtlar toplanır, böylece her bir alt boyut kişilik puanı elde edilir; boyutlardan alınabilecek puan 0-6 arasındadır.

Ülkemizde 756 üniversite öğrencisinde Karancı, Dirik ve Yorulmaz (2007) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı “dışa dönüklük”, “nörotisizm”, “psikotisizm” ve “yalan” alt boyutları için sırasıyla 0.78, 0.65, 0.42 ve 0.64 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada dışa dönüklük ve nörotisizm alt boyutları kullanılmış; iç tutarlılık kat sayıları “dışa dönüklük” için 0.89 ve “nörotisizm” için 0.71 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırma izni alınan İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji

servisinde Temmuz 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından veri toplama formları hastalara dağıtılmış ve formları bağımsız olarak doldurmaları sağlanmıştır.

3.6. Geçerlik Güvenirlik alışmasında İzlenen Yol ve İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler SPSS (Statistic Packets For Social Sciences, Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi) version 23 ve Jamovi 2.3. (2022) programı ile analiz edilmiştir.

Mevcut alışmada Türkçe D Tipi Kişilik leği'nin geçerliğinin incelenmesinde yapı geçerliği yaklaşımı benimsenmiş; bu amaçla ölçeğin faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile değerlendirilmiş, birleşim-ayrışım geçerliliği (convergent ve discriminant validity) ve bilinen gruplar geçerliliği zmlmeleri kullanılmıştır.

3.6.1. Geçerlik Analizi

3.6.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA'da mevcut çalışmada elde edilen veri setinin orijinal dildeki kavramsal yapısına uygun olup olmadığı; bu amaçla maddelerin ait olduğu boyuta kabul edilebilir regresyon ağırlıkları (faktör yükleri) ile girip girmediği ve veri- model uyumu incelenmiştir. Regresyon ağırlıkları için sınır değer >0.30 olarak kabul edilmiştir (Streiner ve Norman, 2003). apık, Gözüm ve Aksayan'ın aktardığına göre (2014) Harrington da (2009) faktör yüklerinin 0.30 altında olmaması gerektiğini belirtmiştir. Faktör yükü 0.71 ve üzerinde ise mkemmek, 0.63 çok iyi, 0.55 iyi, 0.45 kabul edilebilir ve 0.32 zayıf olarak değerlendirilir (apık, Gözüm ve Aksayan, 2014).

Veri-model uyumu (DFA ile önerilen modelin veri setindeki ilişkileri ne derece açıkladığı) uyum indeksleri ile incelenmiştir. Literatürde mevcut uyum indekslerinin bazıları, örneklem büyüklüğünden, bazıları serbestlik derecesinden, bazıları ise modelin basit ya da karmaşık olmasından etkilenmektedir. Bir başka ifade ile çeşitli nedenlere dayalı olarak uyum indekslerinin birbirlerinden üstün ve zayıf yanları mevcuttur; bu nedenle birden çok uygunluk indeksi birlikte, kendi koşulları ve model koşulları içerisinde incelenmelidir (Yaşlıoğlu, 2017).

Yine yaygın olarak kullanılan çeşitli uyum indeksleri tercih edilen yazılım paketlerine göre değişebilmektedir (okluk, şekercioğlu & Büyüköztürk, 2012). Örneğin AMOS

ve LISREL paket programlarında bazı uyum indeksleri farklı isimlerle hesaplanmakta, bununla birlikte her iki programda da model uyumunun testinde benzer uyum indeksleri kullanılmaktadır (Brown, 2006). En sık kullanılan uyum indeksleri ki-kare istatistikleri, tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index, GFI), düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (Adjustment Goodness of Fit Index, AGFI), standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekök kalıntısı (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative of Fit Index, CFI), Normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index, NFI), Normlaştırılmamış uyum indeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI), Tucker Lewis indeksi (Tucker Lewis Index, TLI), fazlalık uyum indeksi (Incremental Fit Index, IFI) ve görelî uyum indeksidir (Relative Fit Index, RFI).

Mevcut çalışmada DFA analizi Jamovi 2.3.28 programında yapılmıştır. Veri-model uyumu χ^2/sd değeri ile incelenmiş ve uyum indeksi olarak RMSEA, TLI, CFI ve SRMR kullanılmıştır.

Genel model uyumunda ki-kare testleri başlangıç uyum indeksi olarak kabul edildiğinden mutlaka bakılması önerilmektedir. Beklenen sonuç, elde edilen ki-kare değerinin küçük ve anlamsız olmasıdır ki bu sonuç uyumun iyi olduğuna işaret eder; bunun tersine ki-kare'nin anlamlı olması veri ve kavramsal model uyumunun farklı olduğunu gösterir. Özetle DFA analizinde ilk önce yapılması gereken analiz ki-kare'dir; anlamlı olmayan ve 3'ten küçük ki-kare değeri model uyumunun iyi olduğunu gösterir. Bununla birlikte, örneklem küçük olduğunda P değeri anlamsız çıkabilir, örneklem büyük olduğunda ise P değeri hemen daima anlamlı çıkar. İşte bu nedenle ki-kareden ziyade, ki-karenin sd 'ye oranının (χ^2/sd) kriter alınması daha uygundur (Meydan ve Şeşen, 2015). χ^2/sd 'nin ≤ 2 ise model "iyi", ≤ 5 ise model "kabul edilebilir" olarak değerlendirilir (Meydan ve Şeşen, 2015). Kline (2015), örneklem küçük ise mükemmel uyum için χ^2/sd değerinin ≤ 2.5 olmasının yeterli olduğunu belirtir.

RMSEA yaklaşık ortalamaların kare kökü anlamında olup ana kütledeki yaklaşık uyumun ölçüsünü yansıtır. 0-1 arasında değer alan RMSEA'nın 0.08'den küçük olması kabul edilebilir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010; Schumacvker ve Lomax 2010). RMSEA'nın $\leq .05$ 'e olması mükemmel uyumu gösterir (Meydan ve Şeşen, 2015).

TLI artan bir uyum indeksidir. TLI olarak da bilinen NonNormed Uyum İndeksi (NNFI), Normed Uyum İndeksi'nin örneklem büyüklüğünden etkilenme dezavantajına karşı geliştirilmiştir (Cangur ve Ercan, 2015). TLI değerinin $>0,90$ olması kabul edilebilir olarak belirtilmektedir (Hu ve Bentler, 1999; Fan vd., 2016)

CFI, değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığını varsayarak kurulan modelin yokluk, bir başka ifade ile null modelden farkını gösterir. Değeri 0-1 arasında değişir; 0.90 üzerinde olması kabul edilebilir değerdir (Çokluk vd., 2010).

Bir diğer uyum indeksi olan SRMR değeri sıfıra ne kadar yaklaşırsa modelin daha iyi uyum iyiliği sağladığı kabul edilir. SRMR değerinin 0.05 altında olması beklenir, 0.05- <0.10 arasında bir değer kabul edilebilir sınırdır (Çokluk vd., 2010).

Çeşitli kaynaklarda belirtildiği üzere, uyum indekslerini kabul etmek için öngörülen kesme noktaları değişkenlik gösterir. Örneğin Hair vd (2019) madde sayısı 30'dan daha az olan ölçeklerde ve/veya örneklem büyüklüğünün 250'den fazla olduğu durumlarda x^2 değerinin istatistiksel olarak önemli olmadığını, CFI 0.92'den büyük; RMSEA 0.08'den küçük ise, ek olarak SRMR 0.09'dan küçükse genel model uyum katsayılarının yeterli kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kline'na göre (2015), model uyumunun kabul edilebilmesi için SRMR değerinin 0.10'dan küçük, CFI'nin 0.90'dan büyük olması ve RMSEA değerinin ise 0.08'den küçük olması gerekir. Hu ve Bentler (1999), model uyumu için basit modellerin yanlış tanımlamalarına duyarlı kesin uyum indeksi olan SRMR'nin 0.08'e yakın ya da daha düşük, kompleks modellerin yanlış tanımlanmasına duyarlı kesin uyum indeksi olan RMSEA'nın 0.06'yı aşmaması; CFI ve TLI'nin ≥ 0.95 olmasını gerektiğini belirtmektedir. Brown (2006), Hu ve Bentler tarafından kabul edilen SRMR ve RMSEA değerlerinin yanısıra, CFI'nin da 0.95'ten büyük olması gerektiğini öne sürer.

Mevcut çalışmada kullanılan uyum indekslerine ilişkin mükemmel ve kabul edilebilir uyum ölçütleri Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1: Bazı Uyum İndekslerinin Mükemmel ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri

Uyum İndeksleri	Mükemmel Ölçütleri	Uyum Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$
NNFI (TLI)	$0.95 \leq TLI \leq 1.00$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
SRMR	$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$

3.6.1.2. Birleşim-Ayrışım Geçerliliği (Convergent-discriminant Validity)

Birleşim-ayrışım geçerliliğinde Intraclass korelasyon ile D tipi Kişilik Ölçeği alt boyutları ile diğer ölçek (Spielberger Sürekli Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu) ortalama puanları arasındaki korelasyona bakılmıştır. Çalışmamızda Eysenck Kişilik Anketi dışı dönüklük ve nörotisizm boyutları kullanılmıştır.

D tipi Kişilik Ölçeğinde bulunan negatif duygulanım ve sosyal içedönüklük alt boyutlarının anksiyete ve depresyon ile pozitif korelasyon (Alçelik vd., 2012; Weng vd., 2013; Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2017); Eysenck Kişilik Anketindeki dışı dönüklük alt boyutu ile negatif, nörotisizm alt boyutu ile pozitif korelasyon göstereceği (Denollet, 2005) öngörülmüştür.

3.6.1.3. Bilinen Grup Geçerliliği

Bilinen grup geçerliğinde D tipi kişilik olan ve olmayanlarda anksiyete, depresyon, dışı dönüklük ve nörotisizm ortalama puanlarının farklılık gösterip göstermediği independent student t testi ile karşılaştırılmış, D tipi kişilik olanlarda anksiyete, depresyon ortalama puanlarının (Gremigni ve Sommaruga, 2005; Pedersen vd., 2009; Spindler vd., 2009; Yu vd., 2010; Lim vd., 2011; Wilchinsky vd., 2012; Bunevicius vd., 2013; Weng vd., 2013; Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2018; Pushkarev vd., 2019) ve nörotisizm ortalama puanının daha yüksek, dışı dönüklük puanının daha düşük (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009; Pedersen vd., 2009; Pushkarev vd., 2019) olacağı öngörülmüştür.

3.6.2. Güvenirlilik Analizi

Güvenirlilik

“aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır, ölçülmek istenen belli bir şeyin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır, ölçümün tesadüfi hatalardan arınık olma derecesidir” (Erdoğan, Nahçıvan ve Esin, 2020).

Güvenirlilik katsayısı 0-1 arasında değişir, değer 1'e yaklaştıkça ölçme aracının güvenirliliği artar (Koo ve Li, 2016; Kula Kartal ve Mor Dirlik, 2016). Güvenirliliği düşük olan ölçme aracının bilimsel değerinin olmadığı kabul edilir, bununla birlikte güvenirliliğin yüksek olması da ölçme aracının geçerli olduğunu göstermez, bu nedenle güvenirlilik geçerliliğin ön koşulunu oluşturur (Erdoğan vd., 2020).

Mevcut çalışmada D Tipi Kişilik Ölçeğinin güvenirliliği iç tutarlılık (Cronbach alpha ve düzeltilmiş madde-faktör korelasyonları), maddeler arası korelasyonların ortalaması (Average Inter-item Correlation) ve zamana karşı değişmezlik ile incelenmiştir.

Her ölçme aracının bir bütünü oluşturmak (belli bir amacı gerçekleştirmek) üzere birbirinden bağımsız ünitelerden, örneğin maddelerden, sorulardan, ifadelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımı iç tutarlılığın dayandığı temel görüşü oluşturur. İç tutarlılığı belirlemede sıklıkla Cronbach alpha güvenirlilik katsayısı (Likert tipi ölçeklerde) ve madde-toplam güvenirlilik katsayısı hesaplanır (Erdoğan vd., 2020). Madde-toplam korelasyonunun yüksek olması o maddenin ölçmek istenen kavramla ilişkili olduğunu gösterir (Tavakol ve Dennick, 2011; Çakmur, 2012; Karasar, 2016). Kabul edilebilir Cronbach alpha katsayısı için eşik değer ≥ 0.70 'dir (Kline, 1998, 2015). Karasar (2006) madde-toplam korelasyonu için eşik değer > 0.30 olmasını yeterli bulurken, Sharma (2016) bu değer 0.40 'a eşit ya da daha yüksek olması gerektiğini bildirmektedir. İç tutarlılık analizlerinde son yıllarda maddeler arası korelasyonların ortalaması da kullanılmaya başlanmıştır. İdeal average inter-item correlation katsayısı 0.15 ile 0.50 arasında değişir, bunun altında değer maddelerin ölçülmek istenen kavramla ilişkili olmadığını/az ilişkili olduğunu, yüksek değer alan maddelerin birbirine benzediğini ve ayırdedici olmadığını gösterir (Trochim, 2006).

Zamana karşı değişmezlikte ölçek belirlenen aralıklar ile iki kez uygulanır, iki ölçüm arasındaki korelasyon incelenir. Son yıllarda yalnızca iki ölçümden elde edilen ortalama puanlar arasındaki korelasyonun derecesinin değil, aynı zamanda ölçümler

arasındaki uyumun da değerlendirilmesi, bunun içinde korelasyon testinden ziyade sınıf içi korelasyon katsayısının (intraclass correlation coefficient, ICC) kullanılması önerilmektedir (Koo ve Li, 2016). Mevcut çalışmada zamana karşı değişmezlik için D Tipi Kişilik Ölçeği ana örneklemeden farklı 30 kişilik bir gruba 4 hafta ara ile uygulanarak, iki ölçüm arasındaki korelasyon ve uyum ICC ile incelenmiştir. Portney ve Watkins'e (2000) göre tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ICC değeri 0.5'ten küçük ise zayıf, 0.5-0.75 ise orta, 0.75-0.9 ise iyi, 0.90'dan büyük ise mükemmel derecede güvenilirdir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada Helsinki Bildirgesi esas alınmış; bu doğrultuda katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır (Ek-12).

Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu'nu Türkçeye uyarlayan araştırmacılardan elektronik posta yolu ile kullanım izni alınmıştır (Ek 6-9).

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek-10). Araştırmanın yapılacağı hastaneden İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile izin alınmıştır (Ek-11).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen sonuçlar İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisinde yatarak tedavi gören kardiyovasküler sistem hastalığı olan 160 kişiden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bulgular “Olguların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular”, “Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği’nin Geçerliliğine İlişkin Bulgular” ve “Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği’nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular” olmak üzere üç başlıkta sunulmuştur.

4.1. Olguların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1’de olguların tanıtıcı özellikleri sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, yaş ortalaması 60.17 yıl olan katılımcıların çoğunluğu erkek (%82.50) ve evli (%91.90); %33.8’i ilkökul mezunu ve %43.75’i emekli olup, tamamı ekonomik durumunu orta olarak tanımlamıştır. Olguların tamamının sosyal güvencesi mevcuttur, %40.60’ı düzenli olarak sigara, %9.40’ı alkol kullanmaktadır. Olguların primer hastalık tanı alma süresi 3.36 yıl olup, yarısından fazlasında (%52.50) primer tanı dışında ek bir kronik hastalık bulunmaktadır; mevcut hastalıklar içinde %55.95 oranı ile hipertansiyon birinci sırada gelmektedir. Yine olguların tamamı düzenli olarak reçeteli ilaç kullanmakta olup, en fazla kullanılan ilaçlar içinde %100 oranı ile antitrombotik ilaçlar ilk sırada iken, bunu %77.50 oranı ile proton pompası inhibitörü ve %46.25 oranı ile antihipertansif ilaçlar izlemektedir.

Tablo 4.1: Olguların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	28	17.50
Erkek	132	82.50
Medeni durum		
Evli	147	91.90
Bekar	13	8.10
Eğitim durumu		
Okuryazar	14	8.80
İlkokul	54	38.80
Ortaokul	44	27.50
Lise	37	23.10
Üniversite	11	6.90

Tablo 4.1: Olguların Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Tanıtıcı Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ekonomik durum		
Orta	160	100
Mesleki durum		
Emekli	70	43.75
Ev hanımı	20	12.50
Serbest Meslek	27	16.88
İşçi/memur	43	26.87
Sosyal güvence		
Var	160	100
Sigara		
Kullanıyor	65	40.60
Kullanmıyor	95	59.40
Düzenli olarak alkol		
Kullanıyor	15	9.40
Kullanmıyor	145	90.60
Ek hastalık		
Var	84	52.50
Yok	76	47.50
Mevcut ek hastalık (n:84)*		
Hipertansiyon	47	55.95
Diyabet	11	13.10
Hipertansiyon + Diyabet	26	30.95
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	160	100
Kullanmıyor		
Kullanılan ilaç grubu*		
Antitrombotik	160	100
Proton pompa inhibitörü	124	77.50
Betabloker	42	26.25
Antihiperlipidemik	26	16.25
Antidiyabetik	34	21.25
Antihipertansif	74	46.25
Diğer	18	11.25
Yaş (ort±ss, min-max yıl)	60.17 ± 9.41 (37-87)	
Tanı yılı (ort±ss, min-max yıl)	3.36 ± 4.02 (1-24)	

*Satır yüzdesi alınmıştır

4.2. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeğinin Geçerliğine İlişkin Bulgular

Geçerlikte yapı geçerliği yaklaşımı benimsenmiştir. Bu bölümde Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin geçerliğine ilişkin bulgular “Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular”, “Birleşim-Ayrışım Geçerliliğine (Convergent ve Discriminant Validity) İlişkin Bulgular ve “Bilinen Gruplar Geçerliğine İlişkin Bulgular” olmak üzere üç alt başlıkta sunulmuştur.

4.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen genel uyum katsayıları Tablo 4. 2’de; ölçekteki negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyutlarında yer alan maddelerin faktör yükleri Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, kuramsal modele ilişkin uyum indeksleri $\chi^2/sd= 1.03$, RMSEA 0.014, CFI= 0.999, TLI 0.999, ve SRMR 0.063 şeklindedir.

D Tipi Kişilik Ölçeğinde bulunan tüm maddelerin faktör yükleri pozitif olup; negatif duygulanım boyutunda 5 nolu ifadenin faktör yükü 0.40’ın altındadır ($r^2= 0.03$), bu boyutta geri kalan maddelerin yükleri 0.59-0.82 arasında iken, sosyal içe dönüklük boyutunda yer alan maddelerin faktör yükleri 0.40 ile 0.90 arasında değişmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.2: İki Faktörlü Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeğinin Genel Uyum Katsayıları

Uyum İndeksi	Bulunan Değer
Ki-kare	78.3
sd	76
P	0.405
Ki-kare/sd	1.03
RMSEA (GA, %90)	0.014 (0.00-0.05)
CFI	0.999
TLI	0.999
SRMR	0.063

Tablo 4.3: D Tipi Kişilik Ölçeğinde Yer Alan Maddelerin Faktör Yükleri

Negatif duygulanım		Sosyal içe dönüklük	
<i>Madde</i>	<i>R²</i>	<i>Madde</i>	<i>R²</i>
2.Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım.	0.60	1.İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim.	0.63
4.Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim.	0.59	3.Yabancılarla sıklıkla konuşurum.	0.52
5.Sıklıkla çabuk kızarım.	0.03	6.Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir.	0.85
7.Olaylara karamsar bakarım.	0.70	8.Konuşmayı başlatmakta zorlanırım.	0.84
9.Genelde ruh halim kötüdür.	0.78	10.İçine kapanık bir insanım.	0.90
12.Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum.	0.79	11.İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim.	0.40
13.Genelde çökkün bir ruh halim vardır.	0.82	14.Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam.	0.57

4.2.2. Birleşim-Ayrışım Geçerliliğine (Convergent ve Discriminant Validity) İlişkin Bulgular

Birleşim-ayrışım geçerliliğine ilişkin bulgular Tablo 4.4'te görülmektedir. ICC korelasyon analizi sonuçları negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyut skorları ile sürekli anksiyete, depresyon ve nörotisizm skorları arasında pozitif anlamlı korelasyon; dışa dönüklük skoru arasında negatif anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4: Birleşim-Ayrışım Geçerliliğine (Convergent ve Discriminant Validity) İlişkin Bulgular

	Sürekli anksiyete	Beck depresyon	Dışa dönüklük	Nörotisizm
D tipi kişilik				
Negatif duygulanım	r= 0.654 P=0.000	r=0.518 P=0.000	r=-0.404 P=0.000	r=0.754 P=0.000
Sosyal içe dönüklük	r= 0.477 P=0.000	r=0.536 P=0.000	r=-0.749 P=0.000	r=0.601 P=0.000

4.2.3. D Tipi Kişilik Prevalansı ve Bilinen Grup Geçerliliğine İlişkin Bulgular

D Tipi Kişilik Ölçeğinin bilinen grup geçerliliğine ilişkin veriler Tablo 4.5'te verilmiştir. Kesme noktasına göre değerlendirildiğinde, çalışmamızda D tipi kişilik yaygınlığı %44.37 olarak bulunmuştur. D tipi kişilik olanlarda olmayanlara göre sürekli anksiyete ($P<0.001$), depresyon ($P<0.001$), Nörotisizm ($P<0.001$) ortalama puanları daha yüksek, dışa dönüklük ($P<0.001$) ortalama puanı istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde daha düşüktür (Tablo 4.5).

Tablo. 4.5: D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Bilinen Grup Geçerliliği

	Sürekli anksiyete	Beck depresyon	Dışa dönüklük	Nörotisizm
D Tipi kişilik				
Var (n=71)	45.48±6.18	9.80±4.76	1.97±2.12	3.83±1.65
Yok (n=89)	40.36±5.19	4.90±4.57	4.65±1.75	1.83±1.58
	t= 5.690 P=0.000	t= 6.613 P=0.000	t= 8.759 P=0.000	t= 7.796 P=0.000

4.3. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi, negatif duygulanım boyutu ortalama puanı 11.47, sosyal içe dönüklük boyutu ortalama puanı 10.60'dır. Negatif duygulanım boyutunda yer alan ifadelerin ortalama puanları 0.92-2.56, sosyal içe dönüklük boyutunda yer alan ifadelerin ortalama puanları 1.05-2.01 arasında değişmektedir.

Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları negatif duygulanım boyutu için 0.805, sosyal içe dönüklük boyutu için 0.856'dır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları negatif duygulanım boyutunda 0.063-0.717; sosyal içe dönüklük boyutunda 0.333-0.806 arasındadır; maddeler arası korelasyonların ortalaması (Average Inter-item Correlation) negatif duygulanım boyutu için 0.380, sosyal içe dönüklük boyutu için 0.445 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Negatif duygulanım boyutunda madde-toplam korelasyonu eşik değerinin altında olan madde 5 çıkarıldığında, Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.856'ya yükselmiştir (Tablo 4.7).

Negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük boyutlarının için test-retest korelasyon katsayıları sırası ile 0.958 ve 0.964 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6: Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Güvenirliği

Maddeler	Ort±SS	Madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısı	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu
Negatif Duygulanım			
Item 2. Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım.	1.94±1.49	0.778	0.556
Item 4. Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim.	1.42±1.30	0.758	0.651
Item 5. Sıklıkla çabuk kızarım.	2.56±1.24	0.856	0.063
Item 7. Olaylara karamsar bakarım.	1.64±1.31	0.778	0.547
Item 9. Genelde ruh halim kötüdür.	0.92±1.08	0.753	0.717
Item 12. Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum.	2.00±1.27	0.756	0.664
Item 13. Genelde çökkün bir ruh halim vardır.	0.99±1.11	0.757	0.682
Negatif Duygulanım-total	11.47±6.03		
Cronbach alpha katsayısı	0.805		
Average inter-item korelasyon	0.380		
Test-retest korelasyon katsayısı	0.958		

Tablo 4.6: Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Güvenirliği (Devamı)

Maddeler	Ort±SS	Madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısı	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu
Sosyal İçe Dönüklük			
Item 1. İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim.	1.05±1.06	0.825	0.634
Item 3. Yabancılarla sıklıkla konuşurum.	2.01±1.45	0.847	0.488
Item 6. Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir.	1.53±1.38	0.794	0.806
Item 8. Konuşmayı başlatmakta zorlanırım.	1.42±1.35	0.803	0.757
Item 10. İçine kapanık bir insanım.	1.40±1.34	0.805	0.746
Item 11. İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim.	1.56±1.26	0.864	0.333
Item 14. Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam.	1.64±1.29	0.839	0.524
Sosyal İçe Dönüklük-total	10.60±6.65		
Cronbach alpha katsayısı	0.848		
Average inter-item korelasyon	0.445		
Test-retest korelasyon katsayısı	0.964		

Tablo 4.7: Madde 5 çıkarıldığında Negatif Duygulanım Boyutunun Güvenirliği

Maddeler	Madde silindiğinde Cronbach alpha katsayısı	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu
Negatif Duygulanım		
Item 2. Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım.	0.850	0.572
Item 4. Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim.	0.832	0.642
Item 7. Olaylara karamsar bakarım.	0.848	0.557
Item 9. Genelde ruh halim kötüdür.	0.818	0.739
Item 12. Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum.	0.821	0.703
Item 13. Genelde çökkün bir ruh halim vardır.	0.822	0.711
Cronbach alpha katsayısı	0.856	

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular “D Tipi Kişilik Ölçeğinin Geçerliliği” ve “D Tipi Kişilik Ölçeğinin Güvenirliği” olmak üzere iki ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. D Tipi Kişilik Ölçeğinin Geçerliliği

Bu başlık altında çalışma bulguları “Doğrulayıcı Faktör Analizi”, “Birleşim-Ayrışım Geçerliliği” ve “D Tipi Kişilik Prevalansı ve Bilinen Grup Geçerliliği” olmak üzere üç alt başlıkta tartışılmıştır.

5.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Çalışmamızda ölçeğin orijinaline uygun şekilde iki faktörlü yapıda olduğu doğrulanmıştır (Tablo 4.2). Çalışmamızda χ^2/sd değerinin 2'nin altında olması, 0.05'den küçük bulunan RMSEA değeri, yanısıra CFI ve TLI değerlerinin bire yakın olması mükemmel uyumu göstermektedir. SRMR değeri ise (0.063) kabul edilebilir sınırdadır (Çokluk vd., 2010).

Çalışma sonuçlarımız hem orijinal çalışma (Denollet, 2005) hem de daha önce yapılan diğer validasyon çalışmalarının sonuçları ile paralellik göstermektedir. D Tipi Kişilik Ölçeğini geliştiren Denollet'in (2005) 3813 kişide yaptığı çalışmada (2508 genel popülasyon, 573 kardiyak hasta, 732 hipertansif hasta) ölçek maddeleri negatif duyulanım ve sosyal içe dönüklük olarak adlandırılan iki faktör altında toplanmıştır.

Almanya (Grande vd., 2004), Danimarka (Spindler vd., 2009), Norveç (Bergvik vd., 2010), Fransa (Batselé vd., 2017), Litvanya (Svansdottir vd., 2012), Tayvan (Weng vd., 2013), Çin (Yu, Zhang ve Liu, 2008; Yu vd. 2010), Ukrayna (Pedersen vd., 2009) ve Rusya'da (Pushkarev vd., 2016) ölçeğin faktör yapısı DFA ile incelenmiştir.

Almanya'da yapılan çalışmada D Tipi Kişilik Ölçeği kalp hastaları, psikosomatik hastalar ve sağlıklı fabrika işçilerinden oluşan 2421 kişiye uygulanmış, ölçeğin iki faktörlü yapıda olduğu gösterilmiştir (Grande vd., 2004). Danimarka'da 707 kalp hastasında yapılan çalışmada (SRMR=0.076, RMSEA=0.076, CFI=0.98, IFI=0.98) (Spindler vd., 2009), Norveç'te kardiyovasküler revaskülarizasyon tedavisi alan 432

koroner kalp hastalıklı bireyde yapılan çalışmada (Bergvik vd., 2010), Fransa'da genel popülasyon ve akut koroner sendrom ve meme kanserli bireyleri içeren hasta popülasyonda yapılan çalışmada (Batselé vd., 2017), Litvanya'da 543 koroner hastasında yapılan çalışmada (Bunevicius vd., 2013), İzlanda'da koroner angiografi veya perkütan koroner girişim yapılan hastalar (n=1291) ve koroner bakım ünitesi ve kalp yetmezliği kliniği hastalar (n=161) olmak üzere 1452 hastada yapılan çalışmada (Svansdottir vd., 2012), Tayvan'da 87'si koroner arter hastası, 421'i genel popülasyon olmak üzere toplam 508 kişide yapılan çalışmada (ki-kare/sd=2.24, SRMR=0.07, RMSEA=0.07, CFI=0.92, IFI=0.92, GFI=0.91; AGFI=0.88, AIC= 228.04) (Weng vd., 2013), Çin'de 176 koroner kalp hastası ve 376 sağlıklı kontrolde yapılan bir çalışmada (Yu, Zhang ve Liu, 2008), Yine Çin'de koroner arter hastalığı olan 326 hastada yapılan çalışmada (chi(2)/df=2.89, RMSEA=0.08, NFI=0.91, NNFI=0.91, CFI=0.93), (Yu vd. 2010), Ukrayna'da 250 sağlıklı bireyde yapılan çalışmada (Pedersen vd., 2009), Rusya'da iskemik kalp hastalığı olan 977 kişide yapılan çalışmada (344 kişi akut koroner sendromlu hasta, 643 kişi stabil angina hastası) (CFI=0.90, TLI= 0.88, IFI= 0.90, RMSEA= 0.069) (Pushkarev vd., 2016) DFA ile ölçeğin iki faktörlü yapısı doğrulanmıştır.

İtalya (Gremigni ve Sommaruga, 2005), Yunanistan (Christodoulou vd. 2013), İsrail (Vilchinsky vd., 2012), İran'da (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011) yapılan çalışmalarda ve Türkiye'de yapılan bir çalışmada (Alçelik vd., 2012) ölçeğin faktör yapısı AFA ile incelenmiştir.

İtalya'da 145 kardiyak hastada yapılan çalışmada (Gremigni ve Sommaruga, 2005), Yunanistan'da stabil koroner kalp hastalığı olan ve 80 sağlıklı bireyde yapılan çalışmada (Christodoulou vd. 2013), İsrail'de ilk kez akut koroner sendrom tanısı olarak hastaneye yatırılan 94 erkek hastada yapılan çalışmada (Vilchinsky vd., 2012), İran'da 191 sağlıklı birey (Üniversite öğrencisi), 176 MI tanısı ile hastanede yatan hastalar olmak üzere toplam 367 kişide yapılan çalışmada (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011) ve Türkiye'de hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmada (Alçelik vd., 2012) D Tipi Kişilik Ölçeğinin orijinaline benzer şekilde iki faktörlü yapı gösterdiği saptanmıştır.

Polonya (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009), Kore (Lim vd., 2011), Rusya (Pushkarev vd., 2019), Sri Lanka'da (Walpita Gamage vd., 2021) ve Türkiye'de yapılan bir çalışmada (Öncü ve Köksoy Vayısoğlu, 2018) ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde AFA ve DFA birlikte kullanılmıştır.

Polonya’da 1154 kişide yapılan çalışmada (226 kişi kardiyovasküler hastalığı, KVH, olan birey, 928 sağlıklı birey) AFA ve DFA ölçeğin 2 faktörlü yapısını doğrulamıştır (IFI= 0.95, RMSEA= 0.050, AGFI=0.93), (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009). Kore’de 111 koroner kalp hastalığı olan ve 954 sağlıklı kontrolde yapılan çalışmada, sağlıklı olgularda AFA, kalp hastalarında DFA yapılmış, her iki analizde de ölçeğin iki faktörlü yapı gösterdiği saptanmıştır. Kalp hastalarında yapılan DFA’da veri-model uyumu yeterli bulunmuştur (RMSEA= 0.077, CFI=0.92, TLI= 0.90) (Lim vd., 2011), Rusya’da 929 kişide (496 koroner arter hastalıklı birey, 195 konjestif kalp yetmezlikli birey, 84 arteryal hastalıklı birey ve 154 sağlıklı birey) yapılan çalışmada hem AFA hem de DFA analizinde ölçeğin iki faktörlü yapısı doğrulanmıştır ($\chi^2/df = 3.2$, CFI = 0.93, TLI = 0.91, IFI = 0.93, RMSEA = 0.067), (Pushkarev vd., 2019). Son olarak Siri Lanka’da iskemik kalp hastalıklı 140 kişide yapılan çalışmada AFA ve DFA ölçeğin 2 faktörlü yapısı doğrulamıştır (CFI= 0.92, TLI=0.90, RMSEA= 0.104), (Walpita Gamage vd., 2021).

Türkiye’de Öncü ve Köksoy Vayisoğlu’nun çalışmasında (2018) ölçekteki iki boyutun özdeğerinin 1’den büyük olması, açıklanan varyansa yaptıkları katkı ve yamaç grafiği sonuçları, ölçeğin orjinal forma benzer şekilde iki boyutlu olduğunu göstermiş; DFA’da bu iki boyut doğrulanmıştır ($\chi^2/sd= 3$, RMSEA= 0.076, NFI= 0.94, NNFI=0.95, CFI=0.96, AGFI=>0.88).

Kupper vd. tarafından yapılan çalışmada (2013) 21 ülkeden, 6222 iskemik kalp hastalıklı bireyin (anjina, 33%; miyokard enfarktüsü, %37 ve kalp yetmezliği %30) verileri incelenmiş, ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçek ile benzer ve uyum indekslerinin iyi düzeyde olduğu (CFI=0.91, NFI=0.88, RMSEA=0.018) bulunmuş ve D Tipi ölçeğinin 21 ülkede kültürler arası ölçüm eşdeğerliği gösterilmiştir.

Faktör analizinde tüm maddelerin ait olduğu boyuta kabul edilebilir regresyon ağırlıkları ile girmesi ve faktör yükünün pozitif olması beklenir. Streiner ve Norman’a göre (2003) regresyon ağırlıkları için sınır değer >0.30’dur. Çapık vd.nin aktardığına göre (2014), Harrington da (2009) faktör yüklerinin 0.30 altında olmaması gerektiğini belirtmiştir. Faktör yükü 0.71 ve üzerinde ise mükemmel, 0.63-0.70 arasında çok iyi, 0.55-0.62 iyi, 0.45-0.54 kabul edilebilir ve 0.30-0.44 zayıf olarak değerlendirilir (Çapık vd., 2014).

Mevcut çalışmada negatif duygulanım boyutunda 9 (Genelde ruh halim kötüdür), 12 (Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum) ve 13 nolu maddelerin (Genelde çökkün bir ruh halim vardır); sosyal içe dönüklük boyutunda 6 (Sosyal

ilişkilerimde genelde çekingenimdir), 8 (Konuşmayı başlatmakta zorlanırım) ve 10 nolu maddelerin (İçine kapanık bir insanım) regresyon ağırlıkları mükemmel düzeyde; negatif duygulanım boyutundaki 7 (Olaylara karamsar bakarım) ve sosyal içe dönüklük boyutundaki 1 nolu maddenin (İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim) regresyon ağırlıkları çok iyi düzeyindedir.

Negatif duygulanım boyutundaki 2 (Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım) ve 4 nolu madde (Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim) ve sosyal içe dönüklük boyutundaki 14 nolu maddenin (Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam) regresyon ağırlığı iyi düzeydedir. Sosyal içe dönüklük boyutundaki 3 nolu maddenin (Yabancılarla sıklıkla konuşurum) regresyon ağırlığı kabul edilebilir düzeyde iken, 11 nolu maddenin (İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim) regresyon ağırlığı zayıf olmakla birlikte (Çapık vd., 2014), kabul edilebilir sınır değerinin üzerindedir (Streiner ve Norman, 2003). Negatif duygulanım boyutundaki 5 nolu maddenin (Sıklıkla çabuk kızarım) regresyon ağırlığı sınır değerinin altındadır (Tablo 4.3).

Orijinal çalışmada faktör yükleri 0.62 ile 0.82 arasında değişen değerler almıştır (Denollet, 2005). Negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyutlarının faktör yükleri İtalya'da 0.46 ile 0.80 arasında (Gremigni ve Sommaruga, 2005), İsrail'de 0.40 ile 0.83 arasında (Vilchinsky d., 2012), Kore'de 0.42-0.78 arasında (Lim vd., 2011), İran'da sağlıklı olgularda 0.52-0.79 arasında, MI olgularında 0.65-0.80 arasında (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011) bulunmuş, Yunanistan'da faktör yüklerinin tatmin edici olduğu saptanmıştır (Christodoulou vd. 2013).

Türkiye'de ölçeğin faktör yükleri Alçelik vd.nin çalışmasında (2012) 0.43-0.75, Öncü ve Köksoy Vayisoğlu'nun çalışmasında (2018) 0.41-0.76 arasında bulunmuştur.

Sonuç olarak çalışmamız, ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçeğe benzediğini ve madde 5 hariç, ölçekteki tüm maddelerin faktör yüklerinin sınır değerinin üzerinde olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlara dayanarak ölçeğin faktör yapısının beklenen şekilde olduğu söylenebilir.

5.1.2. Birleşim-Ayrışım Geçerliliği

Çalışmamızda birleşim-ayrışım geçerliliğinde D tipi Kişilik Ölçeğinde bulunan negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyutlarının anksiyete ve depresyon ile pozitif korelasyon (Alçelik vd., 2012; Weng vd., 2013; Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2017); Eysenck Kişilik Anketindeki dışa dönüklük alt boyutu ile negatif, nörotisizm alt

boyutu ile pozitif korelasyon göstereceği (Denollet, 2005) öngörölmüş idi. Mevcut veriler bu öngöröleri karşılamış, birleşim-ayrışım geçerliğini destekleyecek şekilde negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyutlarının sürekli anksiyete, depresyon ve nörotisizm ile pozitif, dışa dönüklük ile negatif anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.4).

Ek olarak çalışmamızda negatif duygulanım ile nörotisizm arasında pozitif, sosyal içe dönüklük ile dışa dönüklük arasında negatif korelasyon bulunması bu alt ölçeklerin ilişkili, ancak aynı olmadığını göstermektedir, bu da ölçeğin benzeşim/ayrışım geçerliliğini doğrulamaktadır.

Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Denollet'in (2005) çalışmasında negatif duygulanım nörotisizm ile pozitif ($r=0.68$); sosyal içe dönüklük dışa dönüklükle negatif korelasyon göstermiştir ($r=-0.59/-0.65$).

Danimarka'da yapılan çalışmada negatif duygulanım ile anksiyete ($r=0.76$), depresyon ($r=0.65$) ve nörotisizm ($r=0.82$) arasında pozitif, dışa dönüklük ($r=-0.44$) arasında negatif korelasyon; sosyal içe dönüklük ile anksiyete ($r=0.41$), depresyon ($r=0.46$), nörotisizm ($r=0.53$) arasında pozitif, dışa dönüklük ($r=-0.64$) arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Spindler vd., 2009).

Norveç'te negatif duygulanım ve sosyal içe kapanıklık ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (Bergvik vd., 2010).

İtalya'da negatif duygulanım ile nörotisizm arasında pozitif ($r=0.69$), sosyal içe dönüklük ile dışa dönüklük arasında negatif ($r=-0.66$) korelasyon bulunmuştur (Gremigni ve Sommaruga, 2005). Polonya'da hem sağlıklı hem de KVH olan bireylerde negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük ile nörotizm arasında pozitif, dışa dönüklük arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Yine hem sağlıklı hem de KVH olan bireylerde negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük negatif duygulanım ile pozitif, pozitif duygulanım ile negatif korelasyon göstermiştir (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009).

Yunanistan'da negatif duygulanım ile anksiyete ($r=0.76$), depresyon ($r=0.63$) ve stres ($r=0.77$); sosyal içe dönüklük ile anksiyete ($r=0.33$), depresyon ($r=0.43$) ve stres ($r=0.41$) arasında pozitif korelasyon olduğu ve yüksek düzeydeki negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklüğün yüksek düzeyde anksiyete, depresyon ve psikolojik stres ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Christodoulou vd. 2013).

İsrail’de negatif duygulanım anksiyete ve depresyon ile pozitif ilişki gösterirken, sosyal içe dönüklük anksiyete ve depresyon ile ilişki göstermemiştir (Vilchinsky vd., 2012)

İzlanda’da negatif duygulanım ile nörotisizm arasında pozitif ($r=0.80$), sosyal içe dönüklük ile dışa dönüklük arasında negatif korelasyon ($r=-0.65$) ve sosyal içe dönüklük ile emosyonel inhibisyon arasında pozitif korelasyon ($r=0.50$) bulunmuştur (Svansdottir vd., 2012).

Kore’de hem sağlıklı grupta hem de hipertansiyonlu ve KKH’lı grupta negatif duygulanım ile nörotisizm arasında pozitif, sosyal içe dönüklük ile dışa dönüklük arasında negatif korelasyon saptanmıştır (Lim vd., 2011).

Tayvan’da negatif duygulanım kaygı, depresyon ve düşmanlık ile pozitif yönde; sosyal içe dönüklük baskılanan hostilete ile pozitif, ifade edilen hostilete ile ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Weng vd., 2013).

Çin’de negatif duygulanım depresyon ve olumsuz duygulanım ile, sosyal içe dönüklük sosyal kaçınma ve sıkıntı ile beklenen yönde korelasyon göstermiştir. (Yu vd., 2008). Yine Çin’de koroner arter hastalığı olan grupta negatif duygulanım ve nörotizim arasında ($r=0.78$), sosyal içe dönüklük ve nörotizim arasında ($r=0.78$) pozitif, sosyal içe dönüklük ve dışa dönüklük arasında ($r=-0.64$) negatif ilişki saptanmıştır (Yu vd., 2010).

İran’da negatif duygulanım ile nörotisizm arasında pozitif ($r=0.65$), sosyal içe dönüklük ile dışa dönüklük arasında negatif korelasyon ($r=-0.62$) (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011); Rusya’da iskemik kalp hastalarında negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Pushkarev vd., 2016).

21 ülke verilerinin incelendiği Kupper vd. çalışmasında (2013) kalp hastalarında hem negatif duygulanım hem de sosyal içe kapanıklık anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

Türkiye’de hemodiyaliz hastalarında negatif duygulanım ve sosyal içe kapanıklık alt boyutları anksiyete ($r= 0.68$) ve depresyon ($r= 0.43$) ile (Alçelik vd., 2012), sağlıklı popülasyonda negatif duygulanım ile anksiyete ve depresyon, sosyal içe dönüklük ile depresyon ve düşmanca tutum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2018).

Sonuç olarak mevcut çalışmada bulgularımız birleşim-ayrışım geçerliğini destekler nitelikte olup, literatür ile uyumludur.

5.1.3. D Tipi Kişilik Prevalansı ve Bilinen Grup Geçerliği

Mevcut çalışmada kalp hastalarında D tipi kişilik prevalansı 44.4 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Daha önce yapılan çalışmalarda D tipi kişilik yaygınlığı genel popülasyon ya da sağlıklı grupta %13.3-%34.8 arasında ve kalp hastalarında %5.3-%75.3 arasında bulunmuştur.

Ukrayna'da sağlıklı popülasyonda prevalans %22.4'tür (Pedersen vd., 2009)

Ülkemizde D tipi kişilik prevalansı hemodiyaliz hastalarında %27.7 (Alçelik vd., 2012), normal popülasyonda %31.7 olarak bildirilmiştir (Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2018).

Danimarka kardiyak hastalarda D tipi kişilik prevalansı %16, kalp yetmezliği olan hastalarda %18.5, iskemik kalp hastalarında %15 (Spindler vd., 2009), Norveç'te kalp hastalarında %18 (Bergvik vd., 2010), İsrail'de ilk kez akut koroner sendrom tanısı olarak hastaneye yatırılan bireylerde %5.3 (Vilchinsky vd., 2012), İzlanda'da anjiyografi veya perkütan koroner girişim yapılan hastalarda %26 ve koroner bakım ünitesi ve kalp yetmezliği kliniği hastalarında %29 (Svansdottir vd., 2012), Çin'de koroner kalp hastalığı olan bireylerde %31 (Yu vd., 2010) ve Rusya'da iskemik kalp hastalıklı popülasyonda %31.6 bulunmuştur (Pushkarev vd., 2016). İtalya'da kardiyak hastalarda yapılan çalışmada D tipi kişilik için kesme noktası 9 olarak alınmış ve D tipi kişilik yaygınlığı %28 olarak bulunmuştur (Gremigni ve Sommaruga, 2005)

Yapılan bazı çalışmalarda kalp hastalarında D tipi kişiliğin daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Örneğin Macaristan'da yapılan çalışmada yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde, D tipi kişiliğin kardiovasküler hastalık için prediktör olduğu saptanmıştır (Kopp vd., 2003). D tipi kişilik ölçeğinin validasyon çalışmasında, Belçika'da D tipi kişiliğin, genel popülasyona kıyasla (%21) hipertansiyon hastalarında (%53) ve kronik kalp hastalarında (%28) daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (Denollet, 2005). Polonya'da sağlıklı olgulara kıyasla (%34.8), KVVH olan hastalarda (%72.1) (koroner arter hastalığı olan bireylerde %69.9, hipertansif hastalarda %75.3) D tipi kişilik daha yaygındır (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009). Yunanistan'da da sağlıklı kontrol

grubuna kıyasla (%13.3), koroner kalp hastalarında (%51) D tipi kişilik daha yaygındır (Christodoulou vd., 2013). İran'da D tipi kişilik prevalansı sağlıklı bireylerde %24.6 ve MI geçiren hastalarda %35.8 olarak rapor edilmiştir (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011). Rusya'da prevalans sağlıklı popülasyonda %20, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde %21.4 olarak bildirilmiştir (Pushkarev vd., 2019).

Uluslararası İskemik kalp hastalıklarına Özgü Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Geliştirmek amacı ile yapılan Uluslararası HeartQoL çalışmasında (Kupper vd., 2013) ülkeler Kuzey Avrupa (Danimarka, Norveç ve İsveç), batı Avrupa (Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, Almanya ve İsviçre), güney Avrupa (İtalya, Portekiz, İspanya, Küba), doğu Avrupa (Ukrayna, Polonya, Macaristan, Rusya) ve İngilizce konuşan ülkeler (İngiltere, İrlanda, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya) olmak üzere beş bölgeye ayrılmıştır. D tipi kişilik prevalansı %19 ve %44 arasında bulunmuş; bölgelere göre değerlendirildiğinde prevalans Kuzey Avrupa bölgesinde %24, Batı Avrupa bölgesinde ve İngilizce konuşan ülkelerde %27, güney Avrupa Bölgesinde %37 ve doğu Avrupa bölgesinde %35 olarak rapor edilmiştir.

D tipi kişiliğin sağlıklı popülasyonda daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Almanya'da D tipi kişilik prevalansı yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak kalp hastalarında (%25.0) sağlıklı fabrika çalışanlarından (%32.5) daha düşük bulunmuştur (Grande vd., 2004). Kore'de D tipi kişilik prevalansı normal popülasyonda %27, hipertansif grupta %24.7 ve kalp hastalarında %26.1 (Lim vd., 2011), Çin'de sağlıklı olgularda %31.9, koroner kalp hastalıklı bireylerde %31.4'dür (Yu vd., 2008).

Bu farklı sonuçlar çalışmaya alınan örneklemin yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanısıra kalp hastalıkları için risk oluşturabilecek diyet, egzersiz, tütün kullanımı, aşırı alkol tüketim alışkanlığı, diyabet ve obezite gibi faktörler ile ilişkili olabilir. Mevcut çalışmanın örneklemini koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisinde yatarak tedavi gören kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireyler oluşturmuştur. D tipi kişilik ölçeğindeki alt boyutların kronik kalp hastalığı insidansı ve ilerlemesine nasıl katkı verdiğini belirlemek açısından prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Göz önünde bulundurulması gereken diğer bir faktör de kültürel ve etnik faktörlerdir. Örneğin Koreliler duygu ve düşüncelerini abartılı şekilde ifade etmeleri istenmez (Lim vd., 2011). Bu nedenle bu gibi toplumlarda D tipi kişilik prevalansı düşük çıkabilir. Bu gibi kültürel ve etnik faktörler daha sonra yapılacak çalışmalarda

dikkate alınmalı, gerekiyorsa kültüre özgü olarak farklı kesme noktalarının kullanılabilmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Bilinen grup geçerliğinde D tipi kişilik olanlarda anksiyete, depresyon ve nörotisizm ortalama puanlarının daha yüksek, dışa dönüklük puanlarının daha düşük olacağı öngörülmüş idi. Çalışmamızda bu öngörüler doğrulanmış, D tipi kişilik olanlarda olmayanlara göre istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde sürekli anksiyete, depresyon, nörotisizm puanları yüksek, dışa dönüklük puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5).

Çalışma sonuçlarımız aşağıda özetlenen çalışma sonuçları ile uyumludur.

Danimarka’da yapılan çalışmada, çok değişkenli linear regresyon analizi D tipi kişilik olanlarda olmayanlara göre, anksiyete ve depresyonun 4-6 kat daha fazla olduğu (Spindler vd., 2009), Litvanya’da D tipi kişilik olanlarda olmayanlara göre anksiyetenin beş kat daha fazla ve depresyonun dokuz kat daha fazla olduğu gösterilmiş (Bunevicius vd., 2013).

D tipi kişilik olanlarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu İtalya (Gremigni ve Sommaruga, 2005), İsrail (Vilchinsky vd., 2012), Kore (Lim vd., 2011), Tayvan (Weng vd., 2013), Çin (Yu vd., 2010), Ukrayna (Pedersen vd., 2009), Rusya (Pushkarev vd., 2019) ve Türkiye’de (Öncü ve Köksoy Vayısoğlu, 2018) yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir.

Kupper vd. çalışmasında (2013) angina, MI ve kalp yetmezliği olan hastalarda D tipi kişiliğin artmış anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğunun saptanması, primer tanıdan bağımsız olarak D tipi kişiliğin mental sağlık üzerine olumsuz etkisini göstermektedir.

Ek olarak Polonya ve Ukrayna’da D tipi kişilik olanlarda negatif duygulanım ortalama puanları daha yüksek, pozitif duygulanım ortalama puanları daha düşük (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009; Pedersen vd., 2009), Norveç’te D tipi kişilik olanlarda mental stres puanları (Bergvic vd., 2010), Rusya’da D tipi kişilik olanlarda psikososyal stres ve öfke ortalama puanları daha yüksek bulunmuş (Pushkarev vd., 2019), Tayvan’da ise D tipi kişiliğe sahip bireylerin daha fazla düşmanlık sergiledikleri gösterilmiştir (Weng vd., 2013). Nonkardiyak göğüs ağrılı hastalarda D tipi kişiliğin düşük uyku kalitesi, sigara içme eğilimi, depresyon ve somatizasyon gibi major psikolojik komorbid durumlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Roohafza vd., 2022).

D tipi kişilik ölçeğindeki alt boyutlar kişiliğin majör alanlarını içerir. Çalışmalar negatif duygulanımı yüksek bireylerin anksiyete ve depresyona daha fazla yatkın (Watson, Clark ve Harkness, 1994; Pedersen vd., 2004); sosyal içe kapanıklığı yüksek bireylerin ise kişilerarası strese daha yatkın olup adaptasyonda daha başarısız olduklarını göstermektedir (Gest, 1997). D tipi kişilik yapısında olan bireylerin yaşamları boyunca subklinik düzeyde duygusal stres sergiledikleri bildirilmiştir (Denollet, 2000).

D Tipi Kişilik Ölçeği'ndeki negatif duygulanım alt boyutu depresif duygulanım, anksiyete, kızgınlık ve hostile duygular gibi olumsuz duygu deneyimlerine yatkınlığı değerlendirir (Denollet, 2005; Sher, 2005). Negatif duygulanımı yüksek bireyler daha fazla üzüntü yaşama ve kaygılı olma eğiliminde olup kolayca sinirlenirler. Negatif duygulanımı yüksek bireylerin sosyal etkileşimler sırasında yaşadıkları duygularla başa çıkma biçimleri, olumsuz duyguların deneyimlenmesi kadar önemli olabilir (Sher, 2005).

Sosyal içe kapanıklık (sosyal inhibisyon) strese ilişkili hastalığın bir başka zararlı faktörüdür (Denollet, 2005). Sosyal içe kapanıklığı yüksek bireyler, duygularla başa çıkma stratejisi olarak olumsuz duygularını ifade etmek yerine bastırma eğilimindedir (Gross, 2002; Denollet, 2005). Nevrotiklikle yakından ilişkili olan negatif duygulanım ve sosyal içe kapanıklığın etkileşimi Tip D kişiliğini tanımlar. Negatif duygulanım ve sosyal içe kapanıklık koroner kalp hastalığı (KKH) ile ilgili olan iki genel özelliktir (Denollet, 2005; Sher, 2005). Denollet, Tip D kişiliğini kavramsallaştırarak KKH için yüksek risk taşıyan kişileri belirlemek için D Tipi Kişilik Ölçeği'ni geliştirmiştir.

Çalışmamızda DFA sonuçları, birleşim-ayrışım geçerliğine ilişkin bulgular ve bilinen grup geçerliğine ilişkin bulgular D Tipi Kişilik Ölçeği'nin ülkemizde kalp hastalarında kullanılabilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

5.2. D Tipi Kişilik Ölçeğinin Güvenirliği

Çalışmamızda Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nde yer alan her iki boyutun Cronbach Alpha değeri, sınır değer olan 0.70'i aşmıştır (Kline 1998, 2015), (Tablo 4.7).

Denollet (2005) tarafından geliştirilen orijinal 14 maddelik D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Cronbach alpha katsayıları negatif duygulanım için 0.88, sosyal içe dönüklük için 0.86'dır. Yapılan diğer yurt dışı ve yurt içi çalışmalarda da Cronbach alpha değerleri tatmin edici değerlerde bulunmuştur. Örneğin negatif duygulanım ve sosyal içe

dönüklük alt boyutlarının Cronbach alpha değerleri Almanya’da 0.87 ve 0.86 (Grande vd., 2004), Danimarka’da 0.87 ve 0.91 (Spindler vd., 2009), İtalya’da 0.82 ve 0.80 (Gremigni ve Sommaruga, 2005), Polonya’da 0.86 ve 0.84 (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009), Fransa’da 0.87 ve 0.87 (Batselé vd., 2017), Yunanistan’da koroner kalp hastalığı olan bireylerde 0.83 ve 0.72, kontrol grubunda 0.88 ve 0.76 (Christodoulou vd., 2013), Litvanya’da 0.84 ve 0.75 (Bunevicius vd., 2013), İsrail’de 0.79 ve 0.80 (Vilchinsky vd., 2012), İzlanda’da 0.85 ve 0.84 (Svansdottir vd., 2012), Kore’de sağlıklı kontrol ve kalp hastalığı olan bireylerde 0.88 ve 0.87, 0.80 ve 0.77 (Lim vd., 2011), Çin’de koroner kalp hastalarında 0.90 ve 0.85, sağlıklı bireylerde 0.87 ve 0.69 (Yu vd., 2008), yine Çin’de koroner kalp hastalarında 0.89 ve 0.81 (Yu vd., 2010), İran’da MI hastalarında 0.84 ve 0.86, sağlıklı kontrol grubunda 0.87 ve 0.75 (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011), Ukrayna’da 0.86 ve 0.71 (Pedersen vd., 2009), Rusya’da 0.78 ve 0.74 (Pushkarev vd., 2016), Rusya’da bir başka çalışmada 0.80 ve 0.80 (Pushkarev vd., 2019) ve Srilanka’da 0.89 ve 0.92 (Walpita Gamage vd., 2021) bulunmuştur.

21 ülkeden, 6222 iskemik kalp hastalıklı bireyin verilerinin incelendiği çalışmada, Cronbach alpha değeri negatif duygulanım için >0.80 ve sosyal içe dönüklük için >0.74 bulunmuştur (Kupper vd., 2013)

Türkiye’de yapılan iki çalışmada da ölçeğin Cronbach alpha değerleri 0.70 olan sınır değerin üzerindedir. Alçelik vd’nin çalışmasında (2012) ölçeğin Cronbach alpha değerleri hemodiyaliz hastalarında negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük boyutları için sırası ile 0.82 ve 0.81 olarak; Öncü ve Köksoy Vayısoğlu’nun çalışmasında (2018) sağlıklı popülasyonda 0.85 ve 0.76 bulunmuştur.

Çalışmamızda yapılan madde-toplam korelasyon analizinde, 5 nolu maddenin (Sıklıkla çabuk kızarım) korelasyon katsayısı, Karasar’ın önerdiği sınır değerin altında bulunmuştur (Karasar, 2016), (Tablo 4.6); madde 11’in madde-toplam korelasyon katsayısı Karasar’ın (2016) önerdiği 0.30 değerinin hafifçe üzerinde, ancak Sharma’nın (2016) önerdiği 0.40 sınır değerinin altındadır. Kalan tüm maddelerin madde toplam korelasyon katsayılarının oldukça yüksektir. Bu durum madde 5 dışındaki tüm ifadelerin ölçülmek istenen negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük kavramları ile yüksek derecede bağıntılı olduğunu göstermektedir.

Maddeler arası korelasyonların ortalaması için ideal değer 0.15-0.50 arasında değişir. 0.15’ten düşük değer o faktör altında yer alan maddelerin birbirinden bağımsız ve ölçülmek istenen kavram ile ilişkisiz olduğunu, 0.50’den yüksek değer ise o faktör

altında yer alan maddelerin birbirini tekrar edecek birbirine benzediğini gösterir (Trochim, 2006). Çalışmamızda maddeler arası korelasyonların ortalamasının negatif duygulanım boyutu için 0.380, sosyal içe dönüklük boyutu için 0.445 olarak bulunması (Tablo 4.6) alt boyutlarda bulunan maddelerin ait oldukları yapıları/kavramları ölçtüğünü ve birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi madde 5 çıkarıldığında, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.856’ya yükselmiştir; ancak bununla birlikte mevcut çalışmada ölçeğin genel olarak iç tutarlılık katsayısı yüksek olduğundan madde çıkarımına gidilmemiştir.

Madde 5 orijinal ölçekte “I am often irritated” şeklindedir (Denollet, 2005). Alçelik vd. tarafından 2012 yılında yapılan ilk güvenilirlik-geçerlik çalışmasında bu ifade “Sıklıkla çabuk kızırım” şeklinde Türkçeye çevrilmiştir. Her ne kadar birebir çeviri doğru gibi görünse de Türkçede irrite olmak genellikle gerilmek, huzursuz, tedirgin olmak şeklinde karşılık bulmaktadır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda bu maddenin alternatif anlamlarının anlaşılabilirlik açısından test edilmeye ihtiyacı vardır; yapılacak çalışmalarda birebir çeviriden ziyade kültürel olarak uygunluk üzerinde durulmalıdır.

Türkiye’de madde-toplam korelasyonu sağlıklı popülasyonda yapılan çalışmada 0.41-0.76 arasında (Öncü ve Köksoy Vayisoğlu, 2018), hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmada 0.43-0.75 arasında (Alçelik vd., 2012) bulunmuştur.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda madde-toplam korelasyonu sınırlı sayıda çalışmada incelenmiştir. Yine ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, bazı ifadelerin madde-toplam korelasyon katsayıları düşük bulunmuş, bu durum da kültürel farklılıklara bağlanmıştır. Polonya’da yapılan çalışmada tüm maddelerin madde-toplam korelasyonunun 0.40’ın üzerinde olduğu görülmüştür (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009). Tayvan’da yapılan çalışmada sosyal içe dönüklük boyutunda yer alan “Yabancılarla sıklıkla konuşurum” (I often talk to strangers) ifadesinin madde-toplam korelasyonu düşük bulunmuş, bu durum Çin toplumunda yabancılarla konuşmamanın beklenen bir durum olduğu şeklinde açıklanarak, bu madde “Etrafımda çok fazla insanın olmasından hoşlanmıyorum” (I don't like to have a lot of people around) şeklinde değiştirilmiş, bu durumda sosyal içe dönüklük boyutunun Cronbach alpha değeri 0.79’a yükselmiş ve tüm alt boyutların madde-toplam korelasyonlarının tatmin edici düzeyde bulunmuştur (Weng vd., 2013). Ukrayna’da madde-toplam korelasyonu negatif duygulanım boyutunda 0.46-0.73, sosyal inhibisyon boyutunda 0.20-0.57 arasında bulunmuştur. Sosyal inhibisyon boyutundaki 3 nolu madde’nin (I often talk to strangers) madde -toplam korelasyonu 0.20 ve 11 nolu maddenin (I would

rather keep other people at a distance)madde toplam korelasyonu 0.31 bulunmuştur (Pedersen vd., 2009). Rusya’da İskemik kalp hastalıklı bireylerde yapılan çalışmada madde toplam korelasyonu negatif duygulanım boyutunda 0.48-0.58, sosyal inhibisyon boyutunda 0.21-0.57 arasında değişmiş; madde-toplam korelasyonu sosyal inhibisyon boyutundaki 3 nolu maddenin (I often talk to strangers) 0.21, 14 nolu maddenin (When socializing, I don’t find the right things to talk about) 0.37 olarak sınır değerinin altında bulunmuştur (Pushkarev vd., 2016). Yine Rusya’da sağlıklı popülasyonda yapılan çalışmada sosyal inhibisyon boyutundaki 3 nolu madde’nin (I often talk to strangers) madde -toplam korelasyonu 0.21 bulunmuş; bu madde “Çok sayıda insanla birarada olduğumda geriliyorum” (when I meet a lot of people, I get nervous) şeklinde değiştirildiğinde madde toplam korelasyonu negatif duygulanım boyutunda 0.41-0.62, sosyal inhibisyon boyutunda 0.48-62 arasında değişmiştir (Pushkarev vd., 2019). Alçelik vd’nin çalışmasında (2012) hemodiyaliz hastalarında düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları negatif duygulanım boyutunda 0.42-0.67 arasında; sosyal içe dönüklük alt boyutunda 0.39-0.68 arasındadır. Öncü ve Köksoy Vayisoğlu (2018) çalışmasında ise sağlıklı popülasyonda düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayıları negatif duygulanım boyutunda 0.44-0.77, sosyal içe dönüklük alt boyutunda 0.15-0.65 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada en düşük (0.15) madde-toplam korelasyon katsayısı “Yabancılarla sıklıkla konuşurum” ifadesine aittir. Bu sonuçlar bize ölçekte yer alan bazı ifadelerin kültürel faktörlerden etkilenebildiğini ve ölçek uyarlamalarında birebir tercümeden ziyade, kültürel uyarlama üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir.

Mevcut çalışmada D Tipi Kişilik Ölçeği alt boyutlarının 4 hafta ara ile yapılan test-retest ICC katsayılarının oldukça yüksek olması (Negatif duygulanım: 0.958, Sosyal içe dönüklük: 0.964) (Tablo 4.6) D tipi kişiliğin zamana karşı değişmez, bir başka ifade ile stabil olduğunu göstermektedir. Portney ve Watkins’e göre (2000) ICC değeri 0.90’dan büyük ise ölçek mükemmel derecede güvenilirdir. Bu kritere göre ölçeğin stabilitesinin mükemmel olduğu söylenebilir.

Çalışma sonuçlarımız yurt içi ve yurt dışı çalışma sonuçları ile uyumludur. Danimarka’da negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyutlarının 3 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyon katsayısı 0.92 ve 0.91, 12 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyon katsayısı 0.87 ve 0.88 (Spindler vd., 2009), İtalya’da 4 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.62 ve 0.81 (Gremigni ve Sommaruga, 2005), Polonya’da 3 ay ara ile yapılan test-retest korelasyonu sağlıklı olgularda 0.76 ve 0.73,

KVH'lıklı bireylerde 0.74 ve 0.70 (Ogińska-Bulik ve Juczyński, 2009), Kore'de 8 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.76 ve 0.77 (Lim vd., 2011), Çin'de 4 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.76 ve 0.74 (Yu vd., 2010), İran'da 8 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.86 ve 0.77 (Bagherian ve Bahrami Ehsan, 2011), Ukrayna'da 4 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.85 ve 0.63 (Pedersen vd., 2009), Türkiye'de Alçelik vd'nin çalışmasında (2012) 4 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.84 ve 0.78 ve son olarak Öncü ve Köksoy Vayisoğlu'nun çalışmasında (2018) 4 hafta ara ile yapılan test-retest korelasyonu 0.75 ve 0.77 bulunmuştur.

Sonuç olarak mevcut çalışmadan elde edilen Cronbach Alpha değeri, madde-toplam korelasyon katsayıları, her iki boyutun maddeler arası korelasyonların ortalaması ve ICC değerleri birlikte değerlendirildiğinde D Tipi Kişilik Ölçeğinin güvenilir olduğu söylenebilir. Çalışma sonuçlarımız yurtdışı ve yurtiçi çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeğinin kalp hastalığı olan bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Mevcut çalışmada Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin orijinal ölçeğe benzer şekilde negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük olmak üzere iki faktörlü bir yapıda olduğu doğrulanmış olup; χ^2/sd değerinin 2'nin altında olması, 0.05'den küçük bulunan RMSEA değeri, yanısıra CFI ve TLI değerlerinin bire yakın olması veri-model uyumunun mükemmel olduğunu göstermektedir. SRMR değeri ise (0.063) kabul edilebilir sınırdadır.
- D Tipi Kişilik Ölçeğinde bulunan tüm maddelerin faktör yükleri pozitif olup, 5 nolu ifade dışındaki tüm maddelerin faktör yükü sınır değer olan 0.40'ın üzerindedir.
- D Tipi Kişilik Ölçeğindeki negatif duygulanım ve sosyal içe dönüklük alt boyutlarının sürekli anksiyete, depresyon ve nörotisizm ile pozitif, dışa dönüklük ile negatif anlamlı korelasyon göstermesi birleşim-ayrışım geçerliğini desteklemektedir.

D tipi kişilik prevalansı %44.4'dür. D tipi kişilik olanlarda, olmayanlara kıyasla, anksiyete, depresyon ve nörotisizm ortalama puanlarının yüksek, dışa dönüklük puanlarının düşük olması bilinen grup geçerliğini doğrulamaktadır.

Çalışmamızda DFA sonuçları, birleşim-ayrışım geçerliğine ilişkin bulgular ve bilinen grup geçerliğine ilişkin bulgular D Tipi Kişilik Ölçeği'nin ülkemizde kalp hastalarında kullanılabilecek geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Ölçekte yer alan her iki boyutun Cronbach Alpha değeri, sınır değer olan 0.70'i aşmıştır.

Ölçekteki beş nolu ifade (sıklıkla çabuk kızarımlar) hariç tüm maddelerin madde-toplam korelasyon katsayısı sınır değerinin üzerindedir. Ölçeğin genel olarak iç tutarlılık katsayısı yüksek olduğundan 5 nolu madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Maddeler arası korelasyonların ortalamasının negatif duygulanım boyutu için 0.380, sosyal içe dönüklük boyutu için 0.445 olarak bulunması alt boyutlarda bulunan maddelerin ait oldukları yapıları/kavramları ölçtüğünü ve birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Dört hafta ara ile yapılan test-retest ICC katsayılarının oldukça yüksek olması (Negatif duygulanım: 0.958, Sosyal içe dönüklük: 0.964) D tipi kişiliğin zamana karşı değişmez, bir başka ifade ile stabil olduğunu göstermektedir.

Cronbach Alpha değerleri, madde-toplam korelasyon katsayıları, maddeler arası korelasyonların ortalaması ve ICC değerleri birlikte değerlendirildiğinde D Tipi Kişilik Ölçeğinin güvenilir olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir:

Çalışmamızda geçerli ve güvenilir bulunan ölçek kalp hastalarında negatif duygulanım ve sosyal içe kapanıklığın birlikteliğini gösteren D tipi kişiliğin tanınmasında rutin olarak kullanılmalıdır.

Bazı batı Avrupa çalışmalarında gösterildiği gibi, D tipi kişiliğin Türk kalp hastalarında artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olup olmadığını gösteren çalışmalar yapılmalıdır.

Kalp hastalarında D tipi kişilik prevalansı yaygın olduğundan, normal popülasyonda prospektif çalışmalar yapılarak kalp hastalığı insidansında D tipi kişiliğin prediktif yönü incelenmelidir.

Çalışmamızda madde-toplam korelasyonu düşük çıkan ve ölçekten çıkarılmayan 5 nolu madde orijinal ölçekte "I am often irritated" şeklindedir (Denollet, 2005). Gelecek validasyon çalışmalarda bu maddenin alternatif anlamları anlaşılabilirlik açısından test edilmeli, kültürel olarak uygunluk üzerinde durulmalıdır.

Çalışmamızda D tipi kişilik olanlarda anksiyete, kaygı ve nörotisizmin daha yaygın olduğu gösterilmiş olmakla birlikte, günümüzde D Tipi kişiliğe yönelik herhangi bir psikolojik müdahale bulunmamaktadır. Bununla birlikte, kaygıyı ve depresif semptomları iyileştirmeye yönelik girişimler, D tipi kişiliğe sahip kalp hastalarında yarar sağlayabilir. Bu amaca yönelik olarak randomize-kontrollü çalışmalar yapılması yerinde olacaktır.

D tipi kişilik belirlenen kalp hastaları fiziksel fonksiyonlarının yanısıra duygu durumu ve yaşam kalitesini düzelteren rehabilitasyon programlarına dahil edilmelidir. Bedensel

hastalığın seyrini etkileyen psikolojik sorunlara yönelik müdahaleler, ideal olarak psikolojik işleyişin iyileştirilmesinin yanı sıra hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılmasına da odaklanmalıdır; bunun için öncelikle psikobiyolojik mekanizmalar hakkında derinlemesine bilgi sahibi olmak için çaba sarf edilmeli; bu mekanizmaları anlamak açısından farklı hastalık gruplarında da D tipi kişiliğin psikolojik parametreler ve hastaların klinik seyrine etkisi incelenmelidir.



KAYNAKÇA

- Alçelik, A., Yıldırım, O., Canan, F., Eroğlu, M., Aktaş, G. & Şavlı, H. (2012). A preliminary psychometric evaluation of the type d personality construct in turkish hemodialysis patients. *Journal Of Mood Disorders*, 2(1), 1-5. <https://doi.org/10.5455/jmood.20120307062608>
- American Heart Association. (2022, December 6). Understand your risks to prevent a heart attack. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/understand-your-risks-to-prevent-a-heart-attack>. Erişim Tarihi: 12/7/2024
- 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/PRA.0000000000000201>
- Arat, R. Ş. (2019). Pamukkale Üniversite öğretim elemanlarının kalp damar hastalıkları riskinin saptanması ve D tipi kişilik yapısı ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi
- Bagherian, R., & Bahrami Ehsan, H. (2011). Psychometric properties of the Persian version of Type D Personality Scale (DS14). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5(2), 12–17.
- Batsel , E., Denollet, J., Lussier, A., Loas, G., Vanden Eynde, S., Van de Borne, P., & Fantini-Hauwel, C. (2017). Type D personality: Application of DS14 French version in general and clinical populations. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1075–1083. <https://doi.org/10.1177/1359105315624499>
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Bergvik, S., S rlie, T., Wynn, R., & Sexton, H. (2010). Psychometric properties of the Type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(4), 334–340. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00793.x>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guilford Press.
- Bunevicius, A., Staniute, M., Brozaitiene, J., Stropute, D., Bunevicius, R., & Denollet, J. (2013). Type D (distressed) personality and its assessment with the DS14 in

- Lithuanian patients with coronary artery disease. *Journal of Health Psychology*, 18(9), 1242–1251. <https://doi.org/10.1177/1359105312459098>
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Cangur, S., & Ercan, I. (2015). Comparison of model fit indices used in structural equation modeling under multivariate normality. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 14(1), 152-167. <http://dx.doi.org/10.22237/jmasm/1430453580>
- Castelli, W. P., Garnizon, R. J., Wilson, P. W., Abbott, R. D., Kalousdian, S., & Kannel, W. B. (1986). Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels: the Framingham study. *JAMA*, 256(20), 2835-2838. <https://doi.org/10.1001/jama.1986.03380200073024>
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Mommersteeg, P. M., Rallidis, L., Poullos, A., Efstathiou, V., Bouras, G., Varounis, C., Korkoliakou, P., Palios, J., Kremastinos, D. T., & Lykouras, L. (2013). A case-control validation of Type D personality in Greek patients with stable coronary heart disease. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-38>
- Civek, S., & Akman, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00121>
- Cüceloğlu, D. (2003). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çakır, M., Çakır, H., Dönmez, K., Karaağaç, E., Yürekli, İ., Öngel, K., & Gürbüz, A. (2022). Evaluation of patients with coronary artery bypass graft surgery to receiving preventive health care in primary care and risk factors for operation. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(4), 134-144 <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00434>
- Çakıroğlu, Ş. (2023). Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin risk faktörleri bilgi düzeyleri ve hastalık algılarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 339-344. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1322486024>

- Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210. <https://doi.org/10.26650/FNJJN397481>
- Çetinkaya, S. (2019). Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. & Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00177-X)
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149256.81953.49>
- Denollet, J., Angelique, A. S., & Spek, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes, *American Heart Association*, 3(5), 546-557. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.109.934406>
- Doganer, Y. C., Yalcın, E. E., Aydoğan, U., Dogrul, H., Bereket, M., & Karamuk, M. (2023). Does negative affectivity have an association with achieving target values in hypertensive patients: Primary care perspective. *Postgraduate Medicine*, 135(4), 402-409. <https://doi.org/10.1080/00325481.2023.2178771>
- Durna, U. (2005). A tipi ve B tipi kişilik yapıları ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1), 275-290.
- Dülek, H., Vural, Z., & Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 51-58. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.18.00253>
- Emons, W. H. M., Meijer, R. R., & Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating type-d personality and its assessment using item response theory. *Journal Of Psychosomatic Research*, 63(1), 27-39. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.03.010>
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. & Esin, M. N. (2020). *Hemşirelikte Araştırma* (4. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Fan, Y., Chen, J., Shirkey, G., John, R., Wu, S. R., Park, H., & Shao, C. (2016). Applications of structural equation modeling (SEM) in ecological studies: An updated review. *Ecological Processes*, 5, 1-12
- Fitchett, D. (2009). Results of the ONTARGET and TRANSCEND studies: An update and discussion. *Vascular Health and Risk Management*, 5(1), 21–29.
- Francis, L. J., Brown, L. B., Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality Individual Differences*, 13(4), 443-449. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869\(92\)90073-X](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869(92)90073-X)
- Gamage, C. K. W., De Zoysa, P. T., Balasuriya, A., & Fernando, N. F. J. (2024). Anxiety, depression, and Type D personality in ischaemic heart disease patients receiving treatment from outpatient clinics in a government hospital in Sri Lanka. *Discover Mental Health*, 4(1), 1-26. <https://doi: 10.1007/s44192-024-00080-7>
- Gest, S. D. (1997). Behavioral inhibition: Stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 467–475. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.2.467>
- Grande, G., Jordan, J., Kümmel, M., Struwe, C., Schubmann, R., Schulze, F., Unterberg, C., von Känel, R., Kudielka, B. M., Fischer, J., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Evaluation der deutschen Typ-D-Skala (DS14) und Prävalenz der Typ-D-Persönlichkeit bei kardiologischen und psychosomatischen Patienten sowie Gesunden [Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(11), 413–422. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828376>
- Gremigni, P., & Sommaruga, M. (2005). Personalità di tipo D, un costrutto rilevante in cardiologia. Studio preliminare di validazione del questionario italiano [Type D personality, a relevant construct in cardiology. Preliminary validation study of the Italian questionnaire]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 11(1), 7-18.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>

- Güteryüz, A. (2019). Kişilik özellikleri ve tükenmişlik. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.
- Güven Çetin, Z., & Çiçekçioğlu, H. (2024). ESH 2023 hipertansiyon tanımı ve sınıflaması. *Hipertansiyon Bülteni, Türk Kardiyoloji Derneği*, 12, 1-7.
- Hazar, Ç. (2006). Kişilik ve iletişim tipleri. *Selçuk İletişim*, 4(2), 125-140.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55, <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 10th edition, IDF Publ., Brussels: 2021. <https://diabetesatlas.org/tenth-edition/>. Erişim tarihi: 17/12/2024.
- Karakoç, F. Y. & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Karancı, A. N., Dirik, G. & Yorulmaz, O. (2007). Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (EKA-GGK) Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 254-261.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kauw, D., Schoormans, D., Sieswerda, G. T., Van Melle, J. P., Vliegen, H. W., Van Dijk, A. P. J., Hulsbergen-Zwarts, M. S., Post, M. C., Ansink, T. J., Mulder, B. J. M., 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>
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software Programs for Structural Equation Modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(4), 343-364. <https://doi.org/10.1177/073428299801600407>
- Kline, R. B. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Fourth Edition). NY: Guilford Publications.

- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kopp, M., Skrabski, A., Csoboth, C., Rethelyi, J., Stauder, A., & Denollet, J. (2003). Type D personality: Cross-sectional associations with cardiovascular morbidity in the Hungarian population. *Psychosomatic Medicine*, 65, A64.
- Kula Kartal, S., & Mor Dirlik, E. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenilirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4), 1865-1879.
- 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), 104. <https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x>
- Kupper, N., Pedersen, S. S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N., & Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoL Project. *International Journal of Cardiology*, 166(2), 327–333. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2011.10.084>
- Kupper, N., van den Broek, K., Haagh, E., van der Voort, P., Widdershoven, J., & Denollet, J. (2018). Type D personality affects health-related quality of life in patients with lone atrial fibrillation by increasing symptoms related to sympathetic activation. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.005>
- Lek, H. N. (2023). Koroner Arter Hastalarında D Tipi Kişilik Özellikleri ve Depresif Belirtilerin Hastalık Şiddeti ile İlişkinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.
- Lim, H. E., Lee, M. S., Ko, Y. H., Park, Y. M., Joe, S. H., Kim, Y. K., Han, C., Lee, H. Y., Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2011). Assessment of the type D personality construct in the Korean population: A validation study of the Korean DS14. *Journal of Korean Medical Science*, 26(1), 116–123. <https://doi.org/10.3346/jkms.2011.26.1.116>
- Lodder, P., Wicherts, J. M., Antens, M., Albus, C., Bessonov, I. S., Condén, E., Dulfer, K., Gostoli, S., Grande, G., Hedberg, P., Herrmann-Lingen, C., Jaarsma, T., Koo, M.,

- Lin, P., Lin, T. K., Meyer, T., Pushkarev, G., Rafanelli, C., Raykh, O. I., Schaan de Quadros, A., ... Kupper, N. (2023). Type D personality as a risk factor for adverse outcome in patients with cardiovascular disease: An individual patient-data meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 85(2), 188–202. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001164>
- Masafi, S., Saadat, S. H., Tehranchi, K., Olya, R., Heidari, M., Malihialzackerini, S., Jafari, M. & Rajabi, E. (2018). Effect of stress, depression and type d personality on immune system in the incidence of coronary artery disease. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(8), 1533-1544. <https://doi.org/10.3889%2Foamjms.2018.217>
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- McAdams, D. P. (1997). *Handbook of personality psychology*. Academic Press.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2009). Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish DS14. *Polish Psychological Bulletin*, 40(3), 130-136. <https://doi.org/10.2478/s10059-009-0029-8>
- Oğuz, S., & Çamcı, G. (2016). Koroner arter hastalığı ve iş yaşamı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(12), 15-23. <https://dx.doi.org/10.5543/khd.2016.002>
- Oh, J. Y., Allison, M. A., & Barret-Connor, E. (2017). Different impacts of hypertension and diabetes mellitus on all-cause and cardiovascular mortality in community-dwelling older adults: The Rancho Bernardo Study. *Journal of Hypertension*, 35(1), 55-62. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000001145>
- Olgun, N., & Çelik, S. (Ed.). (2021). *Tüm Yönleri ile İç Hastalıkları Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitap Evleri.
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, N., Kaya, A., & Altay, S. (2017). *Tek Harf 2017 Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük*. Logos Yayıncılık.
- O'Riordan, A., Gallagher, S., & Howard, S. (2023). Type D personality and cardiovascular reactivity to acute psychological stress: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 42(9), 628-641. <https://doi.org/10.1037/hea0001328>
- Öncü, E., & Köksoy Vayısoğlu, S. (2018). D Tipi Kişilik Ölçeğinin Türk Toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması [The validity and reliability of Type D

- Personality Scale in Turkish Population]. *Ankara Medical Journal*, 18 (4), 646-56
<https://doi.org/10.17098/amj.497485>.
- Öner, N. & Le Compte, W., A. (1985). *Süreksiz (Durumluk) Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Park, C., Won, M. H., & Son, Y. J. (2021). 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>
- Pedersen, S. S., van Domburg, R. T., Theuns, D. A., Jordaens, L., & Erdman, R. A. (2004). Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 714–719.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000132874.52202.21>
- Pedersen, S. S., Yagensky, A., Smith, O. R., Yagenska, O., Shpak, V., & Denollet, J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 108–115. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9022-4>
- Pekdemir, N. H. (2018). Akademisyenlerde D tipi kişilik yapısı ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.
- Portney L. G., & Watkins M. P. (2000). *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Pushkarev, G. S., Kuznetsov, V. A., Yaroslavskaya, E. I., & Bessonov, I. S. (2016). Reliability and validity of Russian version of DS14 score for ischemic heart disease patients. *Russian Journal of Cardiology*, 6(134), 50–54.
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-6-50-54>
- Pushkarev, G., Denollet, J., Kuznetsov, V., Spek, V., & Yaroslavskaya, E. (2019). Type D personality in Russian patients with cardiovascular disease: Validity of the Russian DS14 (DS14-RU). *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(1), 78.
<https://doi.org/10.1186/s12872-019-1056-9>
- Raykh, O. I., Sumin, A. N., & Korok, E. V. (2022). The influence of personality Type D on cardiovascular prognosis in patients after coronary artery bypass grafting: Data from a 5-year-follow-up study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 46–56. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09992-y>

- Roohafza, H., Bagherieh, S., Feizi, A., Khani, A., Yavari, N., Saneian, P., Teimouri, Z., & Sadeghi, M. (2022). How is type D personality associated with the major psychological outcomes in noncardiac chest pain patients?. *Personality and Mental Health*, 16(1), 70–78. <https://doi.org/10.1002/pmh.1527>
- Sarioğlu Uğur, S. (2018). Örgütsel Sessizlik ile Kişilik Tipolojileri Arasındaki İlişki. 1. Baskı, Pegem Akademi, Ankara
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinççağ, N., Karşıdağ, K., Genç, S., Telci, A., Canbaz, B., Türker, F., Yılmaz, T., Çakır, B., & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169-180. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9771-5>
- Savji, N., Rockman, C. B., Skolnick, A. H., Guo, Y., Adelman, M. A., Riles, T., & Berger, J. S. (2013). Association between advanced age and vascular disease in different arterial territories: A population database of over 3.6 million subjects. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(16), 1736-1743. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.01.054>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. 3rd ed. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2010. p. 510.
- Sharma, B. (2016). A focus on reliability in developmental research through Cronbach's alpha among medical, dental and paramedical professionals. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, 3, 271-278. <https://doi.org/10.21276/apjhs.2016.3.4.43>
- Sher, L. (2005). Type D personality: The heart, stress, and cortisol. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 98(5), 323–329. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci064>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A. D., & Pedersen, S. S. (2009). Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: Cross-validation of the Type D Scale (DS14). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 98–107. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9037-5>

- Streiner, D. L. & Norman, G. B. (2003). *Health Measurement Scales: A Paractical Guide to Their Development and Use*. Oxford University Press, Oxford.
- Svansdottir, E., Karlsson, H. D., Gudnason, T., Olason, D. T., Thorgilsson, H., Sigtryggsdottir, U., Sijbrands, E. J., Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2012). 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>
- Şencan Mert, M. N. (2016). Beş faktör kişilik özellikleri ile işkolizm arasındaki ilişkinin incelenmesi: Kamu sektöründe çalışanlar üzerinde bir araştırma. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(3), 229-246.
- Şentürk, S. (2018). Alkol veya madde kötüye kullanımı tanısı almış bireyler ile sağlıklı kontrollerin D tipi kişilik yapısına sahip olma açısından karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- The Jamovi Project (2022). Jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>. Erişim tarihi: 25/08/2024.
- Trochim, W. M. K. (2006). Types of reliability. Research methods knowledge base. Web Center for Social Research Methods. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1799580>. Erişim Tarihi: 12/10/2024
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. (Yayın No. 909). Sağlık Bakanlığı Yayınları. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu*. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdcb9e5d.pdf?a=1. Erişim Tarihi: 12/07/2024.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>. Erişim Tarihi: 12/07/2024.

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, 1 Haziran). *Türkiye Sağlık Araştırması*, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024, 14 Haziran). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2023*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- Vilchinsky, N., Yaakov, M., Sigawi, L., Leibowitz, M., Reges, O., Levit, O., Khaskia, A., & Mosseri, M. (2012). Preliminary evidence for the construct and concurrent validity of the DS14 in Hebrew. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(2), 234–240. <https://doi.org/10.1007/s12529-011-9147-8>
- Walpita Gamage, C. K., de Zoysa, P., Balasuriya, A., Fernando, N., & Jayamanne, B. D. W. (2021). Cross-cultural adaptation of the type D personality scale for use with patients diagnosed with Ischemic heart disease in Sri Lanka. *Ceylon Medical Journal*, 66 (1), 8-15.
- Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 18–31.
- Weng, C. Y., Denollet, J., Lin, C. L., Lin, T. K., Wang, W. C., Lin, J. J., Wong, S. S., & Mols, F. (2013). The validity of the Type D construct and its assessment in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 13, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-46>
- World Health Organization. (2011, May 12). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564373>. Erişim Tarihi: 21/08/2024.
- World Health Organization. (2021). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- World Health Organization. (2021, June 11). Cardiovascular diseases. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- World Health Organization. (2023, April 5). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- World Health Organization. (2023, March 16). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.

- World Health Organization. (2023, September 19). *Hypertension Turkey 2023 country profile*. <https://www.who.int/publications/m/item/hypertension-tur-2023-country-profile>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- World Health Organization. (2024, August 7). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- World Health Organization. (2024, June 26). *Nearly 1.8 billion adults at risk of disease from not doing enough physical activity*. <https://www.who.int/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- World Health Organization. (2024, March 1). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi: 12/08/2024.
- Yanbastı, G. (1990). *Kişilik Kuramları*. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Yao, J., Wu, H., Ma, Y., Xie, W., Lian, X., & Chen, X. (2022). The negative affectivity dimension of Type D personality associated with increased risk for acute ischemic stroke and white matter hyperintensity. *Journal of Psychosomatic Research*, *160*, 110973. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110973>
- Yaşlıoğlu, M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, *46*, Özel Sayı, 74-85.
- Yin, S., Li, N., & Wang, Y. (2023). Prognostic value of Type D personality for post-stroke depression in ischemic stroke patients. *Journal of Affective Disorders*, *333*, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.064>
- Yu, D. S., Thompson, D. R., Yu, C. M., Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2010). Validating the Type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*(2), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.014>
- Yu, X. N., Zhang, J., & Liu, X. (2008). Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(6), 595–601. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.009>

Yurtsever, H. (2009). Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, YÖK Tez Merkezi.



EKLER

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma D Tipi Kişilik Ölçeğinin kalp hastalığı olan bireylerde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden sorulara eksiksiz ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak olup, tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırmada toplanan verileri **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca korumak amacıyla tüm tedbirler alınacaktır. Çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Çalışmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Şeyda İÇMEZ

Sabahattin Zaim Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz: Evli Bekar
4. Eğitim durumunuz:
 Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
5. Ekonomik durumunuz: Düşük Orta Yüksek
6. Mesleğiniz:
7. Sosyal güvenceniz: Var Yok
8. Düzenli olarak sigara kullanıyor musunuz: Evet Hayır
Evet ise: Kaç yıldır... Günde kaç adet...
9. Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz: Evet Hayır
10. Kalp hastalığı tanısını ilk olarak ne zaman aldınız?:
11. Tanısı konmuş ek bir kronik hastalığınız var mı: Var Yok
Var ise nedir:
12. Sürekli kullandığınız reçeteli ilacınız var mı: Evet Hayır
Evet ise hangi ilaçları kullanıyorsunuz?
13. Egzersiz yapıyor musunuz: Evet Hayır
14. Tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı: Var Yok
Var ise:
15. Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı: Var Yok
Var ise:
16. Kalp hastalığı tanısını ilk olarak ne zaman aldınız:
17. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı:
Var ise:

EK-2. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14)

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm ifadeleri okuyun ve size en uygun olan ifadeyi işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan sizin kendi izleniminizdir.

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

EK-3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX – 2)

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

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
2.Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
3.Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
4.Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
5.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
6.Kendimi dinlenmiş hissederim	()	()	()	()
7.Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
8.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	()	()	()	()
9.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	()	()	()	()
10.Genellikle mutluyum	()	()	()	()
11.Herşeyi ciddiye alırım ve etkilenirim	()	()	()	()
12.Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
13.Genellikle kendimi emniyette hissederim	()	()	()	()
14.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
15.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	()	()	()	()
16.Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
17.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
18.Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()

19.Aklı başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
20.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()



EK-4. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1.	a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. b) Kendimi üzgün hissediyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki artık dayanamıyorum.
2.	a) Gelecekte umutsuz değilim. b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3.	a) Kendimi başarısız görmüyorum. b) Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok fazla başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum. d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.	a) Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum. b) Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum. d) Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5.	a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6.	a) Herhangi bir suçum için cezalandırıldığımı düşünüyorum. b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim. c) Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum. d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7.	a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım - kendimden hoşnudum. b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım - kendimden pek hoşnut değilim. c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d) Kendimden nefret ediyorum.
8.	a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum. b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum. d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam. c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim. d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10.	a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum. b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum. c) Şu sıralarda her an ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11.	a) Her zamankinden daha sinirli değilim. b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum. c) Çoğu zaman sinirliyim. d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
13.	a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum. b) Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum. c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d) Artık hiç karar veremiyorum.

14.	<p>a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.</p> <p>b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.</p> <p>c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan değişiklikler olduğunu hissediyorum.</p> <p>d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.</p>
15.	<p>a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</p> <p>b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.</p> <p>c) Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.</p> <p>d) Hiçbir iş yapamıyorum.</p>
16.	<p>a) Eskisi kadar kolayca ve rahat uyuyabiliyorum.</p> <p>b) Şu sıralar eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.</p> <p>c) Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.</p> <p>d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</p>
17.	<p>a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.</p> <p>b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.</p> <p>c) Şu sıralarda neredeyse her şeyde beni yoruyor.</p> <p>d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum .</p>
18.	<p>a) İştahım eskisinden pek farklı değil.</p> <p>b) İştahım eskisi kadar iyi değil.</p> <p>c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.</p> <p>d) Artık hiç iştahım yok.</p>
19.	<p>a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.</p> <p>b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk (üç) kilodan fazla kaybettim.</p> <p>c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.</p> <p>d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.</p> <p>Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()</p>

20.	<p>a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.</p> <p>b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.</p> <p>c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri dūřünmek zor geliyor.</p> <p>d) Bu tūr sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir řey dūřünemiyorum.</p>
21.	<p>a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.</p> <p>b) Eski sine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.</p> <p>c) şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.</p> <p>d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.</p>

EK-5. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu


Lütfen, aşağıdaki her bir soruyu ‘Evet’ ya da ‘Hayır’ kutucuğunu işaretleyecek şekilde cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

	Evet	Hayır
1.Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?		
2.Konuşkan bir kişi misiniz?		
3.Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?		
4.Oldukça canlı bir kişi misiniz?		
5.Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak aç gözlülük yaptığınız oldu mu?		
6.Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?		
7.Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?		
8.Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?		
9.sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi?		
10.Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?		
11.Kendinizi sınırlı bir kişi olarak tanımlar mısınız?		
12.Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?		
13.Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?		
14.Kaygılı bir kişi misiniz?		
15.Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?		
16.Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?		
17.Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?		
18.Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?		

19.Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?		
20.Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?		
21.Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?		
22.Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?		
23.Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?		
24.Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?		



EK-6. Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14) Kullanım İzni

 EMİNE ÖNCÜ<[redacted]>
Kime: Siz


24.09.2023 Paz 21:37

 D TIP ÖLÇEK_ değerlendirme...
19 KB

Merhaba Şeyda Hanım,

Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğumuz ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçek ve değerlendirmesine ilişkin ayrıntıları yayımlanmış makalede ve ekteki belgede bulabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr. Emine Öncü

Öncü E., & Vayisoğlu SK. (2018). D Tipi Kişilik Ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 646-656.

EK-7. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX – 2) Kullanım İzni

24.07.2024

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Sınav Kaygısı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

İstanbul Sabahattin Zaim üniversitesinde tez çalışması yapan Şeyda İçmez'in, "Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Kalp Hastalığı Olan Bireylerde Güvenirlik ve Geçerliğinin İncelenmesi" konulu tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



EK-8. Beck Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

GT Gulsen T.<[redacted]@outlook.com>
Kime: Siz



28.09.2023 Per 23:12



3 ek (10 MB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Merhaba Şeyda,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor



EK-9. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu Kullanım İzni



Nuray Karanci <nu...>

Kime: Siz



2.04.2024 Sal 10:40



2 ek (67 KB) ☁ Tümünü OneDrive'a kaydet ↓ Tümünü indir

Merhaba,

Ölçeği ve puanlanmasını ekte yolluyorum. Dikkat etmeniz gereken yalan puanını sadece kontrol değişkeni olarak kullanmanız gerektiği ve kesinlikle üzerinde yorum yapılan ayrı bir değişken olarak ele almamanız.

iyi çalışmalar

Prof. A. Nuray Karanci

Clinical Psychology

TOBB ETU

Department of Psychology

EK-10. Etik Kurul Onayı



Istanbul
Zaim
Üniversitesi

T.C.
İSTANBUL SABAHATTIN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.01.04-2300002114
Konu : Şeyda İçmez Etik Kurul Kararı

22.08.2023

Sayın Şeyda İçmez
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

"Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Kalp Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurumumuzun 07.07.2023 tarihli ve 2023/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: 23-Şeyda İçmez Etik Onay Belgesi

Belge Doğrulama Kodu: 3MAEDTC Bu belge, güvenli şekilde izine ile incelenebilir. Belge Takip Adresi: <https://ibya.izn.edu.tr/ERMS/RecordConfirmationPageIndex>

Adres: Halkalı Cadde No: 281 Kilyaykiosuza Fatih/İstanbul

Telife No:

e-Posta:

Kapı Adresi: izn@ibya.izn.edu.tr

Faks No:

İnternet Adresi:

Bilgi Ağı:

Telife No:

Diğer Har:

Zeynep Fındık Yür Kuvvetli

Yardımcı Katip





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	07.07.2023
Sayı	2023/06
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Kalp Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Şeyda İÇMEZ
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
Karar	UYGUNDUR.

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla taşınmaktadır.)

(Katıldı)

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Ayşe Neşise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)

Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ KURTULUŞ

1 / 1



Bu belge, güvenli olarak izlenebilir.

Belge Doğrulama Kodu: FDFMRUD | Belge Takip Adresi: <https://yzyz.izn.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/index>

EK-11. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-223532316
Konu : Araştırma İzni Hk. (Şeyda İÇMEZ)

04.09.2023

MEHMET AKIF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE

İliği : 25.08.2023 tarihli ve E-10678112-770-223074255 sayılı yazı.

İliği sayılı yazınızda belirtilen İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nde Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ'ın danışmanlığında devam eden Kurumumuz çalışanlarından Şeyda İÇMEZ'in "Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği'nin Kalp Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını, hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 29.08.2023 tarih ve 2023/13 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 ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: F982AC7F-E7C2-415D-9F85-2D647352618E

Belge doğrulama adresi: <http://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Birbirdenk mah. Psikbana sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL, 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: ist.sagligingol@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<http://istanbul.irs.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: irm.34@hs01.kep.tr

İmgi için: NURAN KEYYANOĞLU

Hemşire

Telefon No:



EK-12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi *Şeyda İÇMEZ* tarafından yürütülen “**Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği’nin Kalp Hastalığı Olan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma Türkçe D Tipi Kişilik Ölçeği’nin kalp hastalığı olan bireylerde geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmada sizden tahminen 30 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 seyda.ichmez@duzce.edu.tr e-posta adresi ve [0381-2621146](tel:0381-2621146) numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerine 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: Şeyda İÇMEZ

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Şeyda İÇMEZ

Eğitim ve Akademik Durumu

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, 2024

Lisans: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, 2009

İş Tecrübesi

2009 - 2010: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sadi Sun Yoğun Bakım Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakım Hemşireliği

2010 - 2016: İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Kardiyoloji Servisi Hemşireliği

2016 - 2020: İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği

2020 - 2022: İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği

2022 - Halen: İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği

Sertifikalar

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Programı (2009)

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi Sertifika Eğitimi (2018)