

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

**KARDİYOVASKÜLER HASTALIK TANISI OLAN
ve OLMAYAN KİŞİLERDE, SAĞLIK İNANÇLARI
İLE SİGARA İÇME DAVRANIŞI ARASINDAKİ
İLİŞKİDE, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ROLÜ:
SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÇERÇEVESİNDE BİR
İNCELEME**

CİHAN ASAROĞLU

2502130270

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. HANİFE ÖZLEM SERTEL BERK

İSTANBUL - 2021

ÖZ

KARDİYOVASKÜLER HASTALIK TANISI OLAN VE OLMAYAN KİŞİLERDE, SAĞLIK İNANÇLARI İLE SİGARA İÇME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİDE, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ROLÜ: SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÇERÇEVESİNDE BİR İNCELEME

CİHAN ASAROĞLU

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH), ölüm nedenleri arasında halen ilk sırada yer almaktadır. En önemli KVH risk faktörlerinden biri de sigara kullanımıdır. Sağlık psikolojisi alanında, önemli sağlık modellerinden biri olan Sağlık İnanç Modeli (SİM), aralarında sigara kullanımının da olduğu çok sayıda sağlık davranışına yönelik kişilerin sahip olduğu inançlardan yola çıkarak belirli ipuçları elde edebileceğimizi öne sürer. Kişiler, sigara kullanımı konusunda, kendilerinin bir tehditin içerisinde olduğuna inanır, bu tehditten kurtulmak için atacağı adımları yararlı bulur, adımların önündeki engelleri önemsemez ve aşabileceklerine inanırsa, sigara kullanımını azaltabilir/bırakabilir. Fakat literatür bulguları, tablonun bu kadar net olmadığını ortaya koymaktadır. Bu sebeple bu araştırma, KVH tanı grubunda olan kişilerin halen sigara kullanımına devam etmelerini sağlayan olası bazı kişilik özelliklerinin önemine dikkat çekmektedir. SİM çerçevesinde, sağlık davranışlarından biri olan sigara kullanımını kişilik özellikleri boyutundan yeniden ele almayı amaçlamaktadır.

Araştırmada, KVH tanısı olan 285, herhangi bir KVH tanısı olmayan 246 kişi olmak üzere toplam 531 katılımcı yer almaktadır. Psikososyodemografik ve Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) Risk Faktörleri Bilgi Formu, kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği ve KVH'ye yönelik sağlık inançlarını ölçmek amacıyla Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır.

Betimsel analizlere ilişkin sonuçlar, KVH tanı grubunun, sigara kullanımı ve sigara sıklığı açısından KVH tanısı olmayan gruba göre daha çok risk altında olduğunu göstermektedir. KVH tanı grubunun KVH'ye yönelik sağlık inançları değerlendirildiğinde, algılanan yarar ve öz etkinlik boyutları dışında, SİM'nin ideal beklentisinden uzak bir tablo söz konusudur: Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engel boyutları orta düzeyde bulunmuşken; öz etkinlik boyutu görece yüksektir. KVH'ye yönelik sağlık inançları, tanı durumuna göre karşılaştırıldığında ise, KVH tanı grubunun, KVH'ye ilişkin tehdit algısı ve algılanan engel puanlarının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Kişilik özellikleri açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise, sadece nörotizm açısından fark vardır; KVH tanı grubunun puan ortalamaları daha yüksektir. KVH tanı durumuna göre, sigara kullanım durumunun, kişilik özellikleri ve KVH'ye yönelik sağlık inançları ile ilişkisine dair bulgular değerlendirildiğinde ise, sadece sağlık inançlarına (algılanan engel ve öz etkinlik) ilişkin ortak etkidenden söz edilebilir. KVH geliştirme riskini, algılanan duyarlılık puanlarındaki bir birimlik artışın yaklaşık 1.13 kat (%28,4 oranında), algılanan engel puanlarındaki bir birimlik artışın ise, yaklaşık 1.05 kat (%5 oranında) artırdığı görülmüştür.

Ülkemizde, SİM çerçevesinde KVH tanı grubuna yönelik çalışmalar yok denecek kadar azken; dünyada ise, sınırlı sayıda mevcuttur. KVH tanı durumuna göre sigara kullanım durumunun kişilik özellikleri ile ilişkisine dair beklenildiği gibi bir örüntü tespit edilememesine rağmen, bahsi geçen çalışma sınırlılığı nedeniyle, tanımlayıcı özelliği açısından dahi, çalışmamızın gelecek araştırmalara rehber olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Hastalıklar, Sigara Kullanımı, Sağlık İnanç Modeli, Sağlık İnançları, Kişilik Özellikleri.

ABSTRACT

THE ROLE OF PERSONALITY TRAITS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND SMOKING BEHAVIOR IN INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT A DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE: A REVIEW IN THE FRAMEWORK OF THE HEALTH BELIEF MODEL

CİHAN ASAROĞLU

Cardiovascular diseases (CVDs) are the leading cause of death globally. Smoking is one of the most important risk factors for CVD. Health Belief Model (HBM), which is one of the important health behavior models in the field of health psychology, suggest that we can obtain certain clues based on the beliefs held by individuals about many health behaviors, including smoking. If individuals believe that they are under a threat (perceived susceptibility X perceived seriousness) about smoking and its consequences, find the steps to be taken to get rid of this threat useful, ignore the obstacles in front of the steps and believe that they can overcome them, they can reduce/quit smoking. However, literature findings reveal that the picture is not so clear. For this reason, this study draws attention to the importance of some personality traits that cause individuals in the CVD diagnosis group to continue smoking. Within the framework of HBM, this study aims to reconsider smoking, one of the health behaviors, in terms of personality traits.

A total of 531 participants were included in the study, 285 of whom were diagnosed with CVD and 246 participants were without any CVD diagnosis. Psychosociodemographic and Cardiovascular Diseases (CVD) Risk Factors

Information Form, the Basic Personality Traits Scale to measure personality traits, and the Heart-Related Health Belief Scale to measure health beliefs about CVD were used.

The results of the descriptive analysis show that the CVD diagnosis group is at higher risk than the control group in terms of smoking and smoking frequency. When the health beliefs of the CVD diagnosis group towards CVD are evaluated, there is a picture that is far from the ideal expectation of HBM, except for the perceived benefit and self-efficacy dimensions: While the dimensions of perceived susceptibility, perceived seriousness and perceived barrier were found to be moderate; self-efficacy dimension is relatively high. When health beliefs about CVD were compared according to groups, it was found that the CVD diagnosis group had higher CVD-related threat perception and perceived barrier scores. When both groups are compared in terms of personality traits, there was only difference in neuroticism; the mean score of the CVD diagnosis group was higher. When the findings regarding the relationship between smoking status, personality traits and health beliefs about CVD are evaluated according to CVD diagnosis status, only the effect size on health beliefs (perceived disability and self-efficacy) can be mentioned. It was observed that a one-unit increase in perceived susceptibility scores increased the risk of developing CVD approximately 1.13 times (28,4%), and a one-unit increase in perceived disability scores increased approximately 1.05 times (5%).

In our country, studies on the CVD diagnosis group within the framework of HBM are almost nonexistent; in the world, it is available in limited numbers. Although an expected pattern could not be determined regarding the relationship between smoking status and personality traits according to CVD diagnosis status, it is thought that our study may be a guide for future research, even in terms of its descriptive feature, due to the limitations of the aforementioned study.

Key Words: Cardiovascular Diseases, Smoking, Health Belief Model, Health Beliefs, Personality Traits.

ÖNSÖZ

Lisans eğitimimin ilk döneminden şu an önsözünü yazdığım doktora çalışmama değin, psikoloji bilimine dair bilgi ve birikimlerini büyük bir heyecan ve merak ile sunan; cesaretlendirici ve motive edici özelliği, bitmek bilmez enerjisi ile her zaman daha iyisinin olabileceğine inandıran çok sevdiğim, büyük saygı duyduğum Doç. Dr. H.Özlem SERTEL-BERK'e, tüm bunlar gerçekleşirken iyi bir insan olmaktan taviz vermemenin ne olduğunu, tüm zorluklara, sinir harplerine rağmen sabrın, merhametin, anlayışın her şeyin öncülünde olması gerektiğini defalarca hatırlattığı için tekrar tekrar teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tez izleme sürecinde, ne zaman desteğe ihtiyacım olsa, kapılarını açan değerli jüri üyesi hocalarım Prof. Dr. Pınar ÜNSAL ve Doç. Dr. Aslı ÇARKOĞLU'na,

Tez savunma jürimde olmayı kabul eden Prof. Dr. Başak YÜCEL'e, Prof. Dr. Sevim CESUR'a, Dr.Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE'ye ve Dr.Öğr. Üyesi Derya DENİZ'e,

Veri toplama sürecinde, bolca desteğini aldığım başta Yeni Yüzyıl Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğrencilerine ve çok sayıda arkadaşıma,

Psikoloji ile tanışmamın kendisi ile tanışmama denk düştüğü, akademi ve akademi dışındaki hayatta kader birliği yaptığım, iyi günde mutluluğumu, kötü günde hüznümü paylaşmaktan keyif aldığım, her zaman desteğini yüreğimde hissettiğim, canım dostum Uzman Klinik Sağlık Psikoloğu Burak DURUK'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca maddi desteğini sunan TÜBİTAK'a,

Çalışmamda yer alan, yeni bilimsel verilere gebe birçok sorunun akıllara düşmesine katkıda bulunan tüm araştırma katılımcılarına,

Son olarak, öncelikle iyi bir insan olmanın önemini söylem ve davranışlarıyla örnek oluşturacak şekilde ifade eden, bunsuz hiçbir şeyin anlamının olmadığını aktaran, bunun yanında iyi bir eğitim sürecinden geçmem için maddi ve manevi tüm desteklerini her zaman yüreğimde hissettiğim, sevgili annem ve sevgili babama, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2021
Cihan ASAROĞLU



İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)	4
1.1.1. Anjina Pektoris (AP)	6
1.1.2. Miyokart Enfarktüsü (ME).....	9
1.1.3. KVH Risk Etmenleri	11
1.1.3.1. KVH ve Sigara Kullanımı.....	12
1.2. Sağlık ve Sağlık Davranışları	13
1.2.1. Sağlık ve Hastalık	14
1.2.2. Sağlık Davranışları.....	16
1.2.2.1. Sağlık Davranış Modelleri	18
1.2.2.1.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)	20
1.2.2.2. Sağlık İnançları ve KVH.....	24
1.2.2.3. KVH’de, Sigara Kullanımına Sağlık İnançlarının Etkisini Araştıran Çalışmalar.....	32
1.3. Kişilik.....	40
1.3.1. Kişilik ve KVH	40

1.3.2. KVVH'de, Sigara Kullanımına Kişilik Özelliklerinin Etkisini Araştıran Çalışmalar	47
1.4. Sağlık İnançları ve Kişilik	52
1.4.1. KVVH'de, Sağlık İnançları ve Kişilik Özelliklerinin Etkisini Araştıran Çalışmalar	52
1.5. Amaç, Önem ve Problemler	57

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar	60
2.2. Ölçüm Araçları	62
2.2.1. Psikososyodemografik ve KVVH Risk Faktörleri Bilgi Formu	62
2.2.2. Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği (KSİÖ).....	62
2.2.3. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği (TKÖÖ)	63
2.3. Uygulama	64
2.4. İstatistiksel Analizler	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Betimsel İstatistik Bulguları	65
3.2. KVVH Tanı Durumuna Göre, Sigara Kullanım Durumunun, Kişilik Özellikleri ve KVVH'ye Yönelik Sağlık İnançları ile İlişisine Dair Bulgular .	75
3.3. Sigara İçme Davranışı, Kişilik ve KVVH'ye Yönelik Sağlık İnançları Puanlarının, KVVH Tanı Grubunda Olma Riski Üzerindeki Etkisine Dair Analiz Sonuçları	96

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Betimsel İstatistik Bulguların Değerlendirilmesi	101
4.2. KVH Tanı Durumuna Göre, Sigara Kullanım Durumunun, Kişilik Özellikleri ve KVH'ye Yönelik Sağlık İnançları ile İlişkisine Dair Bulguların Değerlendirilmesi.....	113
4.3. Sigara İçme Davranışı, Kişilik ve KVH'ye Yönelik Sağlık İnançları Puanlarının, KVH Tanı Grubunda Olma Riski Üzerindeki Etkisine Dair Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi	123
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	126
KAYNAKÇA	129
ÖZGEÇMİŞ.....	176

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. SİM Bileşenlerine Ait Tanımların Özeti	24
Tablo 2. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	1292
Tablo 3. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların KVH Risk Faktörlerini İçeren İstatistiki Bulgular	1298
Tablo 4. KVH Tanısı Olan Katılımcıların Tedavi Modalitelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	71
Tablo 5. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların KVH'ye Yönelik Sağlık İnanç Düzeylerini İçeren Ortalama, Standart Sapma ve Test İstatistik Değerler.	73
Tablo 6. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların Dışadönüklük, Sorumluluk, Uyumluluk, Nörotizm, Deneyime Açıklık ve Olumsuz Değerlik Puanlarına İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Test İstatistik Değerleri	75
Tablo 7. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Dışadönüklük Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	77
Tablo 8. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Sorumluluk Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	79
Tablo 9. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Nörotizm Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	129
Tablo 10. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Deneyime Açıklık Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	129
Tablo 11. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Olumsuz Değerlik Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	129

Tablo 12. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Algılanan Duyarlılık Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	86
Tablo 13. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Algılanan Ciddiyet Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	129
Tablo 14. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Motivasyon Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	90
Tablo 15. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Algılanan Engel Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	92
Tablo 16. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Öz Etkinlik Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	95
Tablo 17. Yordanan Değişken Olan KVH Tanı Grubu ile Yordayıcılar Arasındaki İlişkilere Dair Spearman Korelasyon Değerleri	99
Tablo 18. Regresyon Modelindeki Değişkenler ve Katsayıları	129

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** Tanı Durumu ve Sigara Kullanımının, Algılanan Engel Puan Ortalamaları
Üzerindeki Ortak Etkisine Dair Analiz Sonuçlarını İçeren Grafik **93**
- Şekil 2.** Tanı Durumu ve Sigara Kullanımının, Öz Etkinlik Puan Ortalamaları
Üzerindeki Ortak Etkisine Dair Analiz Sonuçlarını İçeren Grafik **96**

KISALTMALAR LİSTESİ

AP	: Anjina Pektoris
ATDÖ	: A-Tipi Davranış Örüntüsü
DTDÖ	: D-Tipi Davranış Örüntüsü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKH	: Koroner Kalp Hastalıkları
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KSiÖ	: Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
ME	: Miyokart Enfarktüsü
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
TKÖÖ	: Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği
TTM	: Transteoretik Model

GİRİŞ

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH), Avrupa’da, erkekler arasında meydana gelen ölümlerin %43’ünü, kadınlar arasında ise, %54’ünü oluşturmaktadır (Allender ve ark, 2008; akt. Ogden, 2012). Ülkemizde de benzer bir durum söz konusudur: Türkiye İstatistik Kurumu (2017) verilerine göre, ölüm nedenleri arasında %39,7’lik oranıyla ilk sırada yer almaktadır. KVH risk faktörleri arasında ise zengin bir değişken ağından söz edilebilir: Başta sigara kullanımı olmak üzere, beslenme, obezite, hareketsiz yaşam tarzı ve çeşitli tıbbi durumlar (diyabet, yüksek kolesterol vs.) (Türk Kardiyoloji Derneği, 2002). Özellikle sigara kullanımının çoğu hastalıkla ilişkisinde olduğu gibi KVH için de birincil problem olduğu gözlenmektedir (DSÖ, 2020) Bu bağlamda, kimlerin sigara kullanmaya daha çok eğilimli olduğuna, kimlerin sigarayı bırakma ya da azaltma becerisi göstermede avantajlı olabildiğine ya da dezavantajlı olduğuna dair geliştirilecek ipuçları önem kazanmaktadır. Sağlık psikolojisi alanında ise, sigara içme davranışı gibi sağlık davranışlarını inceleyen çok sayıda model vardır. Bu modeller arasında, sigara kullanımına yönelik varsayım ve bulguları ile Transteoretik Model (TTM) ön plana çıkmaktadır. Modelin ortaya çıkışı Prochaska ve arkadaşlarının sigarayı kendi iradeleriyle kendi başlarına bırakanların kullandığı yöntemlerin analiziyle olmuştur. TTM’ye göre bireyler, örneğin sigarayı bırakmak için çeşitli evrelerden geçer; tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem ve sürdürme. Modelin temel mantığı, kişilerin bulundukları evrelere göre sahip oldukları bilişsel dünyaların tahmini ve o bilişsel dünyaya yönelik müdahale içeriklerinin oluşturulmasıdır. Örneğin kişi, tasarlama öncesinde ise, daha çok farkındalık kazandırma ve duygusal boşalma yönelik müdahaleler ön plana çıkarılmalıdır. Kişi, eylem ve sürdürme aşamalarında ise, daha çok yardımcı ilişkiler, uyaran kontrolü gibi ortaya konulan başarının sürdürülmesine yönelik müdahaleler önem kazanır. (Prochaska, Redding Evers, 2008). Bizim çalışmamızda, sigara kullanımı konusunda ön plana çıkan sağlık modellerinden TTM yerine, sigara kullanımı konusunda en azından TTM’ye göre daha arka planda kalan Sağlık İnanç Modeli (SİM) varsayımları incelenmiştir. SİM, çeşitli sağlık davranışlarına yönelik kişilerin sahip oldukları

inançların önemli ipuçları sunabileceğini öne sürmektedir. Bunlar; algılanan duyarlılık, ciddiye, yararlar ve engeller, harekete geçiren ipuçları ve model içinde daha güncel bir yapı olan öz etkinliktir (Champion ve Skinner, 2008). Bu kavramlar, insanların hastalık durumlarını önleme, tarama ve kontrol altına almaya yönelik eylemlerinin ardında yatan nedenleri kestirebilmek amacıyla oluşturulmuştur. Modele göre, eğer bir kişi bir duruma karşı şüphe duyduğunu hissediyorsa yani duyarlılık gösteriyorsa, bunun tahmin edilebilir sonuçları vardır. Örneğin kişi, şüphe duyduğu durumun ciddi sonuçları olabileceğine, tehlikeden kurtulma adına ortaya koyabileceği bir takım eylemlerin olduğuna, sergileyeceği eylemin maliyetinin (örn. kontrol testi), karşı karşıya olduğu tehlikenin (örn. kanser olma) maliyetinden daha az olduğuna inanabilir ve sahip olduğu bu inançların paralelinde, repertuarından ilgili sağlık davranışlarını seçip uygulayabilir. Böylece kişi, hem başta duyduğu hassasiyeti hem de karşı karşıya olduğu durumun ciddiyetini azaltabilir veya ortadan kaldırabilir (Champion ve Skinner, 2008). Örneğin, SİM varsayımları, sigara kullanımı konusunda şunu ifade edebilir; kişiler, KVVH geliştirebileceklerine dair ihtimali yüksek görüyorsa (duyarlılarsa), KVVH'ye yönelik komplikasyonların ciddi sonuçlar doğurabileceğine inanıyorsa, sigarayı bırakmanın yararlı sonuçları olacağına inanıyorsa, sigarayı bırakmanın duygusal ve davranışsal boyutta olası engellerini düşük düzeyde algılıyorsa ve sigarayı bırakmada/azaltmada kendilerini yeterli beceriye sahip olarak algılıyorsa, model bu kişilerin sigarayı bırakma olasılığının artacağını ön görmektedir. Fakat SİM varsayımları üzerinden elde edilen çalışma bulguları, çelişkili sonuçlar doğurabilmektedir. Bu boşluğu vurgulamak için kimi araştırmacılar, SİM bileşenlerine yönelik yaptıkları çalışmalarda, sigara kullanımı konusunda, SİM varsayımlarının sadece erkeklerde tespit edildiğini, kadınlarda bu öngörünün gerçekleşmediğini bulgularıyla bir başka risk faktörü olan cinsiyeti ön plana çıkarırken (Mahalik ve Burns, 2011); diğer çalışmalar KVVH'ye yönelik nedensel atıfların önemine dikkat çekmiş ve sağlık inançlarının kendisinden ziyade bu atıfların öneminin altını çizmiştir (Perkins-Porras ve ark., 2006; Byrne ve ark., 2005). Önceden de belirtildiği gibi, KVVH için çok sayıda risk faktörü vardır ve bir ya da birkaç değişken üzerinden kestirim elde etmek çok güçtür.

Yukarıda özetlenen tablo ışığında, KVH tanı grubunda yer alan kişilerin sigara kullanımlarının belirli kişilik özellikleri açısından bir örüntü oluşturup oluşturmadığı merak edilmiştir. Söz gelimi, KVH tanısı almış kişiler arasında sigarayı bırakabilenler /azaltabilenlerle ile sigara kullanımına devam edenler arasında ne gibi farklılıklar söz konusu olabilir? KVH tanısı olup hiç sigara içmemiş kişilerle halen düzenli sigara içmeye devam eden kişiler arasında, kişilik özellikleri açısından ne gibi farklılıklar söz konusu olabilir. Tüm bunların ötesinde, bu farklılıkların KVH tanısı ile doğal ve ona özgü bir ilişkisi söz konusu mudur? Bu soruların yanıtı aranırken KVH risk faktörlerinden sigara kullanımına yönelik SİM varsayım ve bulgularının, kişilik özellikleri ile test edilmesi hedeflenmiştir. Daha basit bir ifade ile aktarılacak olursa; bu araştırmada, KVH tanı grubunda yer alan kişilerin sigara kullanımı ile ilişkisine dair SİM'nin yetersiz kaldığı noktada, kişilik özelliklerinin katkısı nedir sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. LİTERATÜR

1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)

Kalp hastalıklarına ilişkin sınıflandırma ve tanımlamalarda benzerlikler ve farklılıklar söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanımlamaya göre; kardiyovasküler hastalıklar (kalp damar hastalıkları) (KVH), kalp ve kan damarlarında meydana gelen bozulmalardan kaynaklanan hastalık gruplarıdır. Bunlar; koroner kalp hastalıkları (KKH), beyin damar hastalıkları, periferik arter hastalığı (atar damar tıkanıklığı), romatizmal kalp hastalıkları, doğumsal kalp hastalıkları, derin ven trombozu (kanın pıhtılaşarak beyne iletilmemesi) ve pulmoner embolidir (akciğer atardamarının ani tıkanması) (DSÖ, 2017). Aynı şekilde Birleşik Krallık merkezli Ulusal Sağlık Hizmeti'nin güncel tanımında da KVH içerisinde, KKH, inme, periferik arter hastalığı ve aortik hastalık (ana atar damara ilişkin hastalıklar) yer almaktadır (Ulusal Sağlık Hizmeti, 2018). Sağlık Bakanlığı'nın (2010) tanımına göre ise, KVH; KKH, beyin damar hastalıkları, hipertansiyon, periferik arter hastalığı romatizmal kalp hastalıkları, doğumsal kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri (kalp kası bozuklukları) içermektedir.

Kalp ve damar hastalıkları temelinde aterosklerozun (damar sertleşmesi) olduğu kalp ve damar sistemini etkileyen hastalıklardır. KKH, ateroskleroz nedeniyle kalbi besleyen damarların daralmasıyla ortaya çıkan anjina pectoris (AP) (kalpten kaynaklanan göğüs ağrısı), akut miyokard enfarktüsü (kalp krizi) ve ani ölüm gibi bir grup klinik sendromu kapsar. KKH sonucu ortaya çıkan kalp yetmezliği de bu grupta ele alınır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Sağlık Bakanlığı'nın bu tanımına uygun şekilde, Türk Kardiyoloji Derneği (1999) de KKH'nin AP ile birlikte, sessiz miyokart iskemisi ile de görülebildiğini öne sürmektedir.

2017 itibarıyla Türkiye'de, ölüm nedenleri arasında ilk sırada, önceki yıllara paralel şekilde, %39,7'lik oranıyla kalp hastalıkları yer almaktadır. Onu, %19,6 ile iyi

ve kötü huylu tümörler takip ederken, solunum sistemi hastalıkları %12 ile üçüncü sıradadır. Türkiye İstatistik Kurumu (2017), 2017 ölüm nedeni istatistiklerine göre, kalp hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39,7'si iskemik kalp hastalığı, %22,9'u serebrovasküler hastalık, %23,4'ü diğer kalp hastalığı ve %8,9'u ise hipertansif hastalıklardan kaynaklıdır. Ölüm nedenleri yaş grupları itibarıyla incelendiğinde kalp hastalıklarının en fazla 75-84 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Sağlık Bakanlığı (2013) bünyesinde, 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda, AP öyküsü, "size doktorunuz tarafından hiç AP olduğunuz söylendi mi?" şeklinde sorulmuştur. Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda, AP'yi saptamak amacıyla hazırlanmış olan Rose anketi uygulanarak son bir ay içindeki anjina bulguları sorulmuştur. Sonuçlara göre, Türkiye'de, erkeklerin %6,4'ünde; kadınların ise %9,8'inde AP saptanmıştır. Akut ME öyküsü ise, erkeklerde %2,3; kadınlarda %1,1'dir. Erkeklerde Batı Anadolu bölgesi (Ankara, Konya) %7,5 ile KKH'nin en sık olduğu bölgedir. Kadınlarda Batı Karadeniz (Zonguldak, Kastamonu, Samsun) ve Orta Anadolu (Kırıkkale, Kayseri) KKH sıklığının yüksek olduğu bölgelerdir. DSÖ 2017 verilerine göre ise, KVH, tüm ölümlerin %31'ini oluşturarak ilk sırada yer almaktadır. Bu ölümlerin %85'i, ME ve inme sebebiyledir (DSÖ, 2017).

KVH'nin sınıflandırmalarına bakıldığında, içerisinde çok sayıda alt grubu temsil eden kalp hastalıklarının yer aldığı gözlenmektedir. Ayrıca, KKH, koroner arter hastalığı ve iskemik kalp hastalığı tanımlarının birbirlerinin yerine kullanılabileceği anlaşılmaktadır. Farklı şekilde isimlendirilmiş fakat aynı hastalığı temsil ettiği anlaşılan çok sayıda alt grubu ayrı ayrı ele almak yerine, Sağlık Bakanlığı ve Türk Kardiyoloji Derneği'nin öne sürdüğü tanım dikkate alınmıştır. Bu tanıma göre, KVH'nin temelinde ateroskleroz sebebiyle oluşan AP ve akut ME'nin önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, sınıflandırmaların oluşturacağı olası karmaşaları bertaraf etmek amacıyla sıradaki bölümde, AP ve ME detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

1.1.1. Anjina Pectoris (AP)

“AP, göğüs, çene, omuz, sırt ve kolda rahatsızlık ya da ağrı hissiyle karakterize bir klinik sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama AP’nin etiyolojisine bakılmaksızın semptomatik bir tanımlama olsa da klinik pratikte AP, sıklıkla miyokartiyal iskemi olarak adlandırılan kalbe giden bir ya da daha fazla damarın tıkanması nedeniyle kalbin oksijensiz kalması durumu ile ilişkilidir. Daha az olarak yemek borusu, akciğer ve göğüs ön duvarı hastalıkları gibi kalp dışı nedenler ile de benzer semptomlar oluşabilmektedir” (Soylu, 2012). Türk Kardiyoloji Derneği’ne göre (1999), miyokart iskemisine bağlı semptomları tanımlamak için kullanılan AP, eğer haftalarca aynı sıklık ve şiddette devam ederse, stabil/kararlı AP tanımını alır. AP, özellikle kalp kasının oksijen tüketiminin arttığı durumlarda ortaya çıkar. Çevresel ve duygusal faktörlere bağlı olarak stabil anjinada da bazen semptomların içeriğinde değişiklikler gözlenebilir. Kalp kası, egzersiz esnasında veya stres durumunda daha fazla oksijene ihtiyaç duyar. Kalbi besleyen damarların daralma oranının %50-70 olması halinde, bu ihtiyacın karşılanamayacağı kabul edilmektedir.

Önceki bölümde, Türkiye’de, AP görülme oranlarının erkeklerde %6,4, kadınlarda ise, %9,8 olduğundan bahsedilmiştir. Aynı çalışmada, kadınlarda AP görülme oranının yaşla birlikte doğrusal bir artış sergilerken, erkeklerde bu durumun söz konusu olmadığı bulgulanmıştır. Erkeklerde ve kadınlarda, AP görülme sıklığının en yoğun gözleendiği bölgelerin sırasıyla Kuzey Anadolu, Orta ve Güneydoğu bölgeleri olduğu vurgulanmıştır. Ek olarak kırsal ve kentsel bölgeler arasında sıklık açısından belirgin bir fark gözlenmemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

“AP tanısındaki altın anahtar, öykünün dikkatli alınmasıdır. Hastanın semptomlarının süresi, arttıran ya da azaltan faktörlerin belirlenmesi ve de hastanın koroner arter hastalığı risk faktörlerinin ortaya konması tanıyı kolaylaştıracaktır. Buna karşın özellikle kadın hastalarda daha fazla olmakla beraber semptomların atipik

olabileceği unutulmamalıdır. Egzersiz dispnesi, terleme ve yorgunluk bazı hastalarda göğüs ağrısı olmaksızın iskemik kalp hastalığının semptomu olabilir” (Soylu, 2012). Semptomların süresi, semptomları artıran ya da azaltan faktörler, kalbi besleyen atardamarların tıkanıklığına ilişkin risk faktörlerinin ele alındığı detaylı bir öykü çok önemlidir. Özellikle kadın hastalarda, semptomların atipik olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, bazı hastalarda, egzersize bağlı nefes darlığı, yorgunluk veya terleme durumları, göğüs ağrısı olmaksızın, hastalığın belirtileri arasında yer alabilir (Soylu, 2012). Rahatsızlığın yeri, karakteri, süresi, egzersizle ilişkisi ve ortaya çıkarıcı - rahatlatıcı diğer faktörler çok önemlidir.

Rahatsızlığın yeri: Bedensel yansımaları açısından, genellikle göğüsten olmak üzere, epigastriumdan (karnın üst-orta bölgesi) alt çene veya dişlere kadar, omuzlar arasından, kollardan, el bileğinden, parmaklara kadar herhangi bir yerde hissedilebilir. *Karakteri:* Yakınmalar arasında, baskı, ağırlık, boğulma sıkışma yanma yer alabilmektedir.

Süre: Genelde 10 dakikadan azdır ve kısa sürelidir.

Egzersizle ilişkisi: Yokuş yukarı çıkma gibi çaba gerektiren durumlarda, oksijen gereksinimi arttığı için problemler yaşanabilmektedir. Bunun yanında heyecan düzeyi yüksek önemli aktiviteler ve duygusal stres altında da risk yüksektir (Fox ve ark., 2006).

Laboratuar testleri ve özgül kardiyak testler tanı açısından önemlidir. Yalnızca kararlı AP hastalarında değil tüm iskemik (herhangi bir dokunun kanlanma eksikliği) hastalık durumunu düşündüren hastalarda, laboratuar testlerine ilişkin aşağıda yer alan: açlık plazma glukozu ve total kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterolünü içeren açlık lipit profili değerlendirilerek hastanın risk derecesi ve tedavinin gerekli olup olmadığı saptanmalıdır. Kardiyak testler içerisinde de istirahat EKG’si, EKG ile stres testi, görüntülemeyle kombine stres testi, istirahatte ekokardiyografi sıralanabilir (Fox ve ark., 2006).

Kararlı AP’de amaç, ilk etapta, ölüm ve ME olasılığını azaltmaktır. Daha sonrasında ise, semptomların en aza indirilmesi ya da tamamen ortadan kaldırılması hedeflenir. Bu amaçla yaşam şekli değişikliği, ilaç tedavisi ve girişimsel tedavi

seçenekleri kullanılabilir (Soylu, 2012). Yaşam şekillerine örnek olarak aşağıdaki maddeler sıralanabilir:

- Hastalar ve yakınlarına, tanıya ilişkin olası sonuçlar ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- aba gerektiren aktivite sonrasında dinlenmeleri ve akut semptomları ortadan kaldırmak için dilaltı nitrat kullanımı önerilmelidir.
- Fiziksel aktivite, sigara, beslenme gibi alanları içeren yaşam tarzı gözden geçirilmelidir (Türk Kardiyoloji Derneğı, 1999).

Yukarıda belirtildiğı gibi, özellikle üçüncü maddede yer alan yaşam tarzları, aynı zamanda, kalp hastalıklarına zemin oluşturabilecek riskli sağık davranışları olarak da düşünülebilir. Özellikle KVH için risk grubunda olan bireyleri, sigarayı bırakmada/azaltmada, egzersize ve sağık hizmetlerini düzenli bir şekilde kullanmaya teşvikte ciddi zorluklar yaşanmaktadır. Bu doğırtuda, ilgili sağık davranışlarının altında yatan psikolojik değışkenleri araştırma ve saptama, nihayetinde de uygun müdahale programlarını belirleme amacıyla çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Bu araştırmalara, “Sağık ve Sağık Davranışları” başlığı altında ayrıntılı şekilde değınilmektedir.

Eř zamanlı ortaya çıkabilecek hipertansiyon, diyabet ve diğerk hastalıklar tedavi edilmelidir. Bununla birlikte, farmakolojik tedavi ile miyokart revaskülarizasyon (yeniden damarlanma) tedavi seçeneklerinde düşünülebilir. Miyokart revasklarizasyonda amaç, kişinin öncelikle hayatta kalması, hayatta kaldığında da yaşamını kalp krizi yaşamadan sürdürebilmesidir (Fox ve ark.,). Girişimsel tedavi seçenekleri arasında ise, koroner arter bypass cerrahisi, perkütan koroner girişim, diğerk perkütan koroner girişimler (darlığı yakarak aan lazer, çok yüksek devirle dönerek ucundaki küçük top üzerine yerleştirilmiş kristal çıkıntılarla darlığı aan rotablatr, darlıktaki pürüzlü yapıları keserek temizleyen aterektomi) yer almaktadır (Türk Kardiyoloji Derneğı, 1999).

Koroner arter bypass cerrahisinde şunlar hedeflenmektedir: Kalbin oksijen alım yollarının açılmasını sağılamak, AP’ye bağılı semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak, yaşam süresini uzatmak, kalp krizini önlemek ve sağık davranışı açısından çok önemli bir değışken olan egzersiz için imkn sağılamak. Bununla birlikte riskler

ve komplikasyonlardan da söz edilebilir. Daha önce var olan açık kalp cerrahisi, kalp yetmezliği hikâyesi, ileri yaş ve kadın olmak bazı risk faktörleri arasındadır. Ameliyat edilen kadınların daha ileri yaşlarda olması, işlevsel kapasitelerinin daha bozuk olması ve kadınlarda erkeklere oranla acil cerrahi girişimlere daha fazla ihtiyaç duyulması, bu dezavantajı açıklayan bazı başlıklardır. Balon anjiyoplasti işlemi, perkütan koroner girişimler arasındadır ve amaç, dar veya tıkalı damarı açmaktır. Anjiyografide kullanılan kateterlere (ince, uzun, yumuşak plastik tüpler) benzer kateterler kullanılır. Yaklaşık bir saatten daha kısa sürer ve hastalar genellikle ertesi gün taburcu edilir. Balon tedavisindeki zorlukları aşmak için kullanılan ve yine perkütan koroner girişim içerisinde değerlendirilen stent uygulamasında ise, koroner stent (çelik tel kafes), balon ile yeterli damar açıklığı sağlanamadığında kullanılır. Stentin balon içerisine yerleştirilip şişirilmesi ile uygulanır. Her iki uygulamanın başarı oranı %65-90 aralığındadır. Altı ay içerisinde, %20-30 oranında, damarların yeniden tıkanma olasılığından söz edilebilir (Türk Kardiyoloji Derneği, 1999).

Bu bölümde, AP'nin tanımı, tanı kriterleri, tedavi modaliteleri, sağlık psikolojisi açısından çok önem arz eden sağlık davranışları ile ilişkisine değinilmiştir. Sıradaki bölümde, KVH'nin, ateroskleroza bağlı gelişen, ikinci temel sonucu olan ME tanısına değinilecektir. ME'nin yine tanımı yapılacak, tanı kriterlerinin özellikleri belirtilecek, tedavi ve tedavi sonrası rehabilitasyonu etkileyen sağlık davranışlarına kısaca göz atılacaktır.

1.1.2. Miyokart Enfarktüsü (ME)

“Koroner kan akımının çeşitli nedenlerle ani azalması veya kesilmesine bağlı olarak gelişen ve ilgili arterin (damarın) beslediği miyokart (kalp kası) dokusunda çeşitli derecede iskemik nekrozla (doku ölümü) sonuçlanan bir hastalıktır. Miyokart enfarktüsleri (ME), 6 saat ile 6 gün arasında akut, 1 hafta ile 1 ay arasında iyileşmekte olan, 1 aydan sonra ise iyileşmiş olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca kaybedilen doku miktarına göre de fokal nekrozlar mikroskopik, sol ventrikülün (kalp veya beyindeki küçük boşluk) %10'undan az olanlar küçük, %10-30 olanlar orta ve %30'dan büyük olanlarsa büyük ME olarak adlandırılır” (Kömşuoğlu ve Ural, 2004).

Akut ME etiyolojisinde, hastaların çok büyük bir kısmında ateroskleroz (damar sertleşmesi) yer almaktadır. Aterosklerotik plağın çatlaması veya yırtılması sonucu gelişen pıhtı, kan akımını engelleyip miyokart nekrozuna yol açar (Komşuoğlu ve Ural, 2004).

“KVH” başlığı altında, Türkiye’deki akut ME görülme sıklığının, erkeklerde %2,3; kadınlarda %1,1 olduğuna değinilmişti. Araştırmada ayrıca, by-pass ameliyatı veya balon anjiyoplasti öyküleri incelenmiştir. Buna göre, erkeklerin %68,6’sının, kadınların ise, %51’inin tanıya ilişkin raporları olduğu ve tedavi aldıkları tespit edilmiştir. By-pass ve anjiyoplasti geçirenlerde, raporlu olup düzenli ilaç kullanımının oranı %70’e çıkmaktadır. Kadınlarda tedavi almama oranı (%30), erkeklere oranla (%16) daha yüksektir. Herhangi bir tedavi almayan grubun oranı ise %18’dir ve kadınlarda daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2013). DSÖ’nün (2011) global raporuna göre, bulaşıcı olmayan hastalıklarda ölüm oranının %46,2’sini (17 milyon), KVH oluşturmaktadır. Bu hastalıkların 7,4 milyonu, ME’ye bağlı gerçekleşmiştir.

“Tanı için ağrı, EKG, serum değerleri, koroner anjiyografi ve çeşitli klinik bulgular önemli göstergelerdir. Şiddetli ağrı, bulantı, kusma, terleme, huzursuzluk, kalbin normal atım hızının altına inmesi ya da üzerine çıkması, aritmik nabız, şok durumu mevcutsa hipotansiyonu içermektedir” (Boydak, 2001). Akut ME’nin ideal tedavisi, müdahalelerin erken dönemde sağlanmasını gerektirir. Ağrının azaltılması, kalp durmasının önlenmesi ve tedavisi, hastane öncesi acilen yerine getirilmesi gereken müdahalelerdir. Acil servis aşamasında uygulanan tedavi yöntemleri ise; ağrıyı kontrol altına almak ve hastanın rahatlamasını sağlamak, enfarktüs alanını küçük tutmaya çalışmak, aritmiye bağlı ölümü önlemek, varsa komplikasyonları önlemektir (Türk Kardiyoloji Derneği, 1998). Tedavi sonrası, erken dönem rehabilitasyonda, egzersiz çok önemli bir yere sahiptir. Günde iki kez otuzar dakikalık yürüyüşler önerilir. Altıncı hafta ile birlikte, efor testlerinde herhangi bir sorun gözükmemesi halinde, cinsel aktivite ve araba kullanımı gibi izinler verilebilir. Bu program dahilinde, KKH risk faktörlerine ilişkin eğitime (aile ile birlikte) ve başta depresyon olmak üzere psikolojik rahatsızlıkların tedavisine yönelik direnç, rehabilitasyon sürecini uzatabilir. Gözlemsel çalışmalar, kalp krizi sonrası sigarayı

bırakmanın kalp krizi nüksünü yarı yarıya azalttığını ortaya koymuştur. Bu sebeple en önemli sekonder korunma sigarayı bırakmaktır. Aynı şekilde, özellikle kilolu hastalarda, doymuş yağlardan uzak, meyve ve sebze ağırlıklı bir diyet programının uygulanması çok önemlidir. Son olarak, verilen ilaçların düzenli kullanımı, hastane randevularının düzenli bir şekilde takibi gibi sağlık davranışları da rehabilitasyon sürecini olumlu yönde etkileyecektir (Türk Kardiyoloji Derneği, 1998).

Şimdiye kadar, KVH sınıflandırmasında, iki temel sonuç olan AP ve ME tanılarından bahsedildi. Bu tanılardan bahsedilirken çok kısa da olsa sağlık psikolojisini yakından ilgilendiren, sigara kullanımı, egzersiz katılımı, düzenli ilaç ve doktor takibi gibi değişkenlere değinildi. Sıradaki bölümde, bu risk faktörleri ile birlikte yaş ve cinsiyete bağlı bazı epidemiyolojik veriler özet halinde sunulacaktır.

1.1.3. KVH Risk Etmenleri

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, KVH'ye ilişkin risk faktörlerinin genel olarak iki ana grupta ele alındığı görülmektedir: Kontrol edilebilir ve kontrol edilemez risk faktörleri. Türk Kardiyoloji Derneği (2002) verilerine göre, dislipidemi (kandaki yağ miktarı bozuklukları), hipertansiyon, diyabet ve prediyabet (gizli şeker), fazla kilo ve obezite, sigara kullanımı, fiziksel aktivite yoksunluğu, sağlıklı beslenme ve stres kontrol edilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Yaş, cinsiyet ve ailede KKH geçmişi ise, kontrol edilemez risk faktörleri arasında düşünülmektedir (Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü, 2011).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın (2013), "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" başlığı ile ortaya koyduğu çalışmada, 2011 yılında, erkeklerin %43'ü, kadınların %17'si sigara kullanmaktadır. Nargile, puro, pipo gibi diğer tütün ürünlerinin kullanımı %3'tür. Erkeklerin %23'ü, kadınların %4'ü alkol kullanmaktadır. Aynı veriler hipertansiyon için incelendiğinde, erkeklerde %12, kadınlarda ise, %20 olarak tespit edilmiştir. Diyabet oranları ise, kadınlarda %9, erkeklerde ise, %7'dir. Yüksek kolesterol erkeklerde %12, kadınlarda ise, %16'dır. Erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obezdir (Beden Kitle İndeksi ≥ 30 kg/m²).

Erkeklerin %37'si, kadınların %29'u fazla kiloludur (Beden Kitle İndeksi 25.0-29.9kg/m²). Obezite, her iki cinste de en sık 55-64 yaş grubunda görülmektedir (Erkek:%26, Kadın: %57). Erkeklerin %15'inde, kadınların ise %32'sinde, metabolik sendrom vardır. Boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin %23'ü yeterli, %22'si orta ve % 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir, bu oranlar kadınlarda sırasıyla %13, %18 ve %69'dur. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktadır.

Özetle, KVH için risk faktörleri arasında başta sigara, obezite, hareketsiz yaşam tarzı ve çeşitli tıbbi durumlar (diyabet, yüksek kolesterol vs.) sayılabilmektedir. Özellikle sigara kullanımının çoğu hastalıkla ilişkisinde olduğu gibi KVH için de birincil problem olduğu gözlemlenmektedir. Sigaranın hem bu başat rolü gereği hem de çalışmanın ana konusu olması nedeniyle, sıradaki bölümde, sigara kullanımı ve KVH ilişkisi, özellikle epidemiyolojik veriler bağlamında detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

1.1.3.1. KVH ve Sigara Kullanımı

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Türkiye'de sigara kullanımı konusunda daha detaylı incelendiğinde aşağıdaki bulgulardan bahsedilebilir:

- Sigara içme prevalansı yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir. En yüksek sigara kullanma prevalansı 25-44 yaş aralığındadır.
- En yüksek bırakma oranları erkeklerde 55 ve üzeri, kadınlarda 45 ve üzeri yaşlardadır.
- Erkekler günde ortalama 17,2 adet sigara içerken, kadınlar ortalama 11,0 adet sigara içmektedir.
- Sigara kentsel bölgede kırsal bölgelerden daha yüksek oranda içilmektedir (sırasıyla; %31, %25)
- Sigarayı bırakmış olanların oranı %9'dur, içenlerin %57'si bırakmayı denemiştir.
- Evlerin %37'sinde, işyerlerinin %23'ünde sigara içilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

DSÖ verilerine göre, her yıl 8 milyonu aşkın kişi, tütün kullanımına bağlı hayatını kaybetmektedir. Ölümlerin 7 milyondan fazlasını tütün kullanıcılar olmak üzere, yaklaşık 1,2 milyonu ise pasif içiciler oluşturmaktadır (DSÖ, 2020). DSÖ'nün 2011 yılında, KVH'ye ilişkin önleme ve kontrol çalışması verilerine göre, tütün kullanımının kalp ve damar hastalıklarının %10'unu açıkladığı bildirilmektedir (DSÖ, 2011). Tütün kullanımının KVH ile ilişkisini ortaya koyan çok sayıda meta analiz çalışması vardır (Kaur ve ark., 2004; Pan ve ark., 2015). Konuya ilişkin meta analizler detaylı bir şekilde incelendiğinde, günde sadece 1 sigara içmenin dahi KKH ve inme gibi hastalıklara sebebiyet verebileceğine dair bulgular mevcuttur (Hackshaw ve ark., 2018). Sigara kullanmayan kişilerin karşılaştırıldığı bir başka meta analiz çalışmasında ise, pasif içici konumunda olan grubun, pasif içici olmayan gruba göre, KVH geliştirme ihtimali 1.25 kat daha fazladır (He ve ark., 1999).

Özetle, ilgili literatür hali hazırda, sigara kullanımının başta KVH olmak üzere, çok sayıda hastalığın birinci sıradaki sebeplerinden biri olduğunu göstermektedir. Bu bulgu ile birlikte küresel anlamda araştırmalar, pasif içiciliğin veya çok az sayıda tütün kullanımının (Örneğin günde 1-2 sigara) dahi çeşitli kalp hastalıklarına sebebiyet verdiğini ortaya koymaktadır. Sıradaki bölümde, içerisinde KVH'nin etiyolojisinde önemli yeri olan sigara kullanımının da dâhil olduğu riskli sağlık davranışları, daha genel çerçevede, sağlık ve hastalık temelinde incelenecektir. Daha sonra ise, bu çerçevede oluşturulan, sağlık psikolojisi disiplini içerisinde yer alan sağlık davranış modelleri sunulacaktır.

1.2. Sağlık ve Sağlık Davranışları

Önceki bölümlerde de görüldüğü üzere, bireylerin sağlık davranışlarının hastalıkların seyrini olumlu ya da olumsuz yönde, ciddi düzeyde değiştirebilme potansiyellerinden bahsetmek mümkündür. Bu sebeple, bu bölümde, özellikle sağlık davranışlarını tanımlamak, sağlık davranışlarına ilişkin ortaya konulan sağlık modellerinin doğru müdahale kanalları için öne sürdüğü varsayımları tartışmak ve bu çalışma özelinde ele alınan KVH ile ilişkisini ortaya koymak hedeflenmektedir. Bu amaçla ilk etapta, sağlık ve hastalık tanımları yapılacak, bu tanım temelinde sağlık

davranışlarından bahsedilecek ve sağlık davranış modelleri arasında, çalışmanın merkezinde yer alan Sağlık İnanç Modeli (SİM) bileşenleri bağlamında, çeşitli araştırma sonuçları tartışılacaktır.

1.2.1. Sağlık ve Hastalık

DSÖ, 1948 yılından bu yana, sağlık tanımı yaparken ‘sadece sakatlığın ve/veya hastalığın olmayışı’ şeklinde bir tanımdan kaçınmaktadır. Sağlık, biyopsikososyal perspektiften bakılacak olursa; fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarda tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Böyle bir tanımla, sağlığın biyolojik özelliklerini göz önünde bulundurmak şartıyla psikolojik ve sosyal boyutları ile bütüncül bir bakış açısı oluşturmak hedeflenmektedir. Fiziksel boyutuyla içerisinde öz-bakım ve fiziksel etkinlikler (egzersiz, beslenme, uyku vd.) gibi başlıkların yer alması önemlidir. Psikolojik bağlamda ise, sadece psikopatolojinin yokluğu kastedilmemektedir. Yaşıyor olmaktan gerçek anlamıyla keyif almak olarak düşünülebilecek bir iyilik halinin (well-being) önemi de vurgulanmaktadır. Ayrıca, kişinin öz denetim hissi ve kontrol algısının da ruhsal boyut içerisinde yer alması önerilmektedir. Sosyal boyutu açısından ise, kişiler arası ilişkilerin doyumu, ailevi, mesleki ve toplumsal ilişkilerin sıklığı ve niteliğinin belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Bloom, 1988). Bu minvalde düşünüldüğünde, bu araştırma kapsamında ele alınan KVH için sağlıklı olmama tanımı da tartışmaya açılmıştır. Örneğin, KVH tanısı olan fakat tıbbi prosedürleri yerine getiren, ruhsal anlamda kendisini belirtilen kriterlere göre hisseden ve toplumsal boyutuyla da doyurucu mesleki ve kişiler arası ilişkileri iyi düzeyde olan kişiye ‘sağlıksız’ ya da ‘hasta’ demek ne kadar doğrudur? Aynı şekilde KVH’ye ait herhangi bir tanısı olmadığı halde, sigara kullanan, egzersiz yapmayan, düzenli beslenmeyen, uyku düzenine dikkat etmeyen kısacası, riskli sağlık davranışlarını yaşam tarzı olarak benimsemiş bireylerin, sırf tanı ya da belirtiden yoksun olmaları nedeniyle ‘sağlıklı’ olarak tanımlanmaları ya da ‘hasta’ olarak tanımlanmamaları ne kadar doğrudur?

Hastalık tanımı, Engel’in (1977, 1980) biyopsikososyal model anlayışını öne sürene değin, biyomedikal ya da diğer adıyla hastalık modeli olarak düşünülebilecek

bakış açısıyla ele alınmaktaydı. Tıptaki gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler ile birlikte insanın biyolojik alt yapısının daha iyi izlenebilir olmasının da katkısıyla, hastalık, özetle, hücrelerdeki bozulmalara indirgenerek anlaşılma ile sınırlı tutuluyordu. Engel'in öne sürdüğü gibi, biyopsikomodel ise, biyolojik boyutun önemini küçümsememekle beraber psikolojik ve sosyal boyutların da önemini altını çizmektedir. Biyolojik açıdan virüsler, bakteriler ve lezyonlar hastalığın bu boyutuna ilişkin çok önemli veriler sunarken, eskiden savunulduğu gibi düalistik (Örneğin, beden-ruh ikili-ayrılığı) bakış açısından kurtulup organizmayı anlamada monistik (Örneğin, beden ruh birliği-tekliliği) bir bakış elde edildiğinde, psikolojik ve sosyal boyutların önemi ön plana çıkmaktadır. Örneğin, bu araştırma kapsamında ele alınan değişkenlerden ikisi olan sağlık inançları (örn., Becker, 1974) ve kişilik (örn., Gochman, 1997) gibi psikolojik değişkenler, hastalığı anlamada ve açıklamada önem kazanmaktadır. Bununla birlikte, kişilerin sağlık davranışları (örn., Rimer, Glanz ve Rasband, 2001), stresle baş etme stratejileri (örn., Lazarus ve Folkman, 1984) gibi başlıklar, psikolojik boyut açısından kıymetli rollere sahiptir. Kişilerin etnik, sosyodemografik, sosyoekonomik, istihdam durumları gibi sosyal boyutları da sağlığı ve hastalığı anlamada önemli anahtar değişkenler olarak görülmektedir. Sonuç olarak, biyolojik yaklaşımla birlikte sosyokültürel bağlamın göz önünde bulundurulması, sonuç alma konusunda yadsınamaz bir gerçek olarak düşünülmektedir.

Sağlık ve hastalığın kategorik ve indirgemeci bir yaklaşımdan, sürekli ve boyutsal bir yaklaşıma evirildiği bu süreçte, hastalığın başlangıcı ve sonrasında uyum sürecine etki eden psikolojik faktörlerin öneminden bahsedilebilir. Hastalığı başlatan sağlık davranışları (sigara kullanımı, beslenme, stres, çevre kirliliği vd.) ve bu davranışlara ilişkin sağlık inançları önemlidir. Örneğin, kişilerin sigara kullanımına ilişkin inançları, stresi nasıl tanımladığı, çevre kirliliğinin olası biyolojik, psikolojik ve sosyal sonuçlarına dair düşünce kalıpları, gidişatı doğrudan etkileyebilmektedir. Ayrıca, hastalık aşamasında, kişilerin, yardım arama davranışları, baş etme stratejileri, kişilik özellikleri, algıladıkları sosyal destek, hastalığa uyum davranışları gibi birçok psikolojik faktör, kişi-sağlık/hastalık ilişkisini anlamakta önemli bir role sahiptir (Ogden, 2012). Sırada, hem doğrudan KVH ile ilişkisi hem de birçok sağlık modelinin

önemli bir bileşeni olması açısından çok kritik bir öneme sahip olan sağlık davranışı kavramından bahsedilecektir.

1.2.2. Sağlık Davranışları

Gochman (1982, 1997), sağlık davranışını tanımlarken bireysel bir vurgu yapar ve içerisinde şu özellikleri barındırdığını iddia eder; inanç, beklenti, güdü, değer, algı ve diğer bilişsel öğeleri içeren kişisel özellikler; duygusal durumları ve özellikleri (traits) içeren kişilik özellikleri; sağlığı sürdürme, onarma ve geliştirmeye yönelik eylemler ve alışkanlıkları da içeren görülebilen davranış örüntüleri. Gochman'ın açık ve gözlemlenebilir davranışsal örüntülere yaptığı vurgu, Kasl ve Cobb'un (1966) sağlık davranışını üç kategoride inceledikleri tanımla tutarlılık göstermektedir.

1. *Önleyici Sağlık Davranışı*: Bu kategorideki kişi, kendisinin sağlıklı olduğuna inanır ve o yönde davranışlar sergiler. Amaç; sağlığı korumak ve sağlığı tehdit edici herhangi bir duruma karşı sağlıklı iken önlem almaktır.

2. *Hastalık Davranışı* (Illness behavior) : Kişi, kendisini hasta olarak algılar ve o yönde davranışlar sergiler. Amaç, sağlık durumunu tanımlamak ve çare bulmaktır.

3. *Hastalık Rolü Davranışı* (Sick-role behavior): Hasta olduğunu düşünen kişi artık iyi olmayı amaçlamaktadır. Tıbbi tedavi arayışlarını içerir, genellikle bağımsız davranışlar söz konusudur. Bu rol, kişiyi belli derecedeki kişisel sorumluluklarından muaf tutar.

KVH ile tütün kullanımı davranışının hatta tütün içilen çevreye maruz kalmayı kolaylaştıracak davranışların, hastalığın oluşumuna, devamına ve son olarak hastalık sonucu ölmeye dahi götüren sürece katkı sağladığını ortaya koyan çalışmalardan bahsedilmişti. Bu anlamda, Gochman ile Kasl ve Cobb'un bireyi temel alan sınıflandırmasına paralel olarak, sağlık hizmetleri basamaklarını ele alan kullanım da yaygındır. Bu sınıflandırmada da her basamak için ayrı bir davranış örüntüsünden bahsetmek de mümkündür. Bunun için Baltaş (2008) tarafından detaylandırılan sağlık hizmetlerine bakıldığında, üç basamaklı bir sistem göze çarpmaktadır:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Korunma merkezlidir. Uygun beslenme, aşılanma gibi biyolojik boyutları olabildiği gibi, stresle baş etme, kişilik

özellikleri, sağlık inançlarına yönelik sağlık eğitimleri gibi psikolojik boyutları da hedefler. Ayrıca, toplumsal ve sosyal faktörlere ilişkin hastalığı önleyici öneriler (Örneğin, hastalık ve çevre kirliliği, işsizlik ilişkisi vd.) sunmak, bu kapsam dâhilinde düşünülebilir.

- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: İçerisinde erken teşhisi de barındıran korunma, ön plandadır. Daha sonrasında tedavi aşamasındaki hizmetlere odaklanılır. Örneğin, KVH için erken teşhis ve erken tedavi için gerekli klinik testleri uygulamak, bu hizmetin hedefleri arasındadır.
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Tedavi hizmetlerinden sonra, hastalıkla ilgili rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Örneğin, kişinin KVH tedavisinden sonra, aile ve iş hayatını nasıl sürdüreceği veya herhangi bir eksiklik ya da sakatlık durumunda, kişinin iş yaşamına nasıl devam edeceği konularında, yeni ve hastalığa uyumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlamak.

Sağlık davranışlarını inceleyen araştırmalar, iki önemli varsayım üzerine kuruludur: Sanayileşmiş toplumlarda, önde gelen ölüm nedenleri (KVH ve kanser gibi), belirli sağlık davranışları sebebiyle olmaktadır. İkincisi ise, eğer, bu sağlık davranışları kestirilebilirse, değiştirilebilir (Conner ve Norman 2005). Özellikle, biyopsikososyal model çerçevesinde, sağlık ve hastalık tanımlarının yeniden inşası, kişileri, sağlık davranışlarından sorumlu tutmaya doğru evrilmiştir. Bu sebeple, kişiler, olumlu sağlık davranışlarını (örneğin, düzenli egzersiz vd.) seçebildikleri gibi, riskli sağlık davranışlarına da (sigara kullanımı) yönelebilirler ya da onlardan kaçınabilirler.

Sağlık davranışları geniş bir spektrumda ele alınabilir. Bunlar arasında, egzersiz (örn., Reges ve ark., 2013; Köhler ve ark., 2017), sağlıklı beslenme (örn., Raynor ve Levine, 2009; Shan ve ark., 2020; Katta ve ark., 2020), klinik taramaları takip, aşı, AIDS tehdidine karşı kondom kullanımı, sigara (örn., Korin ve ark., 2012; Elshatarat ve ark., 2013; Bakker ve ark., 2015; Heshmati, 2018) ve aşırı alkol kullanımı ve hastalığa uyum şartı olan tıbbi prosedürlerin yerine getirilmesi sayılabilir. Kişilerin hangi sağlık davranışlarına neden yöneldiğine dair yaklaşımlar, genelde iki boyutta ele alınmaktadır: İlki, bireylere özgü özelliklerin etkileridir. Örneğin, bireylerin sosyodemografik, kişilik (örn., Sheeran ve ark. 2016; Allen ve ark., 2016; Kim ve ark.,

2016; Lee ve ark., 2014; Molloy ve ark.; 2012) algıladıkları sosyal destek ve bilişsel özelliklerinden bahsedilebilir. İkincisi ise, bireylerin dışında gelişen durumlardır. Bunlar ise, kendi aralarında ikiye ayrılır: İlkinde, direkt yasal sınırlamalar ile riskli sağlık davranışlarını elimine etmek söz konusudur; örneğin, uyuşturucu kullanımının yasaklanması, kask kullanımının şart koşulması gibi. İkincisinde ise, daha çok, kişileri istenmeyen davranışlardan uzak tutmaya yönelik girişimler mevcuttur. Örneğin, sigara ve alkol kullanımının vergilendirilmesi veya bireylerin sporla buluşmasına katkı sağlayan politikalardan söz edilebilir. Sağlık psikologları, ilk başlıkta ele alınan daha çok bireylere özgü özelliklere odaklanmışlardır ve sağlık davranışlarını kestirmede kişilerin sahip oldukları sağlık inançlarını (örn., Musich ve ark., 2012; Alfasfos ve ark., 2016) araştırmayı hedeflemektedirler. Oluşturulan sağlık psikolojisi modellerinde, hangi bilişlerin/inançların, sağlığa ilişkin sosyal davranışlara sebebiyet verdiğini araştırmaktadırlar. Beslendikleri kaynak ise, sosyal bilişsel modellerdir (Conner ve Norman, 2005). Sıradaki başlıkta, bu araştırmanın merkezinde bulunan, kaynağını bahsi geçen sosyal bilişsel modellerden alan, sağlık davranış modellerinden kısaca bahsedilecek ve bu çalışmanın çerçevesini oluşturan SİM ele alınacaktır.

1.2.2.1. Sağlık Davranış Modelleri

Sağlık davranışlarını konu edinen çok sayıda model mevcuttur. Bu sebeple, bu konuyla ilgilenen araştırmacılar, ilgili teori ve modelleri sınıflandırmak ya da kendi çalışmalarında hangi modelleri ele aldıklarını gerekçelendirme ihtiyacı hissetmektedir. Söz gelimi, Glanz, Rimer ve Viswanath (2015), tek bir teorinin, modelin ya da kavramsal çerçevenin, sağlık davranışını anlama/değiştirme amacına yönelik araştırma ve uygulama sahasına hâkim olamayacağını ileri sürerek bir sınıflandırma oluşturmuş ve birbirleri ile etkileşimlerini ortaya koymuşlardır. Sağlık davranışına ilişkin modelleri kabaca, ekolojik, bireysel, bireylerarası ve toplumsal-grup modelleri olarak ele almaktadırlar. Bu gruplamalar arasında, özellikle bireysel modeller içerisinde yer alan SİM, Planlı Davranış Teorisi, Mantıksal Eylem Teorisi, Bütüncül Davranışsal Model ile Transteorik Model ve bireylerarası modeller arasında sınıflandırılan Sosyal Bilişsel Teori gibi model ve teoriler, sağlık davranışı ve sağlık

davranış değişimine dair yapılan çalışmalarda n plana çıkmaktadır. Bununla birlikte, bireysel olmayan modeller (rn., sosyal pazarlama, müdahale haritalama, toplum organizasyonu) daha çok, sağlık davranışını değiştirmeye yönelik çalışmalar yürüten profesyonellerin teorik çalışmaları için, uygulamada kolaylıklar sağlamak amacıyla oluşturulmaktadır. Bu çalışmada, bireysel modeller arasında sınıflandırılan SİM test edildiği için bu grup içerisindeki diğer teori ve modellerden kısaca bahsetmek yerinde olacaktır.

Planlı Davranış Teorisi, Mantıksal Eylem Teorisi, Bütüncül Davranışsal Model, insanların sağlık davranışları ile yakından ilişkili tutum, sübjektif norm ve davranışsal niyetler üzerinden algılanan davranışsal kontrol yapılarının, sağlık davranışlarını anlama ve değiştirmede çok önemli bir yere sahip olduğunu varsayar. Tutumların değişebilir olması varsayımı ile tutumlar ve tutumlarla ilişkili bu yapıların ortaya konabilmesi, uygulanacak müdahalelerin içeriğini belirlemede çok kritiktir. Bu modeller arasında, ilk olarak Mantıksal Eylem Teorisi'nin kondom kullanımı, organ bağışı gibi sağlık davranışlarını ele aldığını, arkasından gelen Planlı Davranış Teorisi ve Bütüncül Davranışsal Modelin ise, bu amacı sürdürdüğünü söylemek mümkündür. Transteorik Model ise, Prochaska ve Diclemente (1982) tarafından ortaya konulmuştur ve başlangıçta, örneğin sigarayı bırakma gibi sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik çeşitli psikoterapi yaklaşımlarının (rn., psikanalitik teoriler) birleştirilmesini hedeflemiştir. Daha sonrasında ise, sıklıkla çalışılan sağlık davranışını değiştirmeyi amaçlayan modeller arasında yerini almıştır. Bu modele göre, kişiler, değişimin evreleri olarak da adlandırılan evrelerde (tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem ve sürdürme) yer alırlar ve davranış değiştirmeyi hedefleyen müdahale programları, bu evrelerden bağımsız olarak düşünülemez.

Sıradaki başlıkta, bahsi geçen sağlık davranış modelleri arasından bu çalışmaya dahil edilen SİM tanıtılacak, sonrasında KVH ve sigara kullanımı ile ilişkisini ortaya koyan literatür bulgularına yer verilerek bu çalışmada neden bu modelin yer aldığı açıklanmaya çalışılacaktır.

1.2.2.1.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

1950’lilerin başında, Amerika’da, Toplum Sağlığı Hizmeti (Public Health Service), hastalıkların önlenmesine yönelik bir girişim başlattığında, bireylerin, hem tıbbi uygulamalarla hem de hasta-hekim ilişkisi ile yaşadığı sorunları, bir toplum sağlığı meselesi olarak görmekten uzaktı. Bunun bir sonucu olarak, kişilerin hastalığın erken teşhisi ve önlenmesine yönelik yerine getirmesi gereken bir takım sağlık davranışlarını neden yerine getiremediğini açıklamak zordu. Örneğin, servikal kanser, ateşli romatizma, çocuk felci, influenza gibi hastalıkları önleyici ve erken teşhise yardımcı katılımların, büyük topluluklarca neden yerine getirilmediği gündeme gelmeye başladı. Tam da bu noktada, bu davranışların altında yatan sebepleri irdeleyen ve insanların neden önleyici sağlık davranışlarını yerine getirmediğini açıklamakla yükümlü bir modele ihtiyaç vardı. Hedeflenen davranışlar arasında, insanların toplum hizmetlerine ulaşımında yaşadığı engeller veya hastalığa/hastalığı önleyici (örn., tarama) davranışlara yönelik inançlarını araştırmak vardı (Rosenstock, 1974).

Bu amaçla, Rosenstock ve arkadaşları (Drs. Codfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leuenthal), Kurt Lewin’in teorilerinden etkilenerek daha önceden sosyal psikologların da ilgilendiği, toplum sağlığına ilişkin bu meselelere yöneldiler (Rosenstock, 1974). Oluşturdukları SİM, daha sonra, kişilerin semptomlara, teşhis edilmiş hastalıklara ve tıbbi prosedürlere olan tepkilerini çalışmak amacıyla genişletildi (Champion ve Skinner, 2008).

SİM, içerisinde birçok temel kavramsal yapı barındırır. Bunlar; algılanan duyarlılık, ciddiyet, yararlar ve engeller, harekete geçiren ipuçları ve model içinde daha güncel bir yapı olan öz etkinliktir. Bu kavramsal yapılar, insanların hastalık durumlarını önleme, tarama ve kontrol altına almaya yönelik eylemlerinin ardında yatan nedenleri kestirebilmek amacıyla oluşturulmuştur. Modele göre, eğer bir kişi bir duruma karşı şüphe duyduğunu hissediyorsa yani hassasiyet gösteriyorsa, bunun tahmin edilebilir sonuçları vardır. Örneğin kişi, şüphe duyduğu durumun ciddi sonuçları olabileceğine, tehlikeden kurtulma adına ortaya koyabileceği bir takım eylemlerin olduğuna, sergileyeceği eylemin maliyetinin (örn. kontrol testi), karşı karşıya olduğu tehlikenin (örn. kanser olma) maliyetinden daha az olduğuna inanabilir

ve sahip olduğu bu inançların paralelinde, repertuarından ilgili sağlık davranışlarını seçip uygulayabilir. Böylece kişi, hem başta duyduğu hassasiyeti hem de karşı karşıya olduğu durumun ciddiyetini azaltabilir veya ortadan kaldırabilir (Champion ve Skinner, 2008).

Modele ait bileşenler aşağıda özetlenmiştir.

Algılanan Duyarlılık: Bireyler, herhangi bir hastalığa ya da hastalık durumuna yakalanma konusunda bir spektrum üzerinde anlam yükleyebilirler. Hiçbir şekilde ilgili hastalığa yakalanmayacaklarına dair bir inkâr mekanizmasını devreye sokabilecekleri gibi, istatistiksel olarak kendilerinin de risk altında olduğunu kabul edip bu riski minimal düzeyde yorumlayabilirler. Son olarak ise, gerçek anlamda bir tehlikede olduklarına inanıp algılanan duyarlılık seviyeleri son derece yüksek olabilir (Rosenstock, 1974). Örneğin, kişinin mamografi çekirme yönelimi içerisinde olabilmesi için, en azından, göğüs kanseri olma ihtimaline inanması gerekir.

Algılanan Ciddiyet: Bir hastalığın veya hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı durumların ciddiyetine yönelik yaşanan hissiyattır. Kişi, hastalığa ilişkin tıbbi/klinik sonuçların ölümle, sakat kalmayla ya da uzun süreli fiziksel/zihinsel işlevselliğini kaybetmesiyle sonuçlanabileceğini düşünebilir. Ayrıca, beraberinde getireceği sosyal sonuçlarını da değerlendirebilir. Örneğin, iş, aile ve sosyal ilişkilerinin niteliğini değiştirebileceğini düşünebilir. Kimisi, hastalığın sonuçlarına ilişkin sosyal ve psikolojik boyutlara odaklanırken kimisi ise, daha çok ölüm veya fiziksel işlevselliğinin bozulması ile ilgilenebilir. Algılanan duyarlılığın ve algılanan ciddiyetin düzeyini ve içeriğini belirleyen en önemli faktörlerden biri, kişilerin hastalık ve sağlığa ilişkin bilgi düzeyidir (Rosenstock, 1974). Algılanan duyarlılığın ve algılanan ciddiyetin bileşimi algılanan tehdidi meydana getirir (Champion ve Skinner, 2008).

Algılanan Yararlar: Algılanan tehdit (algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet) kişilerin eyleme geçmesi için yeterli olmayabilir. Örneğin, sigarayı bırakmanın getireceği mali kazanç veya KVH için yapılan rutin tetkiklere yönelik aile üyelerinin memnuniyeti, kişileri destekleyebilir. Bu tip faktörlerin bileşenleri algılanan yarar boyutunu oluşturmaktadır. Burada kritik olan ek bir husus, kişinin

ortaya koyacağı eylemlerin, var olan tehdidi azaltacağı ya da ortadan kaldıracağına dair algıladığı yarara yönelik inancıdır (Champion ve Skinner, 2008).

Algılanan Engel: Belirli bir sağlık eyleminin olası olumsuz yönleri, algılanan engeller olarak ifade edilir. Algılanan engel veya engeller, bireyden beklenen sağlık davranışı değişimini engelleyebilir. Kişiler, uygulayacakları sağlık davranışları öncesinde, yararları ve engelleri hesaplayarak, bir nevi ‘maliyet-zarar analizi’ yaparlar. Örneğin, sağlık davranışını, zahmetli, pahalı, nahoş veya acı verici olarak görebilirler. Eğer, bu engellere atfettikleri değerler tolere edilebilir algılanıyorsa, eyleme geçme ihtimalleri artar (Rosenstock, 1974).

Harekete Geçirici İpuçları: Kişilerin harekete geçmeleri için algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet belli bir itici güç olabilir. Bununla birlikte, kişilerin motivasyonunu artırıcı bir faktör olarak algıladıkları yararın, algılanan engellere ağır basması da önemlidir. Fakat gerekli motivasyonun sağlanması açısından eylemsel ipuçlarının önemi yadsınamaz. Sağlık davranışını tetikleyici özelliklere sahip olan bu eylemsel ipuçları, içsel olabilecekleri gibi (örn., KVH ile ilişkili nefes darlığı), dışsal da olabilir (örn., kişilerarası ilişkilerde, medyada fark edilenler veya en basitinden bir dışçıdan gelen bir tanıtım e-maili). (Rosenstock, 1974). Eylemsel ipuçları (örn. hapşırma gibi çok kısa ve geçici olabilir) deneysel düzlemde incelemenin zorlukları sebebiyle yeterince araştırılmamıştır (Champion ve Skinner, 2008).

Öz etkinlik: Albert Bandura öz etkinliği, “kişinin gereken sonuçları ortaya koyabilmesi için ilgili davranışı yerine getirebileceğine dair inancı” olarak tanımlamıştır. Bandura, ‘öz etkinlik beklentileri’ni tanımlarken bu beklentileri ‘sonuç beklentileri’nden ayırmıştır ve sonuç beklentilerini kişinin belirli davranışların, belirli sonuçları doğuracağına dair tahminleri olarak ifade etmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken bir husus da ‘sonuç beklentileri’nin, ‘algılanan yararlar’dan farklı bir kavram olmasıdır. 1988’de ise, Rosenstock, Strecher ve Becker, öz etkinliğin, temel yapılardan farklı bir noktada olmak kaydıyla, SIM’e eklenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Bununla beraber öz etkinlik kavramı, modelin erken dönem formülasyonlarına hiçbir zaman açık bir şekilde dâhil edilmemiştir (Akt. Champion ve Skinner, 2008).

Diğer Değişkenler: Demografik (örn., KVH için ileri yaşta olmak başlı başına bir risk faktörüdür) sosyo-psikolojik (örn., kişilik, sosyal sınıf) ve yapısal özellikler

(örn., hastalık bilgisi, hastalık geçmişi) kişilerin tehdit algılarını, yarar-engel maliyeti hesaplarını ve eyleme geçişlerini doğrudan etkileyebilmektedir (Rosenstock, 1974).

Ayrıca, Becker ve Maiman (1975), ‘motivasyon’ kavramını modele eklemişlerdir. Motivasyon, bireylerin bazı çevresel uyaranlar (örn. Sağlıkla ilgili meselelerde) nedeniyle duygusal anlamda daha canlı ve istekli hale gelebildiklerini ortaya koymaktadır. Bu anlamda, eğer kişilerin tanı veya tedaviye yönelik uyum düzeylerini artırmak amacıyla algılanan duyarlılık ve ciddiyet düzeylerini istenilen noktaya çekmek istiyorsak, motivasyonlarını artırıcı hamleler yardımcı olabilmektedir. Aşı çalışmalarına katılıma dair yaptığı çalışmada, tam da bu kavrama ilişkin Glasser (1958), insanların kendilerine ya da çocuklarına aşı yaptırmamalarının sebebini aşıya özel bir direniş olarak değil, aşının net, anlaşılır ve olumlu yanlarına dair (psikolojik) bir etkinin yoksunluğu ile açıklamaktadır. Eğer bu etki uyandırılırsa, insanların doğrudan kliniğe ya da doktorlara ulaşabileceklerini öne sürmektedir.

SİM bileşenlerine ait tanımların özeti aşağıdaki Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. SİM Bileşenlerine Ait Tanımların Özeti.

Algılanan Duyarlılık	Kişilerin hastalık ya da hastalık koşuluna yakalanma olasılığına yönelik inançları
Algılanan Ciddiyet	Kişilerin hastalık ya da hastalık koşulunun ciddiyetine ve olası sonuçlarına yönelik inançları
Algılanan Yarar	Kişilerin bir sağlık davranışının (örn. sigara bırakma) olumlu taraflarına yönelik inançları
Algılanan Engel	Kişilerin bir sağlık davranışının (örn. sigara bırakma) yerine getirilmesine dair engellere ve yerine getirildiğinde meydana gelebilecek bedellere yönelik inançları
Eylemsel İpuçları	Sağlık davranışını tetikleyebilecek içsel ve dışsal faktörler
*Öz Etkinlik	Kişilerin önerilen sağlık davranışını yerine getirip getiremeyeceklerine dair kendilerine yönelik inançları
*Motivasyon	Kişinin bir sağlık davranışını yerine getirmeye yönelik hissettiği duygusal canlılık ve istek

*Bileşenlerin tanıtıldığı bölümde vurgulandığı gibi, her iki bileşen de modele daha sonradan eklenmiştir.

1.2.2.2. Sağlık İnançları ve KVH

KVH ile sağlık inançları ilişkisini araştıran çalışmalar, ülkemizde yok denecek kadar az iken; dünyada ise, ülkemizle karşılaştırıldığında daha fazla araştırmaya rastlanılmasına karşılık, istenilen sayıdan oldukça uzaktır.

Çenesiz ve Atak'ın (2007), "Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında, tespit ettikleri çalışmaların dördünün meme kanseri, ikisinin diyabet ve birinin osteoporoza ilişkin araştırmalar olduğu görülmektedir. 2020 yılı itibarıyla, bu konuya ilişkin, güncel literatür tarandığında, çok az sayıda araştırmadan söz edilebilir: SİM bazlı verilen sağlık eğitiminin periferik arter hastalarının bilgi ve uygulamalarına etkisini araştıran bir tez çalışması (Kandemir, 2010), KKH için iş stresi ile klinik sonuçlar arasında sağlık inançlarının etkisini araştıran bir tez çalışması (Asaroğlu, 2013) ve kronik kalp yetmezliği hastalarında ilaç uyum düzeyi tez çalışması (Boğan, 2018) bunlar arasındadır. Aşağıda, bu tez çalışmalarına kısaca değinilecektir.

Kandemir (2010) tarafından ortaya konulan tez çalışması, ön test-son test tek gruplu olan, zaman dizisi modelinde yarı deneysel bir çalışmadır. Sakarya'da bir devlet hastanesinin kalp damar cerrahi polikliniğine başvuran, periferik arteriyel hastalığı tanısı olan 128 kişiden seçilen 30 kişi (15 erkek, 15 kadın) üzerinde çalışılmıştır. Katılımcıların %56,7'si 55-64 yaş aralığında, %83,3'ü evlidir. Katılımcılara ön test uygulaması yapıldıktan sonra (örn., hastalığa ilişkin veriler, periferik arteriyel hastalığına dair bakım ve tedavi hakkında bilgi formu ve SİM bileşenlerine yönelik sorular) ilk eğitim düzenlenmiştir. Eğitimde, hastalıkla ilişkili teorik ve uygulamaya yönelik bilgilendirme ve istenilen sağlık davranışlarını teşvik amaçlı motivasyon hedeflenmiştir. Eğitimin içeriği, SİM bileşenlerini ele alması açısından da önemlidir. Bir ay sonra, kontrole geldiklerinde ikinci eğitim verilmiş ve yaşanan sorunların nedenleri konuşulmuştur. Aynı işlem bir ay sonra üçüncü kez tekrarlanmış ve sonraki üç boyunca hastalarla hiçbir şekilde iletişime geçilmemiştir, üç ay sonrası için buluşmak üzere anlaşılmıştır. Üç ay sonrasında, dördüncü

görüşmede, periferik arteriyel hastalığa ilişkin bakım ve tedaviye ilişkin bilgi/uygulamalar ve SİM ile ilgili soruları içeren soru formu yeniden uygulanmıştır. Sonuçlara bakıldığında, hastaların eğitim öncesinde ve sonrasında, hipertansiyon kontrolünde bilinmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu söylenebilir: Katılımcıların algılanan ciddiyet düzeyleri artış göstermiştir. Bununla birlikte katılımcıların, kan basıncı ölçtürme sıklığı, şeker hastalığı kontrolü, kan şekerini ölçtürme sıklığı, kolesterol düzeyi konusunda yapılması gerekenler gibi sağlık davranışları açısından eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya konulmamıştır. Hastalar, verilen eğitim öncesinde, hastalıklarını ‘orta derece ciddi’ olarak algılarken, eğitim sonrasında, ‘ciddi’ olarak algılamışlardır. Sunulan önerileri ise, eğitim öncesinde de sonrasında da ‘orta derece ciddi’ olarak algılamışlardır. Son olarak SİM bileşenleri açısından karşılaştırıldığında, eğitim öncesi ve sonrasına göre, perifer arteriyel hastalığın ciddiyetini anlayan, hastalığa ilişkin önerileri yararlı bulan ve uygulayan kişi sayısında artış olmasına rağmen bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonucu tartışırken araştırmacılar, perifer arteriyel hastalığa ek olarak başka hastalıklara sahip olma nedeniyle gerekli önemi vermeme, uygulanan tedaviye inanmama ve iyileşeceğine inanmama gibi faktörleri ön plana çıkarmaktadır.

Bir başka tez çalışmasında, KKH tanısı olan, 13’ü kadın, 42’si erkek, yaş ortalaması 43,4 olan 55 katılımcı yer almaktadır. İş stresinin klinik sonuçlar üzerindeki etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün (ATDÖ) biçimlendirici, sağlık inançlarının aracı etkisinin sınındığı çalışmada, ATDÖ’nün iş stresi değişkenlerinden olan rol yükü ile kalp hastalığı arasında ilişkiyi anlamlı düzeyde biçimlendirdiği gözlenmiştir. Düşük düzeyde ATDÖ’nün, iş ortamında rol yükü ile ilgili algılanan rahatsızlığın, kalp hastalığı olasılığı üzerindeki olumsuz etkisini artırmakta, yüksek ATDÖ gösterenlerde ise, bu ilişki ortadan kalkmaktadır. Bununla birlikte, kalp hastalıkları ile ilgili algılanan duyarlılığın, rol yükü ile obsesif kompulsif bozukluk, güvensiz ilişkiler ile somatizasyon, güvensiz ilişkiler ile hostilite ilişkisinde tam aracı etkiye, güvensiz ilişkiler ile anksiyete ilişkisinde ise, kısmi aracı etkiye sahip olduğu; algılanan ciddiyetin ise, rol yükü ile obsesif kompulsif bozukluk ilişkisinde, kısmi aracı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Asaroğlu, 2013).

Yine başka bir yüksek lisans tezi çalışmasında, kronik kalp yetmezliği tanısı olan 100 katılımcı yer almaktadır. Hastaların tedavilerine uyumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, tedaviye uyumu temsilen ilaç kullanımını ölçmek amacıyla SİM'ye göre uyarlanmış bir ölçek kullanılmıştır. Sonuç olarak her iki değişken arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir. İlaç uyumu ile cinsiyet, eğitim ve beden kitle indeksi değişkenleri arasında da herhangi bir anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde ise, ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç düzeyleri ile semptom sayısı ve yaşam kalitesi genel anlamda ilişkili görülmektedir. Bu noktada araştırmacı, özellikle yatan hasta grubuyla çalışmanın yaşam kalitesi verilerini etkileyebileceğine dair bir açıklamada bulunmaktadır. Bununla birlikte, daha geniş örneklemelerde çalışılmasını, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide, başka değişkenlerin araştırılmaya devam edilmesini önermektedir. (Boğan, 2018).

KVH ile sağlık inançları ilişkisini araştıran dünyadaki çalışmalara bakıldığında, nispeten daha zengin bir literatür göze çarpmaktadır. Musich ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülmüş olan bu çalışmalardan birinde, 65 yaş üstü 68,595 koroner arter hastalığı tanısı olan kadın katılımcı yer almaktadır. Araştırmacılara göre, 65 yaş üstü koroner arter hastalığı olan kadınların hastalıklarını yönetmekle ilgili algıladıkları engeller sıklıkla çalışılmasına rağmen, çok az sayıda araştırma, demografik ve sağlık durumu değişkenleri farklılıklarına odaklanmıştır. Bu değişkenlerin koroner arter hastalığının gerektirdiği hastane/doktor ziyaretlerini hangi yönde etkilediğine dair yapılan analizlerde, son bir yıl içinde, sağlık kontrolüne giden ve gitmeyen kadınların oluşturduğu bir popülasyonda, kalp hastalığına sahip olduğuna inanmamak ve kalp sağlığı ile ilgili okuryazarlığın az olmasının, sağlık kontrollerinin yerine getirilmesinin önündeki en büyük engel olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada ayrıca, koroner arter hastalığına dair algılanan ciddiyetin artışı, kontrol ziyaretleri ile doğru orantılıdır. Bu sonuçlara bağlı olarak araştırmacılara göre, hasta ve tedavi ekibi arasında, hastaların kalp hastalığına ilişkin farkındalıklarını artırmaya yönelik teşvik edici bir tutum ve etkili bir iletişim sağlanırsa, bahsi geçen engellerin azaltılması mümkün olabilmektedir.

Koroner arter hastalığı tanısı olan, 64 yaş ortalamasına sahip 193 kişi (156 erkek, 37 kadın) ile Avustralya’da yapılan bir çalışmada, hastalıklarına ilişkin nedensel atıflar araştırılmıştır. Taburcu olduktan sonra 3,6 ve 9 aylık periyotlarda, öz bildirim ölçekleri ve tıbbi kayıtlar vasıtasıyla ölçümler alınmıştır. Hastalar için, koroner arter hastalığının tek ve en önemli sebebinin kalıtsallık olduğu tespit edilmiştir. Önceki araştırma (Musich ve ark., 2014) ile paralel olarak, hastalığın sonuçlarına dair algılanan ciddiyet arttıkça, tedaviye uyumda da artış bulgulanmıştır (Stafford ve ark., 2008).

KKH’ye yönelik 21 çalışmanın ele alındığı sistematik bir inceleme, AP, ME, KKH tanılarından en az birini almış olan 18 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır. Kişilerin %73’ü erkek, %27’si kadındır ve yaş ortalamaları 62’dir. Hastaların hastalığa ilişkin algılarının sadece hastalık sonuçları ile ilgili değil, hastalığın seyri ve ilerlemesi ile de yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Hastalığın doğasını anlamada yetersiz kalmanın ve hastalığın olağan sonuçlarını olduğundan çok daha kötü algılamanın anksiyete ve depresyon ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Foxwell, 2013).

Kanada’daki McMaster Üniversitesi kardiyak rehabilitasyon programına katılan, tamamı erkek, 120 koroner arter hastalığı tanısı olan (%73’ünün kalp krizi, %16’sının bypass ameliyatı ve %11’nin ise AP geçmişi vardır) hasta, 6 ay sonra kontrol edildiğinde, 58’nin tedaviyi bıraktığı (yaş ortalaması 52), 62’sinin (yaş ortalaması 57) ise, tedaviye uyum sağladığı tespit edilmiştir. Her iki grup, SİM bileşenleri açısından karşılaştırıldığında, tedaviye uyum sağlayanlar ile tedaviyi bırakanların tek farklılaştığı noktanın, hastalığa ilişkin algılanan ciddiyet boyutları olduğu bulgulanmıştır; SİM öngörülerini doğrultusunda tahmin edileceği üzere, uyum sağlayanların algılanan ciddiyet puanları diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksektir. Genel sağlık motivasyonu, algılanan duyarlılık, egzersize yönelik engel ve öz etkinlik puanları arasında herhangi bir fark tespit edilememiştir. Ayrıca, literatür ve modelle çelişir şekilde, tedaviyi bırakanların eylemsel ipuçları puanlarının, diğer gruba göre, marjinal düzeyde anlamlılıkla birlikte daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Oldridge ve Streiner, 1990).

Benzer başka bir çalışmada, akut koroner bir durumdan sonra, kardiyak önleme/rehabilitasyon programına katılımı ve egzersiz alışkanlıklarını kestirmek için hastaların sağlık inançları incelenmiştir. Erkek katılımcıların oranının %84, kadın katılımcıların oranının ise, %16 olduğu bu çalışmada, yaş ortalaması 60 olan 420 kişi yer almıştır. Akut olayın gelişiminden sonraki altı ayın sonunda, egzersiz davranışını, hastalığa yönelik algılanan duyarlılık ve kişisel kontrol değişkenleri, diğer değişkenlerden bağımsız şekilde yordamaktadır. Ayrıca, yine aynı şekilde, egzersizin hastalığa fayda sağlayacağına dair algılanan yararın yüksek oluşu ve yüksek kişisel kontrol algısı, kardiyak önleme/rehabilitasyon programına katılımı, diğer değişkenlerden bağımsız şekilde yordamaktadır (Reges ve ark., 2013).

Erkeklerin ve kadınların KKH'ye yönelik sağlık inançlarının KKH görülme oranlarına etkisinin araştırıldığı çalışma, 2688 katılımcıdan (1382'si erkek, 1306'sı kadın) oluşmaktadır. Yaş ortalamaları ise, kadınlar için 47, erkekler için ise 46'dır. Katılımcılar, herhangi bir KKH tanısı almamışlardır ve 10 yıl süreyle takip edilmiştir. Bu 10 yıllık süre zarfının sonunda, kadınların %7'si KKH tanısı alırken, erkeklerde bu oran %10'dur. KKH'nin önlenebileceğini düşünen kadınların KKH görülme oranının, önlenemeyeceğini düşünenlere göre daha az olduğu görülmüştür. İlginç bir şekilde, bu durum, erkekler arasında böyle bir farklılığa sebep olmamıştır. Ayrıca, cinsiyetler arasındaki bu fark, sağlık inançları ve KKH sıklığı arasında sigara içmenin aracı etkisinde de söz konusudur. Erkeklerde bu aracı etki söz konusu değildir. Sonuç olarak, cinsiyetin, sağlık inançları ve KKH görülme sıklığı ilişkisinde, biçimlendirici rolünden bahsetmek mümkündür (Korin ve ark., 2012).

İran'da, KKH tanısı almış, yaş ortalaması 27 olan, 80 kadınla yapılan çalışmada, 6 seanstan oluşan SİM bazlı bir eğitim programında yer alan kadınların, kontrol grubuna göre, SİM bileşenleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Buna göre, programa katılanların müdahaleden üç ay sonraki verileri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, hastalığa ilişkin bilgi düzeyleri, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, öz etkinlik, eylemsel ipuçları boyutlarında artışla birlikte anlamlı bir farklılık söz konusudur. Ayrıca, algılanan engel puanları da diğer gruba göre düşmüştür ve bu

düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırmacılar, eğitim içerikli müdahalelerin, KVH'yi önlemeye yönelik sağlık davranışlarını teşvik etmede önemli bir role sahip olduğunu belirtmektedir (Rahimi ve ark., 2017).

Yukarıdaki araştırma örneklerinde de görüldüğü üzere, ilgili literatürde, KVH'yi önleyici sağlık davranışlarının uygulanmasını sağlamak amacıyla bilgi düzeyinin artması gerektiğine ve bu ihtiyacı giderici eğitim programlarının yararlı olabileceğine dair çok sayıda araştırma söz konusudur.

KKH, ikincil koruma basamak hizmetlerine yönelik sağlık inançlarını ön görmek ve değerlendirmek amacıyla yapılan tanımsal bir çalışmada, Irak'ta yaşayan, KKH tanısı olan 64 kişi ile çalışılmıştır. Bu kişilerin %75'i 50 yaş üzerindedir. Grubun %56,3'ü erkek, 43,7'si kadındır. %98,4'ü ise evlidir. Eğitim durumları ile ilgili tanımsal istatistikler incelendiğinde, %40,6'sının ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların %53,1'inde, birinci derecede akrabalarında KKH söz konusudur. Araştırmacılar, bu demografik değişkenlerin literatürle tutarlı olduğunu ileri sürmektedir. SİM bileşenlerine ilişkin sonuçlar da şu şekildedir: Kişilerin algılanan duyarlılık ve ME ikincil önlemlerine yönelik algılanan yarar boyutu orta derecededir. Bununla birlikte, literatürün geneline ters bir şekilde, ME'nin ikincil önlemlerine yönelik algılanan ciddiyet ve engel boyutu düşük düzeydedir (Athbi ve Hassan, 2019).

Koroner arter bypass cerrahisi işlemine tabii tutulan erkek (%74) ve kadınlardan (%26) oluşan ve yaş ortalaması 58 olan, 1052 kişi ile İran'da yapılan çalışmada, SİM bileşenlerinden biri olan algılanan duyarlılık değişkenini etkileyebilecek olası kontrollü ve kontrolsüz faktörleri araştırmak hedeflenmiştir. Bu kesitsel çalışmada, zamanında hastanede yatan fakat sonra ayrılan katılımcılara kontrol programı bağlamında demografik bilgiler ve risk faktörlerin yanında, algılanan duyarlılığı ölçmeyi hedefleyen bir adet kapalı uçlu soru sorulmuştur. Kişilerin sadece %13,7'sinin algılan duyarlılık boyutunun istenilen düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, ileri yaş ve ailede KVH geçmişi olma durumu, algılanan duyarlılık

boyutunu kestirmede önemli değişkenler olarak tespit edilmiştir (Saeidi ve Komasi, 2018).

Kardiyak bir durumun ortaya çıkmasından bir yıl sonra, hastalar ve eşlerinin KVH'ye yönelik SİM bileşenlerine göre nasıl farklılaştığını araştırmak üzere ortaya konulan çalışmada, KVH tanısı almış, yaş ortalaması 65 olan, 14 kişi (11 erkek, 3 kadın), yarı yapılandırılmış odak grupta incelenmiştir. Bu grubun eşleri ile de birebir görüşmeler gerçekleştirilmiştir. İsveç'te, birincil sağlık bakım merkezlerinde gerçekleştirilen bu çalışmaya göre, KVH tanısı olan kişiler, daha çok hem kendi kapasitelerine hem de sağlık hizmetlerine güvenmekteyken; eşler ise, daha çok müşterek hayat alışkanlıklarını ön plana çıkarma eğilimindedirler. Bu farklı inançlar sebebiyle, eşlerin KVH hastaları ile aile öncelikleri bağlamında problemler yaşadığı vurgulanmaktadır. Ayrıca, KVH riskini azaltmada denetimli egzersizi faydalı gören sadece hasta gruptakilerdir. Bedenin kendi kendini onarabilmesi fikrinin ve akrabalar/alışkanlıklar olmadan hayatın anlamsız olmasının, olası ilaç tedavisi için algılanan bir engel unsuru olduğu bildirilmiştir; kişiler bahsi geçen durumların ilaç tedavisine olan motivasyonu düşürebileceğini belirtmişlerdir. Hastalığın ciddi sonuçlarına rağmen, hayatın eskisi gibi yaşanabilir olacağına dair inancı ise, her iki grup da paylaşmaktadır (Köhler ve ark., 2017).

Kanada'da, KVH tanısı olan kişilerin egzersize yönelik inançlarının irdelendiği bir başka çalışmada ise, yaş ortalaması 53 olan, 161 kişi (137 erkek, 24 kadın) yer almıştır. Hastane kayıtlarından belirlenen ve kendilerine telefonla ulaşılan katılımcıların, öz bildirim ölçekleri aracılığı ile elde edilen algılanan engel, alışkanlıklar ve algılanan zorlukların, egzersiz niyetinin önemli unsurları oldukları tespit edilmiştir. Algılanan engel unsurları arasında ise, zaman yönetimi, psikolojik adaptasyon ve tembelliğe ilişkin zorluklar yer almaktadır (Godin ve ark., 1991).

Bir diğer kesitsel çalışmada ise, Tahran'da hastanede yatan ve ayakta takip edilen 98 KKH tanısı almış katılımcıya (50 erkek, 48 kadın; yaş ortalaması 55), kardiyak öz etkinlik ve sağlık inançlarına yönelik öz bildirim ölçekleri sunulmuştur. Kardiyak bir problemle gelecekte yeniden yüz yüze gelmeye yönelik algılanan

duyarlılık, algılanan ciddiyet ile kişilerin işlevsel durumları arasında anlamlı ve negatif ilişkisi söz konusudur (Allahverdipour ve ark., 2013).

KKH'yi önleyici davranışlar ile SİM bileşenleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, herhangi bir KKH tanısı almamış, Kanada'da yaşayan, 50 yaş ve üzeri 178 kadın yer almıştır KKH'ye duyarlılığın, KKH'ye yönelik algılanan ciddiyetin, KKH risk faktörlerini bilmenin ve genel sağlık motivasyonunun, önleyici davranışların (örn. alkol tüketimini sınırlama, fiziksel aktiviteye katılım, sigarayı bırakma) değişiminin %76'sını açıkladığı bulgulanmıştır (Ali, 2002).

New York'ta hizmet veren Koroner Tarama ve Müdahale Merkezi'ne başvuran kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, egzersize uyum ile SİM bileşenleri incelenmiştir. Bu merkeze başvuran kişilerden, alt aylık süre boyunca haftada 3,5 saatlik bir egzersiz programına katılmaları istenmektedir. Bu merkezdeki çalışmaya katılmış ve tamamlamış kişilere telefonla ulaşılmış, 57 kişiden (42 erkek, 15 kadın; yaş ortalaması 56) dönüş alınabilmektedir. Modelin ön gördüğü gibi, genel sağlık motivasyonu ve KKH'ye yönelik ciddiyet algısının yüksek oluşu, egzersize uyum ile pozitif yönde ilişkili iken, modelin öngördüğünden farklı olarak, hastaların, egzersizi yararlı görseler de egzersize uyum konusunda istenilen seviyede olmadıkları görülmüştür (Mirotznik, Feldman ve Stein, 1995).

Egzersize katılımı açıklamada, SİM'nin etkisini inceleyen başka bir araştırmada, Ürdün'de bulunan dört farklı hastanede yatan, ilk defa MI tanısı almış 98 kişi (yaş ortalaması 50 olan, 57 erkek, 41 kadın) yer almıştır. Hastaların algılanan ciddiyet puanlarının yüksek, algılanan engel puanlarının düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hastaların motivasyonları arttıkça, egzersize katılımları da artarken, egzersiz ve egzersize katılım ile algılanan engel puanları negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Algılanan ciddiyet, duyarlılık ve yararın ise, egzersize katılım ile bir ilişkisi söz konusu değildir (Al-Ali ve Haddad, 2004).

Kardiyak rehabilitasyona başlamayı SİM açısından değerlendiren bir araştırmada, ME ya da koroner arter bypass ameliyatı geçiren 116 (yaş ortalaması 62 olan, 75 erkek ve 41 kadın), yatan hasta değerlendirilmeye alınmıştır. Tanı alındıktan sonra takibe alınan bu hastaların 97'sine telefonla ulaşıp kardiyak rehabilitasyona

başlayıp başlamadığı sorulmuştur. Rehabilitasyona başlama ile algılanan duyarlılık, ciddiyet ve tehdit arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (Shanks, 2009).

Sonuç olarak, KVVH'yi önleyici sağlık davranışlarının uygulanmasını sağlamak amacıyla bilgi düzeyinin artması gerektiğine ve bu ihtiyacı giderici eğitim programlarının yararlı olabileceğine dair çok sayıda araştırma söz konusudur. Özellikle algılanan ciddiyet boyutundaki artışın KVVH için sağlık kontrolünü takip etmede artış ile (Musich ve ark., 2014; Stafford ve ark., 2008; Oldridge ve Streiner, 1990) ve egzersiz artışı ile (Reges, 2013; Mirotznik, Feldman ve Stein, 1995 Al-Ali ve Haddad, 2004) pozitif yönde ilişkisi söz konusudur.

1.2.2.3. KVVH'de, Sigara Kullanımına Sağlık İnançlarının Etkisini Araştıran Çalışmalar

Bu başlık altında yer alan çalışmalarda, ilk olarak Türkiye'deki literatür özetlenmeye çalışılacak, daha sonrası ise, dünyadaki güncel araştırmalara değinilecektir.

Türkiye'deki tez çalışmaları incelendiğinde, direkt bu başlık altında herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. SİM bileşenlerinin sigara kullanımına yönelik etkisini araştıran doktora tezi çalışmasında, popülasyon olarak hemşireler hedeflenmiştir. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde ve Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan, sigara kullanan toplam 96 hemşire araştırmaya dâhil edilmiştir. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden katılan hemşirelere (67 kişi, 7 erkek, 60 kadın ve yaş ortalaması 32) TTM temelli eğitim, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden katılan hemşirelere (29 kişi, 7 erkek, 22 kadın ve yaş ortalaması 30) ise, SİM temelli eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası, SİM grubundakilerin %15'inin hareket aşamasına geçtiği saptanırken TTM grubunda ise, %7'si hareket aşamasına geçmiş olup %11,6'sının ise, devam ettirme aşamasına geçtiği tespit edilmiştir (Bakan, 2013).

Bir yüksek lisans tezinde ise, maden işçilerinde, sigara bırakma ile SİM bazlı sağlık inançlarının ilişkisi araştırılmıştır. Türkiye Taş Kömürü Kurumu Zonguldak Karadon Müessesesi'nde çalışan ve sigara kullanan 473 işçi (yaş ortalaması 37) araştırmada yer almıştır. Hazırlık dönemindeki (1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünenler) ve eylemi sürdürme dönemindeki işçilerin (6 ay ya da daha az süredir sigara içmeyen) algılanan duyarlılık ve ciddiyet ortalamaları, diğer evrelerdeki işçilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bununla birlikte, SİM'e göre sigara bırakma konusunda, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik puanları arasında bir fark yoktur (Günçan, 2019).

Randomize kontrollü deneysel bir çalışma, sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşan 80 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerde SİM temelli yaratıcı drama eğitiminin, sağlık denetim odağı ve sigaraya yönelik algıya etkisi irdelenmiştir. Erzurum'da, iki ortaokulda gerçekleştirilen bu çalışmada, deney grubunda bulunan öğrencilere 6 oturum süren eğitim verilmiştir. Analizler sonucunda, denek öğrencilerin Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nin iç kontrol alt boyutunda anlamlı bir artış, dış kontrol alt boyutunda ise, anlamlı bir düşüş bulgulanmıştır. Özellikle drama uygulamaları başta olmak üzere, uygulama bazlı müdahalelerin istendik sağlık davranışlarını sergilemeyi teşvik edebileceği öne sürülmüştür (Tedik, 2019).

Makaleler incelendiğinde de durum benzerdir. Bölüm başlığı ile yakından ilişkili olarak SİM oryantasyonlu sigara bırakma ölçeği geliştirildiği tespit edilmiştir. Araştırmada, sigara kullanan ve kullanıp bırakmış 417 üniversite öğrencisi yer almıştır. Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve eylemsel ipuçları boyutunda yüksek puan öğrencilerin, sigara bırakma polikliniğine başvurma konusunda anlamlı düzeyde daha çok istekli oldukları tespit edilmiştir. Bununla beraber, algılanan engel ve öz etkinlik boyutları açısından herhangi bir anlamlı fark bulgulanmamıştır (Kurcer ve Erdoğan, 2020).

Yine son yıllarda, SİM'ye yönelik eğitimlerin önemini vurgulayan bir çalışmada, 32 yaşında, 38 haftalık gebe olan bir kadın “tütün bağımlısı gebe” tanısı olarak takip edilmiştir. Diğer çocukların pasif olarak etkilenmesi, anneyi sigara içen biri olarak model alma ihtimalleri ve sigaranın ekonomik olarak aileye yaşattığı

zorlukların, bu gebe için en önemli eylemsel ipuçları oluşturduğu tespiti yapılmıştır (Tuncay ve ark., 2019).

Dünyada, KVH tanısı olan hastalarda, sigara kullanımı ve sağlık inançlarının ilişkisini araştıran çok sayıda araştırma söz konusudur. Aşağıda bu araştırma örneklerine yer verilmiştir.

Ürdün'deki iki özel hastanede, KVH tanısı ile takip edilen 112 erkek yatan hasta (yaş ortalaması 52,5) ile sigarayı bırakma üzerine yapılan kesitsel bir çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların, sigara içmenin inme/felce yaptığı katkıların farkında olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların çoğunun, sigarayı bırakmanın, bedene, uzun vadeli sağlayacağı yararların da farkında olmadığı bildirilmiştir. Katılımcılar, eğer daha yüksek gelirleri olsaydı, daha uzun süre hastanede kalabilselerdi, sigarayı bırakma konusunda daha emin bir duruş sergileyeceklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, katılımcıların çoğu, sigarayı bırakmanın sağlığa ilişkin problemleri azaltacağına (%88,4) ve KVH riskini azaltacaklarına da (%91,2) inanmaktadırlar (Elshatarat ve ark., 2013).

Bu çalışmaya benzer başka bir kesitsel çalışmada, yine KVH tanısı ile hastanede yatan, Güney Koreli 97 katılımcı (yaş ortalaması 54 olan, 81 erkek, 16 kadın) yer almıştır. Araştırmacının amacı, bu popülasyonun sigarayı bırakmanın yararlarına yönelik sağlık inançlarını tespit etmekle birlikte, sigarayı bırakmaya yönelik niyetlerini belirlemektir. Bu minvalde yapılan analizler sonucunda, sadece %78'i KVH'ye yakalanma ihtimalini sigarayı bırakma ya da azaltma ile ilişkilendirmektedir. %93'ü ise, sigarayı bırakma niyetleri olduğunu bildirmektedir (Sohn ve ark., 2007).

Byrne ve arkadaşlarının, 2005 yılında, İrlanda'da gerçekleştirdikleri araştırmada, içerisinde, KKH'ye yönelik kontrol, kişisel kontrol ve KKH'ye yönelik sonuçların da bulunduğu dokuz adet hastalık algısının (illness perception), sigara ve alkol kullanımı, egzersiz, diyet ve ilaç kullanımına uyum gibi davranışlar ile ilişkisi incelenmiştir. Bu hedefle, 35 farklı birimden rastgele örnekleme, KKH tanısı ile takip edilen 1611 hastaya ulaşılmıştır. Bu gruba, posta yoluyla, diyet, egzersiz, alkol

kullanımı, tıbbi prosedürlere uyum ile ilgili yanıtlayabilecekleri öz bildirim ölçeklerine dayanan sorular yöneltilmiştir. 1084 kişiden (yaş ortalaması 66, %35'i kadın, %65'i erkek) yanıt alınabilmiştir. Hastalık algısı değişkenleri, bahsi geçen sağlık davranışlarındaki değişimin yalnızca %2'sini açıklayabilmiştir. Hiçbir hastalık algısı değişkeninin, sigara kullanımını, diğer değişkenlerden bağımsız bir şekilde yordamadığı tespit edilmiştir. Katılımcılara göre, KKH'nin başlıca iki nedeni, kalıtım ve strestir. Diyet ve sigarayı öne süren katılımcılar daha azdır (Byrne ve ark., 2005).

Benzer şekilde, KKH nedenleri arasında stres başta olmak üzere kalıtımı ön plana koyan sonuçların bulunduğu, KKH'ye yönelik nedensel atıfların incelendiği, İngiltere'de yapılan başka bir araştırmada ise, hastanede tedavi gören, 165 akut koroner sendrom hastası (yaş ortalaması 60, 133 erkek, 32 kadın) incelenmiştir. Bu katılımcıların 35'i hiç sigara kullanmamış, 59'u bırakmış ve 71'i ise halen sigara içmektedir. En yaygın atıflar sırasıyla; stres, sigara, yüksek kan basıncı, kötü talih ve kalıttır. Sosyoekonomik durum yükseldikçe, kalıtsal ve genetik faktörlere yönelik atıflar artış göstermektedir. Sigara kullanmayanların hiçbiri, KKH sebebi olarak sigarayı görmezken (%0), sigara içen grupta bu oran %90'dır. Sigarayı bırakanların oranı ise, %47,5'tir (Perkins-Porras ve ark., 2006).

Hollanda'da bulunan iki farklı rehabilitasyon merkezinde yapılan bir başka kesitsel çalışmada, KVH sonrası sigara kullanımını araştırmak amacıyla kardiyak rehabilitasyon sürecine dahil edilen 149 katılımcı (yaş ortalaması 56 olan, 101 erkek ve 45 kadın), 2-4 hafta sonra, araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin öz bildirim ölçekleri ile ölçüldüğü çalışmada, %31'inin halen sigara içmeye devam ettiği belirtilmiştir. Araştırmacılar, verileri analiz ederken SİM bileşenlerinden olan öz etkinlik kavramını incelemişlerdir. Bu grubun sigaradan uzak durmaya yönelik öz etkinlik ve niyet puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın başka bir sonucu ise, katılımcıların o anki sigara kullanımının öz etkinlik ve niyet arasındaki ilişkiyi biçimlendirmesi üzerinedir. Psikososyal bilişsel faktörlerle ve niyet arasında, kaygının biçimlendirici etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Bakker ve ark., 2015).

SİM oryantasyonlu öz etkinlik kavramının önemini vurgulayan başka bir çalışmada ise, Tahran Kalp Merkezi'nde bulunan 103 KVH tanısı olan katılımcı yer almıştır. Araştırmada en dikkat çekici bulgu, yalnızca kardiyak öz etkinlik boyutunun sigara kullanımını yordadığının tespit edilmesidir: Yüksek öz etkinlik puanları, sigarayı bırakma ile ilişkilidir (Heshmati, 2018).

Afrikalı Amerikalıların KVH'ye bağlı ölüm oranlarının diğer etnik gruplara göre fazla olması sebebiyle, bu gruba yönelik gerçekleştirilen tanımsal bir çalışmada, SİM bileşenlerinden özellikle öz etkinlik ve algılanan risk boyutları ele alınmıştır. Yaşları 18 ila 26 arasında değişen 172 katılımcının (%36'sı erkek, %64'ü kadın) %70,9'u daha önce hiç sigara içmemiş, %12,8'i bırakmış, %8,7'si arada sırada içmekte, %7,6'sı ise, günde en az bir tane içmektedir. Kişilerin yaşlarına ilişkin KVH geliştirme riskini (algılanan risk) nasıl değerlendirdiği sorulduğunda, %17'si düşük bir ihtimal olarak görürken, %43,6'sı bu ifadeye kısmen katılmaktadır. %39,5'i ise, katılmamaktadır. "KVH'yi önlemek için yapabileceğim hiçbir şey yok" ifadesinin öz etkinlik boyutunu hedeflediği soru için verdikleri yanıtlarda, katılımcıların %15,8'i bu ifadeye katıldıklarını belirtmiştir (Winham ve Jones, 2011).

Kirscht (1974)'in iki boyuttan oluşan (hastalık sonucuna ilişkin olumsuz bir değere sahip olma ve buna dair beklenti) algılanan tehdit kavramsallaştırmasını göz önünde bulundurarak ortaya konulan bir başka çalışmada, Croog ve Richards (1977), 205 KKH tanısı olan erkek katılımcı ile çalışmıştır. İlk ME tanısı alındıktan 8 yıl sonra araştırmaya dâhil edilmişlerdir. KKH tanısı almalarında sigaranın çok önemli olduğunu düşünenlerin %92,2'sinin ya çok az sigara kullandıkları ya da hiç sigara kullanmadıkları gözlenmiştir. Ayrıca KKH geliştirmelerinde sigaranın hiç önemli olmadığını söyleyenlerin %86,3'ünün de aynı şekilde ya çok az sigara kullandığı ya da hiç kullanmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmacılar, KKH için sigaranın bir tehdit olarak algılanması ile kişilerin sigara kullanımları arasında herhangi bir ilişki tespit edilemediği sonucuna varmışlardır. Ancak söz konusu çalışmada, KKH tanısı ile ilişkili olabilecek sigaraya yönelik atıflar dışındaki risk etmenlerinin dağılımı kontrol edilmemiştir. Bu ilgili karıştırıcı değişkenlerin

kontrolünün yapıldığı farklı bir araştırmada, farklı sonuçlar elde edilebilir gibi görülmektedir.

Iowa’da, ileriye yönelik gözlemsel takibin hedeflendiği bir araştırmada, akut koroner sendrom sonrası 83 katılımcı, KVVH risk faktörlerine yönelik modifikasyonu hedef alan bir gözlem birimince takip edilmiştir. İlk etapta yüz yüze gerçekleştirilen görüşmeden üç ay sonra yapılan telefon görüşmelerinden elde edilen veriler, iskemik kalp hastalığına yönelik algılanan duyarlılık puanlarının düştüğünü, sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik algılanan yararın artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, katılımcılar, riskli sağlık davranışlarına yönelik değişime daha da hazırdılar: Daha az sigara içiyorlardı ve daha fazla meyve ve sebze tüketimi söz konusuydu. Araştırmacılar, risk altındaki kişilerin bu tip gözlemlerle anlık müdahalelere maruz kalmasının, iskemik kalp hastalığına yönelik sağlık inançlarını ve riskli sağlık davranışlarını modifiye edebileceğini öne sürmektedir (Katz ve ark., 2009).

Mahalik ve Burns’ün (2011) ortaya koydukları çalışma, SİM varsayımlarını doğrular niteliktedir. Boston’da, Northeastern Üniversitesi’nde okuyan 161 öğrenci (138 erkek, 23 kadın) ile yaptıkları araştırmada, katılımcılar, sağlık inançlarına, erkeksiliğe ve kalp sağlığına ilişkin davranışlara (örn., egzersiz, alkol ve tütün kullanımı, tıbbi kontrol, diyet) yönelik ölçümleri elde eden ölçekler doldurmuştur. KKH’ye yönelik sağlık davranışlarını yararlı bulan, bunların yerine getirilmesinde daha az engel algılayan ve KKH’ye yönelik doğru bilgiye sahip olan kişilerin, bahsi geçen KKH’ye yönelik sağlık davranışlarını daha çok ortaya koydukları tespit edilmiştir. Bununla birlikte, KKH’ye yönelik algılanan ciddiyetin artmasının KKH’ye sağlıklı davranışları artıracağına dair hipotez desteklenmemiştir. Sonuç olarak çok sayıda araştırmada da bulgulandığı gibi, algılanan ciddiyet boyutunun bu verileri, literatür bağlamında şaşırtıcı görülmemelidir.

İnvazif kardiyovasküler uygulamalar, başta sigarayı bırakmak olmak üzere, yaşam tarzı değişiklikleri için önemli dönüm noktaları olabilmektedir. Çalışmada yer alan 76 kadının (yaş ortalaması 56) üç ay süreyle takip edilmesini içeren bu çalışmanın amacı, SİM odaklı bir bakışla, sigara bırakma davranışını öngörebilen faktörlerin

belirlenmesidir. Başlangıçta sigarayı bırakmaya yönelik bağlılık, sigarayı bırakma, KVH ve olası prosedürlere yönelik algılanan tehditler, sigarayı bırakmaya yönelik öz etkinlik, sigarayı bırakmaya yönelik algılanan engeller ve yararlar, eylemsel ipuçları ve motivasyon boyutlarına ilişkin veriler elde edilmiştir. Başlangıç noktasında, sigarayı bırakmaya yönelik düşük algılanan engel, yüksek öz etkinlik ve bırakmaya yönelik yüksek motivasyon, sigarayı bırakma bağlılığındaki varyansın %67'sini açıklamaktadır. Üç ay sonraki analizlerde ise, 54 kadından sadece 8'inin sigarayı bıraktığı bulgulanmıştır. Bununla birlikte kadınlar, başlangıç noktasına göre daha az sigara içmektedirler. Üç ay sonunda, sigara bırakmanın yordayıcıları olarak yüksek öz etkinlik ve düşük KVH tehdidin görülebileceği tespit edilmiştir. SİM varsayımları ve araştırmacıların beklentileri ile çelişen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir: Sigarayı bırakmaya yönelik bağlılık, motivasyon ve öz etkinlik puanları yüksek olmasına, KVH'ye yönelik algılanan tehdit puanları yüksek olmasına ve sigarayı bırakmaya yönelik algılanan engel puanlarının düşük olmasına rağmen, kadınların çoğu kalp kateterizasyonu işleminden sonra sigara içmeye devam etmiştir (Moore ve ark., 2013).

Bölüm başlığına ilişkin değinilecek son çalışmada, sigara bırakma durumunun incelenmesi gözetilerek koroner arter hastalığı (53 kadın, yaş ortalaması 55) ya da koroner arter hastalığı risk faktörlerine sahip (107 kadın, yaş ortalaması 45) günlük-düzenli sigara içen kadınlar, Teksas'ta uygulanmak üzere, iki program grubuna rastgele atanmıştır: İlki baş etme stillerini içeren Nüksü Önleme Programı; diğeri ise, SİM bazlı eğitim ve tedavi yönelimli programdır. Öz etkinlik, bahsedildiği gibi, çok sayıda araştırmada önemli bir değişken olarak çalışılmıştır; özellikle sigarayı bırakma konusunda, başat değişkenlerden biridir. Bu deneysel çalışmada vurgulandığı gibi sigarayı bırakmaya yönelik düşük öz etkinlik puanlarına sahip kadınlar için baş etme stillerini içeren Nüksü Önleme Programı, SİM bazlı eğitim ve tedavi yönelimli programa kıyasla daha başarılı olmuştur. Araştırmacılar, beklentileri doğrultusunda ortaya konulan bu sonuç için, SİM bazlı bileşenlerle ilgilenmekten ziyade, kişilerin, yüksek riskli sağlık davranışları ile karşı karşıya kaldığı durumlarla sigara ile baş etmekten başka alternatif baş etme stillerini öğrenmelerinin daha faydalı olacağını öne sürmektedirler. Programlar arası farklılıklardan başka, her iki grup (hastalık/risk grubu) arasında da anlamlı farklılıklar söz konusudur: Koroner arter hastalığı olan

kadınların, başlangıçta, sigara kullarımlarına bağlı olarak algılanan duyarlılık puanları yüksek düzeyde olmasına rağmen, algılanan ciddiyeť puanları, risk grubundaki kadınlara göre daha azdır. Ayrıca, koroner arter hastalığı tanısı olan kadınların, diğer grupla karşılaştırıldığında, sigarayı bırakmaya yönelik algıladıkları yarar puanları daha düşüktür. Sigaranın zararlarını çoktan görmüş olduklarına inandıkları için geleceğe yönelik algılanan duyarlılıkları yüksek olmakla birlikte, tehdit algısını düşürecek herhangi bir eylemi yapmaktan da uzak durmaktadırlar (Schmitz ve ark., 1999).

Sonuç olarak lkemizde, KVH grubu içinde SİM bileşenlerinin sigara kullanımı ile ilişkisini araştıran herhangi bir araştırmaya rastlanılmadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte, ilgili başlıkla dolaylı ilişkisi olan az sayıda alışma, SİM bileşenlerinden algılanan engel ve öz etkinlik boyutlarının sigarayı bırakma ve bırakmak için polikliniğe başvurma davranışları ile ilişkisi tespit edilemezken; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyeť ve algılanan yarar boyutlarındaki puan artışının, sigarayı bırakmak için polikliniğe başvurma sıklığındaki artış ile pozitif yönde ilişkisi tespit edilmiştir (Gncan, 2019; Kurcer ve Erdoęan, 2020). Uluslararası literatür ise, başlıkla ilişkili doğrudan veriler sunmaktadır. Bu veriler de SİM bileşenlerinden öz etkinlik boyutunun sigara kullanımı ile ilişkisini ön plana çıkarmaktadır. Çok sayıda araştırma, öz etkinlik puanlarındaki artışın sigarayı bırakma ya da azaltma ile ilişkisini ortaya koymuştur (Bakker, 2015; Heshmati, 2018; Winham ve Jones, 2011). Bununla birlikte, öz etkinlik ile sigara bırakma arasındaki ilişkiyi tespit edemeyen araştırmalar da söz konusudur (Moore ve ark., 2013). Tüm bu veriler, hem ulusal hem de uluslararası literatürün, SİM ile sigara kullanımı arasındaki ilişkide tutarlı ve istikrarlı bir tablo sunamadığı sonucunu doğurmaktadır.

Bu noktaya kadar, KVH grubunda, sigara kullanımı ile sağlık inançlarının ilişkisini ortaya koymaya alışan, Türkiye ve dünyada yer alan araştırma bulgularına yer verilmiştir. Sıradaki başlık altında, önce “Kişilik” başlığı içerisinde kısa bir girizgâh yapılacak, daha sonra kişilik ve KVH ilişkisine dair mevcut araştırmalara değinilecek ve son olarak da yine aynı şekilde bu kez, KVH popülasyonunda, kişilik özellikleri ile sağlık inançlarının ilişkisini hedefleyen araştırma bulguları sunulacaktır.

1.3. Kişilik

Ülkemizde, KVH ve kişilik özellikleri ilişkisini araştıran az sayıdaki tez çalışmasında daha çok A-Tipi Davranış Örüntüsü (ATDÖ) ve D-Tipi Davranış Örüntüsü (DTDÖ) üzerinden ilişkilendirmeyi hedef alan hipotezler göze çarpmaktadır. Literatürle paralel olarak, daha eski çalışmalarda, ATDÖ çalışmaları ön plana çıkmaktadır. Genel akışa uygun olarak, başlıkla ilişkisi bağlamında, önce Türkiye’deki çalışmalar özetlenecek, daha sonrasında ise, dünyadaki güncel çalışmalar sunulacaktır.

1.3.1. Kişilik ve KVH

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Numune Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan 248 kardiyak hasta (yaş ortalaması 56, 168 erkek, 80 kadın) ve 198 kişiden (118 erkek, 80 kadın) oluşan bir kontrol grubu ile gerçekleştirilen yüksek lisans tez çalışmasında, ATDÖ, atılmanlık, saldırganlık ve sürekli öfke-öfke tarzı olarak kavramsallaştırılmıştır. Ayrıca, Rathus Atılmanlık Envanteri, sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçekleri ve Saldırganlık Envanteri kullanılmıştır. Sonuç olarak, koroner kalp hastalıklar grubunun atılmanlık, saldırganlık ve iç öfke puanları, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulunurken; sürekli öfke ve kontrol öfke puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacı, bu sonucu, KKH grubunun atılman ve saldırgan olmadığı yönünde ve öfke davranışlarını içe atmadığı şeklinde yorumlamıştır. Bu sonuçlarla ilintili olarak ise, sürekli öfke durumlarını kontrol altına aldıkları yönünde sonuca varmıştır (Giray, 1998).

Benzer bir yüksek lisans çalışması, 2007 yılında, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümü’ne ve bir özel hastaneye başvuran, 75’erkek, 87’si kadın, toplam 162 hastadan oluşmaktadır. Kalp damar hastalığı olan grubun, kontrol grubuna göre (çevre illerde yaşayan, 59 erkek, 113 kadın toplam 162 kişi), ATDÖ desenlerinin sıklığının anlamlı düzeyde farklı olduğu ortaya konulmuştur. Bu durum araştırmacı tarafından, ATDÖ’nün kalp damar hastalıkları için bir risk faktörü olduğu

şeklinde yorumlanmaktadır. Ayrıca, hasta grubunun öfke ve öfke indeks puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Eniseler, 2007).

Başka bir yüksek lisans tezi çalışmasında, ATDÖ'nün, iş stresi bileşenlerinden rol yükü ile kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi anlamlı düzeyde biçimlendirdiği gözlenmiştir. Düşük düzeyde ATDÖ, iş ortamında rol yükü ile ilgili algılanan rahatsızlığın, kalp hastalığı olasılığı üzerindeki olumsuz etkisini artırmakta; yüksek ATDÖ gösterenlerde ise, bu ilişki ortadan kalkmaktadır. Bir başka deyişle, yüksek ATDÖ'nün, rol yükü ile kalp hastalığı arasındaki ilişkide tersine tampon etki göstermektedir (Asaroğlu, 2013).

Yine dünya literatürü ile paralel şekilde, güncel çalışmalar, KVH ile DTDÖ üzerine yoğunlaşmaktadır. 2010 yılında ortaya konulan bir yüksek lisans tezinde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, aterosklerotik tanısı almış 100 kişi (73 erkek, 27 kadın, yaş ortalaması 56) ile çalışılmıştır. Ayrıca, herhangi bir tıbbi tanısı olmayan 77 kişi (47 erkek, 30 kadın, yaş ortalaması 55) ise, kontrol grubunu oluşturmaktadır. Katılımcılara, Tip D Kişilik Ölçeği, Mutsuz Kişiler Ölçeği, Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. DTDÖ'nün, olumsuz duygulanım-sosyal inhibisyon şeklinde kavramsallaştırıldığı bu çalışmada, KVH grubunda, DTDÖ prevalansı (%49), kontrol grubuna göre (%24,7) daha yüksek bulunmuştur. Ölçümlenen diğer değişkenler açısından herhangi bir anlamlı fark tespit edilememiştir (Sürgit, 2010).

Pamukkale Üniversitesi öğretim elemanlarının kalp damar hastalıkları riskinin saptanması ve DTDÖ ile ilişkisi başlıklı bir başka yüksek lisans tezinde, 117 kişi (yaş ortalaması 48, 59 kadın ve 58 erkek) çalışmaya katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri anketi ve DTDÖ kişilik ölçeği uygulanmış, kalp damar hastalıkları riskini tespit etmek amacıyla ise de Pooled Kohort risk hesaplayıcı kullanılmıştır. Düşük kardiyak riske sahip 95 kişi, yüksek riske sahip ise, 22 kişi tespit edilmiştir. 35 kişinin ise, DTDÖ'ye sahip olduğu belirlenmiştir. Kardiyak riski

yüksek/düşük iki grup karşılaştırıldığında ise, DTDÖ açısından istatistiksel olarak bir fark bulgulanmamıştır (Arat, 2019).

Dirik ve Şahin (2008), ME geçirmiş bireylerde, kaygı, depresyon, genel psikolojik sıkıntı düzeyleri, kişilik özellikleri ve sosyal destek ilişkisini araştırmıştır. Bu hedefle belirlenen örneklem, Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Bursa Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisinde tedavi gören 78 ME (yaş ortalaması 55 olan, 62 erkek ve 16 kadın) geçirmiş kişiden oluşmaktadır. Kişilik özellikleri için Eysenck Kişilik Anketi, kaygı ve depresyon için, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve psikolojik sıkıntı düzeyleri için ise Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Analizler sonucunda, nörotizm düzeyinin arttıkça kaygı, depresyon ve psikolojik sıkıntı düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Bununla beraber dışadönüklük düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azaltmaktadır. Sonuç olarak yazarlar, ME grubu için, psikolojik sıkıntı durumlarını yordaması açısından kişilik özelliklerinin önemini vurgulamaktadır.

Türkiye’de, kardiyak rehabilitasyon sürecinde olan kişilerin, DTDÖ sıklığını incelemesi bakımından ilk sayılabilecek bir başka araştırmada, otuz seanslık kardiyak programı tamamlayan ve ön/son testlere tabii olan 222 hasta ile çalışılmıştır. Yaş ortalaması 56 olan, 120 kadın ve 102 erkekten oluşan bu hasta grubunun, 99’u hipertansiyon, 23’ü kalp yetmezliği, 89’u koroner arter hastalığı ve 10’u aritmi tanısı ile takip edilmektedir. Sonuç olarak %37,4’ünün DTDÖ’ye sahip olduğu belirlenirken kardiyak rehabilitasyon sonuçlarına dair gösterilen iyileşmenin (kardiyak rehabilitasyondan sonra, işlevsel kapasitede, dayanıklılıkta, yaşam kalitesinde, depresyon puanlarında artış gözlenmiştir) DTDÖ’ye sahip olmak ya da olmamakla bir ilişkisi tespit edilmemiştir (Bilir-Kaya ve Özbilgin, 2019).

Bayar ve arkadaşları, akut koroner sendromlu vakalarda psikososyal risk faktörlerinin önemini vurgulamak amacı ile bu sendromla takip edilen 45 yaş altı grupta, kişilik özellikleri ve koroner arter hastalığı ilişkisini araştırmıştır. 2012-2016 yılları arasında akut koroner sendrom belirtileri ile başvuran ve koroner anjiyografi yapılan 45 yaş ve altında yer alan 139 hasta çalışmada yer almıştır. Gensini skoru 20 ve üzerinde olanlar ‘yaygın koroner arter hastalığı’ (yaş ortalaması 41 olan, 69 erkek

ve 7 kadın), altında olanlar ise ‘daha az yaygın koroner arter hastalığı’ (yaş ortalaması 39 olan, 48 erkek ve 15 kadın) olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır. Eysenck Kişilik Envanteri (psikotizm, dışadönüklük, yalan ve nörotizm) kullanılarak ölçülen kişilik boyutlarında, yalnızca psikotizm boyutuna dair anlamlı bulgular elde edilmiştir. Gensini skoru 20’inin altında olan grubun psikotizm puanı, Gensini skorunun 20’inin üzerinde olduğu diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (Bayar ve ark., 2017).

Dünya genelinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, önceden de bahsedildiği gibi, özellikle DTDÖ ile KVH ilişkisini araştıran çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu sebeple, sıradaki araştırmalarda, meta analiz çalışmaları özetlenmeye çalışılacaktır. DTDÖ’yü kapsayan çalışmalara geçmeden önce, KVH ile ATDÖ ve hostilete özelliklerini inceleyen meta analiz çalışmalarından bahsetmenin, bu alana ait çalışmaların kronolojik olarak nasıl bir seyir izlediğine dair manzarayı ortaya koyması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Keza önceden de ifade edildiği gibi, daha eski çalışmalar, KVH için psikososyal risk faktörleri açısından ATDÖ’yü ön planda tutan bir yaklaşım sergilemektedir.

Niteliksel araştırma yöntemlerini kullanarak öfke, hostilete ve KKH arasındaki ilişkileri, ileriye yönelik çalışmalarla inceleyen 19 araştırmanın irdelendiği bir çalışma sonucunda, sağlıklı grupta, öfke ve hostilete boyutlarının artan KVH bulguları ile ilişkisi ortaya konulmuştur. Bununla beraber, öfke ve hostilitenin etkisinin, kadınlara oranla erkeklerde çok daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Öfke ve hostilitenin, KVH grubunda, düşük prognoz ile negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. (Chida ve Steptoe, 2009).

Bir başka meta analiz çalışmasında, DTDÖ ile majör kardiyak bulgular, sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ve KVH biyokimyasal belirteçler arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Toplamda 2903 hastanın yer aldığı çalışmada, sağlığa ilişkin yaşam kalitesi verilerine ulaşılan 1263 hasta ve biyokimyasal belirteçleri elde edilebilen 305 hasta yer almıştır. Yapılan analizler sonucunda, DTDÖ puanları arttıkça olumsuz majör kardiyak bulgularda da artış tespit edilmiştir. Ayrıca, DTDÖ puanları ile yaşam kalitesi puanları negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkilidir (O’Dell ve ark., 2011).

DTDÖ'nün olumsuz duygulanım ve sosyal inhibisyon şeklinde kavramsallaştırıldığı düşünüldüğünde, olası psikopatolojiler ile ilişkisi de önem kazanmaktadır. Bu öneme vurgu yapan bir meta analiz çalışması sonuçlarına göre, on çalışmanın sekizinde depresyon seviyesi arttıkça akut koroner sendrom sonrası ilaç tedavisine uyum düzeyi düşmektedir. DTDÖ ise, iki çalışmada, ilaç tedavisine uyum göstermemekle ilişkili bulunmuştur (Crawshaw ve ark., 2016).

Son olarak, nispeten daha eski tarihli boylamsal araştırmaları (1995-2011) inceleyen bir meta analiz çalışmasında, kriterlere uyan on çalışma ele alınmıştır. Önceki sonuçlara paralel olarak, DTDÖ'nün hem fiziksel sağlık hem de psikolojik sağlık durumları ile anlamlı pozitif ilişki ortaya koyduğu tespit edilmiştir (Versteeg ve ark., 2011).

Bu aşamadan sonra, Büyük Beşli yaklaşımı çerçevesinde KVH ile kişilik özelliklerini inceleyen araştırma bulgularına yer verilecektir.

Akut koroner sendromlu hastalarda, tedaviye yanıt ve depresyon durumlarının kişilik özellikleri ile ilişkisi, boylamsal randomize kontrollü bir çalışmada incelenmiştir. 1152 hastanın 685'i, başlangıç noktasında kişilik değerlendirmelerini tamamlamıştır. Bu grubun 630'u bir yıl sonra takip edilmiştir. Depresyon tanısı almış 294 kişiden 207'si 24 haftalık çift kör Escitalopram (antidepresan) ya da plasebo uygulamasında yer almıştır. Geriye kalan ve sadece tıbbi tedavi alan 87 kişi ve depresyon tanısı olmayan 391 kişi de bir yıl sonra gözlemsel çalışma ile takip edilmiştir. Büyük Beşli Envanteri ile ölçülen kişilik boyutları dirençli ve hassas olarak iki kategoride kavramsallaştırılmıştır. Dirençli grup hassas gruba göre, daha az dışadönük, yumuşak başlı ve sorumluluk sahibi iken, daha fazla nörotik özellikler göstermektedir. İki grup bu açıdan karşılaştırıldığında, 24 hafta süren tedavi sürecinde ve bir yılın sonunda, dirençli grubun daha az depresyon (Hamilton Depresyon Ölçeği) belirtisi gösterdiği tespit edilmiştir (Kim ve ark., 2016).

Baltimore'da, bir takip çalışması projesi bünyesinde (Baltimore Epidemiologic Catchment Area) gerçekleştirilen araştırmada, Büyük Beşli kişilik özellikleri ile KVH

arasındaki ilişki gözlenmiştir. Bu gözlem amacıyla, yaş ortalaması 47 olan, 414 kadın ve 217 erkek, 1993-1996 ve 2004-2005 yılları arasında takip edilmiştir. Zaman içinde 65 kişide KVVH görülmüştür. KVVH tanısı alan grubun yaş ortalaması 56 iken, tanı almayan grubun ise, 46'dır. KVVH tanısı olan ve olmayan iki grup karşılaştırıldığında, KVVH grubunun deneyime açıklık ve dışadönüklük puanlarının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Araştırmacılar, KVVH'yi önleyici faktörler için deneyime açıklık boyutunun diğer değişkenlerden bağımsız şekilde bir koruyucu özelliğinden bahsetmektedir (Lee ve ark., 2014).

İran'da, Büyük Beşli kişilik özelliklerinden biri olan sorumluluk boyutu, öznel iyi oluş ve öz yeterlik inançları ile KVVH arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan boylamsal bir çalışmada, yaş ortalaması 63.57 olan 514 KVVH tanısı olan kişi (%86'sı erkek), dokuz ay arayla iki kez değerlendirilmiştir. İlk aşamada, sorumluluk boyutunun, öznel iyi oluş, kardiyak öz etkinlik ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, kardiyak öz etkinliğin, ikinci aşamada ölçülen sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkide olduğu tespit edilmiştir. Olumlu duygulanım ve kardiyak öz etkinliğin, sorumluluk ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ilişkisinde aracı etkiye sahip olduğu bulgulanmıştır. Yazarlar, özellikle olumlu duygulanım ve kardiyak öz etkinliğini hedefleyen müdahale programların öneminin altını çizmiştir (Tabernero ve ark., 2019).

Avustralya'da ortaya konulan sistematik bir inceleme çalışmasında, inme geçiren katılımcılarda, yine Büyük Beşli kişilik özellikleri ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişki ele alınmıştır. Ek olarak, bu katılımcılardaki olası kişilik değişimleri takip edilmiştir. 6 veri tabanının kullanıldığı bu çalışmada, 11 çalışma incelenmiştir. Bu çalışmaların 9'u, inme sonrası kişilik özellikleri ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi hedeflerken; diğer 2 çalışma ise, inme sonrasındaki kişilik değişimini içermektedir. Analiz sonuçlarına göre, yüksek nörotizm boyutu, zayıf psikolojik iyi oluş ile ilişkilidir. Büyük Beşli'nin diğer boyutları için ise, araştırmacılar verilerin karmaşık olduğunu ileri sürerek tutarlı bir ilişki tespit edemediklerini ifade etmektedirler. İnme sonrası olası kişilik değişimi için incelenen 2 kesitsel çalışma sonucuna göre ise, kişilerin nörotizm boyutunda bir artış (%38-48) gözlenirken, dışa

dönüklük puanlarında ise (%33-40) düşüş tespit edilmiştir. Sonuç olarak, nörotizm puanı yüksek kişilerin inme geçirdikten sonra psikolojik iyi oluşlarında olası bir düşüşten söz edilmektedir. İnme sonrasındaki kişilik değişimine istinaden ise yazarlar, daha temkinli bir yorumda bulunarak daha kapsamlı araştırmalara işaret etmektedirler (Dwan ve Ownsworth, 2019).

Yine Büyük Beşli kişilik özellikleri ve psikolojik iyi oluşun araştırıldığı başka bir araştırmada ise, 286 sağlıklı grup (209 erkek, 74 kadın) ele alınmıştır. Yaşları 18 ila 85 arasında değişken katılımcı grubuna sosyal medya araçları ile ulaşılmıştır. Nörotizm boyutu açısından bir önceki paragrafta yer verilen Dwan ve Ownsworth'ün araştırmalarına benzer sonuçlar elde edilmiştir. Dışadönüklük ve sorumluluk boyutlarındaki artış, psikolojik iyi oluş ile pozitif yönde ve güçlü bir şekilde ilişkili iken; nörotizm ise, negatif yönde güçlü bir ilişki ortaya koymuştur. Uyumluluk ve deneyime açıklık puanlarındaki artış da psikolojik iyi oluşla pozitif yönde fakat zayıf düzeyde bir ilişki göstermiştir (Hicks ve Mehta, 2018).

Belçika'da, yaşları 15 ila 20 arasında değişen ergen popülasyonunda, doğuştan kalp rahatsızlığı olan 364 kişi, kronik hastalığı olmayan 418 kişilik kontrol grubu ile Büyük Beşli kişilik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Sadece daha düşük dışadönüklük puanları olmaları açısından farklılık göstermiştir (Rassart ve ark., 2013).

Sonuç olarak, kişilik ve KVH ilişkisini doğrudan hedefleyen az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bunlar arasında eski tarihli çalışmalar daha çok A-Tipi Davranış Örüntüsü (ATDÖ) ve KVH arasındaki ilişkiyi incelerken (Giray, 1998; Eniseler, 2007), daha yakın tarihli çalışmaların ise, D-Tipi Davranış Örüntüsü (DTDÖ) ve KVH ilişkisini ortaya koymaya yönelik olduğu söylenebilir (Sürgit, 2010; Arat, 2019; Bilir-Kaya ve Özbilgin, 2019). Bununla beraber, araştırmamızda Büyük Beşli kişilik özellikleri incelenmiştir. Büyük Beşli ile KVH arasındaki ilişkiye dair net bir paternin tespit edilemediği söylenebilir. Araştırmalar, nörotizm boyutunun KVH için risk faktörlerinden biri olduğunu gösterse de bunu tekzip eden ve örneğin düşük deneyime açıklık ve dışadönüklük puanlarının KVH ilişkisini vurgulayan araştırmalar da mevcuttur (Dwan ve Ownsworth, 2019; Lee ve ark., 2014).

Kişilik ve KVH arasındaki ilişkileri çalışan araştırmaların özetlendiği bu başlığı sonlandırırken sıradaki başlığın yine KVH’de kişilik özelliklerini içerdiğini fakat bu kez, kişilik özelliklerinin KVH için en büyük risk faktörlerinden biri olan sigara kullanımını etkileyen yönüne vurgu yapan araştırmaların yer alacağını belirtmek gerekmektedir.

1.3.2. KVH’de, Sigara Kullanımına Kişilik Özelliklerinin Etkisini Araştıran Çalışmalar

Sigara kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkide ön plana çıkan özellikler olarak başta nörotizm olmak üzere, dışadönüklük ve sorumluluk boyutlarından bahsedilebilir. Az sayıda çelişkili bulgulara rastlanılmakla birlikte, ilgili literatür, yüksek nörotizm ve dışadönüklük ile düşük sorumluluk boyutlarını sigaraya başlama ve sigara içmeye devam etme/bırakmama davranışları için risk faktörleri olarak ileri sürmektedir.

Hem nörotizm hem de dışadönüklük boyutundaki artışın, sigara kullanımı ile ilişkili olduğunu ortaya koyan meta analiz çalışmasına (Munafo ve ark., 2007) ek olarak nörotizm ve dışadönüklük ile sigara kullanımının güçlü ilişkisinin genetik nedensel açıklamaları üzerine yapılan bir çalışmada ise, yüksek nörotizm ve dışadönüklük özelliğinin, belirli sigara içme fenotipleri ile birlikte görüldüğüne dair genetik bulgular tespit edilmiştir (Sallis ve ark., 2019). Benzer bulgulara işaret eden başka bir çalışmada ise, sigara içenlerin hiç içmeyenlere göre daha yüksek nörotizm, daha az uyumluluk ve sorumluluk puanlarına sahip olduğu bulgulanmıştır (Terracciano ve Costa, 2004).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, 2006 yılında, üniversite öğrencilerinden oluşan 583 kişi ile yapılan bir çalışmada, Büyük Beşli kişilik özellikleri ile sağlık davranışları (örn., kemer takma, uyku, egzersiz, kondom kullanımı) arasındaki ilişki incelenmiştir. Sorumluluk düzeyleri yüksek olan kişilerin diğer Büyük Beşli bileşenleri ile karşılaştırıldığında, kemer takma, daha az alkol tüketme, daha fazla egzersiz yapma, daha düzenli uyuma ve daha fazla meyve/sebze tüketimi gibi istendik

sağlık davranışları açısından daha avantajlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, bu grup, diğer gruplara oranla daha az sigara tüketmektedir. Sonuç olarak Sorumluluk ve dışadönüklük boyutunun istendik sağlık davranışları ile yakından ilişkisine dikkat çekilmiştir. (Raynor ve Levine, 2009).

Japon örneğinde, yaş ortalaması 51 olan, 20.538 (8955 erkek ve 11583 kadın) kişilik genel bir popülasyonla yapılan çalışma, sigara kullanan bireyler arasında, sigaraya başlama yaşı ve günlük kullanılan sigara miktarı ile kişilik özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla ortaya konulmuştur. Kişilik özelliklerinin Eysenck Kişilik Envanteri vasıtası ile ölçülen bu kesitsel araştırma sonuçlarına göre yüksek dışadönüklük ve yüksek psikotizmin, sigara kullanmayanlarla karşılaştırıldığında, geçmişte ve şu an sigara kullanan grupta daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Arai ve ark., 1997).

Yukarıda yer verilen çalışmaların çoğunda gözlenen kişilik özellikleri ve sigara kullanımı arasındaki tutarlı ilişkiyi ortaya koymayan az sayıda da olsa araştırma söz konusudur. Söz gelimi, dışadönüklük, nörotizm ve hostilete boyutlarının ele alındığı başka bir çalışmada, sigarayı bırakma ile kişilik özellikleri arasında ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte, sigara kullanan kişilerin, daha yüksek dışadönüklük, nörotizm ve hostilete puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (van Loon ve ark., 2005). 7 kohort araştırmasını kapsayan, 76.150 kişinin analize dâhil edildiği, bir meta analiz çalışmasında, Büyük Beşli bileşenlerinden yalnızca, düşük düzeyde sorumluluk boyutunun diğer gruplara göre 1,4 kat daha ölüm riski oluşturabileceği tespit edilmiştir (Jokela ve ark., 2013). Başka bir meta analiz çalışmasında, düşük sorumluluk ve uyumluluk boyutları ile yüksek nörotizmin sigara kullanımı ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi ortaya konulmuştur. Dışadönüklük ile ilişkisi ise, çelişkilidir. Keza, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde, sigara kullananların, kullanmayanlara oranla daha yüksek dışadönüklük özelliği sergiledikleri tespit edilirken, bu sınırlar dışındaki örnekleme, böyle bir ilişki söz konusu değildir (Malouff ve ark., 2006).

Sigara kullanımını teşvik eden önemli bir eylemsel ipucu olarak sosyal çevre ve akranlar gösterilebilir. Bu amaçla Hsieh ve Kippersluis (2018) boylamsal bir

Çalışma planı ortaya koymuşlardır. 132 farklı okuldan, yaşları 7 ila 12 arasında değişen, yaklaşık 90.000 ğrenci ile çalışmaya başlamışlardır. 1994-2008 yılları arasında dört aşamalı bir çalışmanın sonucunda, 9784 ğrenci üzerinde analizler gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak yüksek sorumluluk boyutuna sahip kişilerin, duygusal dengesizlikle daha iyi başa çıkabildikleri için sigara kullanımına yönelik baskıya karşı daha dirençli olabilecekleri ortaya konulmuştur.

Başka bir boylamsal çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan yetişkinler arasında, Büyük Beşli kişilik özellikleri ve sigara kullanımı arasında ilişki hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, ilk ölçümleri 1995-1996, ikinci ve son ölçümleri 2005-2006 yıllarında yapılan 2101 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir. Sigara kullanımının artışı, yüksek nörotizm ve deneyime açıklık boyutları ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, sorumluluk puanlarındaki artışın, zamanla sigara içme davranışının azalması ve sigara içmeye direnme ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Araştırmacılar, kişilik özellikleri ve sigara kullanımı arasındaki ilişkinin önemini bir kez daha ortaya koyduklarını ve bununla beraber, özellikle, nörotizm boyutunun sigara kullanımı ile ilişkisinin yüksek bir tutarlılık sergilediğinin önemine işaret etmiştir (Zvolensky ve ark., 2015). Bu boylamsal çalışmaya benzer başka bir çalışmada, yakın sonuçlar elde edilmiştir: 20 yıllık bir izlemede, sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre daha nörotik, daha az sorumluluk sahibi, daha az dışadönük, daha az uyumlu ve daha az deneyime açık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, sigara kullanımında ısrar edenlerle karşılaştırıldığında, bırakanların uyumluluk puanları daha düşüktür (Stephan ve ark., 2019).

Bu kısımdan itibaren, KVH grubunda, kişilik ve sigara kullanımını inceleyen araştırma bulgularına yer verilecektir.

Kişilik zellikleri ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi, hayatlarında ilk kez kalp krizi geçirmiş bireyler üzerinden irdelemeyi hedefleyen bir araştırmanın başlangıç noktasında, 260 kalp krizi geçirmiş birey yer almıştır. Bu bireyler arasında sigara kullananlar, sigarayı bırakma hususunda, doktorlardan tavsiye almışlardır fakat herhangi bir eğitim ya da uygulama programına dâhil edilmemişlerdir. 5 ay sonra gerçekleştirilen ikinci ölçümlerde, 204 kişi araştırmaya katılım sağlamıştır.

Araştırmanın dışında kalan grubun %21,4'ü vefat ettiği için, %62,5'i daha fazla devam etmek istemediği için ve %16,1'i ise, çeşitli başka sebeplerden (diğer fiziksel ve psikolojik sorunların eşlik etmesi ile) dolayı araştırmaya dâhil olmamıştır. Son aşamada araştırma verileri, 164 katılımcı üzerinden analiz edilmiştir. Hiç sigara kullanmayanlar 90 kişi, kalp krizi geçirdikten sonra bırakanlar, 45 kişi ve kalp krizinden 5 ay sonra da kullanmaya devam edenler 29 kişi idi. Bu üç grup arasında cinsiyet ve bir partnere sahip olma açısından aralarında anlamlı bir fark söz konusu değildi. Hiç sigara kullanmayanlar, diğer iki gruba göre, ortalamalar karşılaştırıldığında yaklaşık 10 yaş daha yaşlıydı. 5 aylık süre sonunda, 3 aylık kardiyak rehabilitasyon programı uygulanmış ve sonrasında genel olarak sigara kullanımının azaldığı tespit edilmiştir. Fakat sigara davranışları ile hostilite arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Bununla birlikte yüksek düzeyde anksiyete ve depresyona sahip kişilerin, sigara içmeye devam etme eğiliminde olduğu bulgulanmıştır (Huijbrechts ve ark., 1996). Bahsi geçen araştırmayı destekler nitelikte kalp krizi geçirmiş 231 kişi ile yapılan 3,5 yıllık bir takip çalışmasında, DTDÖ irdelenmiştir. Araştırmanın başında elde edilen verilere göre, 78 kişi DTDÖ grubunda sınıflandırılmıştır. Bu grubun 55'i sigara kullanırken 23 kişi sigara kullanmamaktadır. DTDÖ grubunda sınıflandırılmayan 153 kişinin ise, sadece 18'i sigara kullanmaktadır. Sonuç olarak DTDÖ grubunda olanların, hem daha çok sigara içtikleri hem de sigarayı bırakmada daha çok zorlandıkları ortaya konulmuştur (Imbalzano ve ark., 2018). İzlandalı KVH tanısı olan kişiler ile yapılan kesitsel bir çalışmada da hastalık sonrası süreçte, DTDÖ'ye sahip kişilerin daha çok sigara içtikleri tespit edilmiştir (Svansdottir ve ark., 2012).

İsveç'te, ME geçirmiş kişileri, 2002-2005 yılları arasında takip eden bir başka çalışmada, başlangıçta 323 kişinin (yaş ortalaması 59, %73'ü erkek ve %27'si kadın) %46'sı sigara kullanmaktayken, ME sonrası, iki yıl sonraki değerlendirmelerde bu oranın %44'e indiği bulgulanmıştır. Yine başlangıçta, sigara içenlerin içmeyenlere göre daha yüksek nörotizm ve daha düşük uyumluluk puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir. Sigara içmeye devam etmenin ise, düşük uyumluluk boyutuna sahip olmak ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Schlyter ve ark., 2016).

42 yıllık (1967-2012) randomize, kontrollü bir takip çalışmasında, başlangıç aşamasında (1967-1970), Londra’da yaşayan, yaş aralığı 40-69 arasında olan, 19,019 erkek devlet memuru çalışmaya dâhil edilmiştir. Kan basıncı, beden kitle indeksi, akciğer işlevleri, sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, fiziksel aktivite düzeyi gibi çok sayıda başlığa dair veriler elde edilmiştir. Kişilik özelliklerine dair veriler ise, güncel olarak sigara kullanan ve araştırma kapsamında sigara bırakmaya yönelik bir programda yer alan bir alt grup üzerinden elde edilmiştir. Sonuç olarak içerisinde, KKH’nin de bulunduğu kronik rahatsızlıklardan (örn. inme, solunum problemleri, kanser gibi) mustarip 832 kişiden 781’inin vefat ettiği gözlenmiştir. Bununla birlikte, ne dışadönüklüğün ne de nörotizmin uzun vadeli ölüm oranları ile ilişkisi tespit edilememiştir. Ancak nörotizm ve dışadönüklük puanlarının artışının, sigara içmeye devam etmeye düşük de olsa anlamlı katkısı olduğu tespit edilmiştir (Batty ve ark., 2016).

Bu kısma kadar ilgili literatürdeki çalışmaların hemen hemen hepsi, kişilik özellikleri ve kronik hastalıkların ‘başlangıcı’ arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yani kişilik özelliklerinin hastalıkların doğuşu ile ilişkisi yakından takip edilmiştir. Weston ve Jackson’ın 2015 yılında ortaya koydukları çalışma ise, bu noktanın önemini inkâr etmemekle birlikte, iki açıdan çok kıymetli görülmelidir: İlki, kronik hastalık tanısı sonrasında ortaya çıkan psikolojik tepkilerin kişilik özellikleri ile ilişkisini ortaya koymaları iken; ikincisi ise, Büyük Beşli bileşenlerinden nörotizm ve sorumluluk boyutlarından elde edilen ‘sağlıklı nörotizm’ boyutunu, içerisinde KKH grubunun da olduğu kronik hastalıklarda, sigara kullanımına ilişkin analizlerde irdelemeleridir. Bu amaçla 7051 (%58’si kadın) kişiden oluşan örneklem grubuyla geniş çaplı ulusal bir çalışma yürütmüşlerdir. Araştırmanın ana odağı, KKH tanısı alan kişilerin, tanı aldıktan sonra sigara içme davranışlarındaki değişimlerinin Büyük Beşli kişilik özellikleri ile ilişkisini ortaya koymaktır. Katılımcıların 3990’u hipertansiyon, 1641’i diyabet, 1193’ü kanser, 1293’ü akciğer hastalığı, 2364’ü, KKH ve 579’u inme tanısı ile çalışmada yer almıştır. Grubun genelinde sigara kullananların oranı %25,49 iken, , KKH grubunda bu oran %17,34’tür. Yine grubun genelinde yaş ortalaması 60,20 iken, KKH grubunda bu ortalama 69,24’tür. KKH, sigara kullanımı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymadan önce araştırmacılar, nörotizm ve sorumluluk

puanlarının yüksek olduğu kişileri, “sağlıklı nörotikler” olarak kavramsallaştırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, KKH tanısından sonra bu grubun, diğer gruplara göre daha az sigara tükettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, araştırmacılar, bu ilişkinin yalnızca KKH sonrasında belirlediğini, hastalık öncesinde böyle bir ilişkinin söz konusu olmadığını altını çizmiştir (Weston ve Jackson, 2015).

Sonuç olarak sigara kullanımı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkide başta nörotizm olmak üzere, dışadönüklük ve sorumluluk boyutları dikkati çekmektedir. Yüksek nörotizm ve dışadönüklük ile düşük sorumluluk boyutlarının düzenli sigara içme, daha fazla sigara içme ve sigara içmeye devam etme/bırakmama davranışları ile ilişkisi göze çarpmaktadır (Munafo ve ark., 2007; Sallis ve ark., 2019; Terracciano ve Costa, 2004; Raynor ve Levine, 2009; Arai ve ark., 1997; Malouff ve ark., 2006).

Bu bölümde, kişilik özellikleri, KVH ve sigara kullanımı arasındaki ilişkileri çeşitli düzlemlerde çalışan araştırmaların oluşturduğu Türkiye ve dünya literatürü kısaca özetlenmiştir. Sıradaki bölümde, bahsi geçen ilişki ağı içerisinde, sağlık davranışlarının önemli bir yordayıcısı olarak kabul edilen sağlık inançlarının da yer aldığı araştırmalar özetlenmeye çalışılacaktır.

1.4. Sağlık İnançları ve Kişilik

1.4.1. KVH’de, Sağlık İnançları ve Kişilik Özelliklerinin Etkisini Araştıran Çalışmalar

Sağlık inançları ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi, KVH örnekleminde çalışan araştırma sayısı, diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında çok daha azdır. O yüzden bu bölümde, önce, diğer tanı grupları üzerinde yapılmış çalışmaların bulguları özetlenecektir. Örneğin bu çalışmaların birinde, kolorektal kanser tanısı aldıktan sonraki 1-10 yıl aralığında takip edilen 3977 hastanın 750’sinin DTDÖ kategorisinde yer aldığı tespit edilmiştir. DTDÖ kategorisinde yer almayan diğer grupla karşılaştırıldığında, bu grup, hastalıklarının daha ciddi sonuçları olduğunu düşünmekte, daha uzun süreceğini kestirmekte ve hastalıkla ilgili çok daha fazla

semptom deneyimlemektedir. Yazarlar, DTDÖ'nün doğası gereği bu gruptaki kişilerin bedensel semptomlara karşı farkındalıklarının yüksek olabileceği ve özellikle hastalığın nüks etme ihtimaline karşı bedenlerini tarama becerilerinin gelişmiş olabileceğine işaret etmektedirler. Hastalık algıları da incelenmiştir: %23,3'ü hastalıklarının sebebini 'bilinmez' olarak düşünmekte, %20,3'ü kalıtsal atıfta bulunmakta, %15,1'i yaşam tarzı ile ilişkilendirmekte, %11,9'u ise psikolojik stres ile özdeşleştirmektedir (Mols ve ark., 2012).

Tüberküloz hastası olan, yaş ortalaması 49,5, %50,9'u kadın 911 katılımcıdan oluşan yetişkin Japon örnekleminde yapılan kesitsel bir araştırmada, SİM bileşenlerine ek olarak, algılanan engel puanlarının algılanan yarar puanlarından çıkarılması sonucu elde edilen "algılanan net yararlar" boyutu kavramsallaştırılmıştır. Tüberküloza ilişkin önleyici davranışları yordaması açısından hem SİM bileşenleri hem de Büyük Beşli boyutları incelenmiştir. Nörotizmin, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, eylemsel ipuçları ile pozitif; "algılanan net yararlar" ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların uyumluluk puanları ile "algılanan net yararlar" pozitif yönde anlamlı ilişki ortaya koyarken, algılanan duyarlılık puanları ile negatif yönde anlamlı ilişki ortaya koymuştur. Araştırmacılar, tüberkülozu önleyici sağlık davranışlarının sadece algılanan duyarlılık ile ilişkili olmadığını, eylemsel ipuçları gibi sosyal faktörler ile de yakından ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu nedenle hem kişisel özelliklerin hem de kişiler arası ilişkilerin önemi, önleyici davranışları oluşturmada kritik öneme sahiptir (Yoshitake ve ark., 2019).

Yine SİM bileşenleri ile Büyük Beşli bileşenlerinin incelendiği bir başka araştırmada, organ nakli yapılan kişiler araştırmaya tabii tutulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bu çalışmada, ergen ve gençlerden oluşan 90 kişilik katılımcı grubunun %58'i kadın iken, yaş ortalaması ise, 17,31'dir. Tedaviye uyum sürecini engelleyen faktörlerin varlığı ile ilgili Büyük Beşli ile ölçülen kişilik özellikleri arasındaki ilişkide, anlamlı bulgular söz konusudur. Söz gelimi, tedaviye uyumu bozan engellerle kişilik özellikleri ilişkili iken; aynı zamanda, engel türleri ile kişilik özellikleri arasında da belirli bir ilişki tespit edilmiştir. Düşük yumuşak başlılık ve sorumluluk boyutu ile yüksek düzeyde nörotizm, yüksek engel algısı ile ilişkilidir.

Total engel, hastalık engeli ve prosedürlere ilişkin engel olmak üzere üç kategoride değerlendirilen engel türleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, sorumluluk ve nörotizm boyutlarının total engel algısı (negatif yönde) ile ilişkili olduğu, yalnızca nörotizmin hastalık engeli ile ilişkili olduğu (pozitif yönde) tespit edilmiştir. Kişilerin yumuşak başlılık ve sorumluluk puanlarının arttıkça, tedavi prosedürlerine yönelik engel algıları ise düşmektedir (Quast ve ark., 2020).

Tıbbi tanısı olan ve olmayan iki grubu karşılaştırmak amacıyla Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise, kişilerin sağlık durumlarını algılayışları ile kişilik özellikleri incelenmiştir. Tıbbi problemi olduğunu belirten kişilerde (sağlık durumunu 'iyi' olarak belirten 1457 kişi ile 'kötü' olarak belirten 1315 kişinin yaş ortalamaları sırasıyla; 49 ve 46'dır), uyumluluk, deneyime açıklık, dışadönüklük ve sorumluluk boyutlarındaki artış, sağlık durumlarının iyi olduklarına dair görüşteki artış ile ilişkili gözükmektedir. Fakat nörotizm boyutu için tam tersi düşünebilir: Kişilerin nörotizm puanı düştükçe, sağlık durumlarını iyi şekilde görme eğilimleri artmaktadır. Herhangi bir tıbbi sorunu olmadığını belirten kişiler için ise (sağlık durumunu 'iyi' olarak belirten 574 kişi ile 'kötü' olarak belirten 260 kişinin yaş ortalamaları sırasıyla; 46 ve 41'dir), sonuç tamamen ters yöndedir: Kişilerin uyumluluk, deneyime açıklık, dışadönüklük ve sorumluluk boyutlarındaki düşüş, sağlık durumlarının kötü olduklarına dair görüşteki düşüş ile ilişkili gözükmektedir. Yine bu grupta, nörotizm puanları arttıkça, kişilerin sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirme eğilimleri de artmaktadır. Sonuç olarak kişilerin sağlık algılarının, tıbbi problemi olsun ya da olmasın, kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. (Goodwin ve Engstorm, 2002).

Bu noktaya kadar, KVH dışında yer alan örneklemelerin ele alındığı çalışmalar, kişilik ve sağlık inançları ilişkisi bağlamında ele alınmaya çalışıldı. İki değişken arasındaki ilişkiyi KVH grubunda çalışan araştırmaların sayısının az olduğu önceden de belirtilmişti ve sırada, bu görece az sayıda araştırma özetlenmeye çalışılacaktır.

KVH hastalarında, kişilik özellikleri ile tedaviye uyum arasında öz yeterlik boyutunun aracı etkisini araştıran, ileriye yönelik ve gözlemsel özellikler içeren bir çalışmada, akut koroner sendrom tanısı ile Güney Londra'da yer alan St. George

Hastanesi'ne yatırılan 165 katılımcının (yaş ortalaması 61,62 ve %16'sı kadın), hastaneye yatışından üç hafta sonra, DTDÖ, hastalığı yönetmeye dair öz yeterlik ve tıbbi uyum boyutları ölçülmüştür. 118 hastanın ise, altı ay sonra tıbbi uyum boyutları yeniden ölçülmüştür. Hastaların %30'unun ise, DTDÖ'ye sahip bireyler olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, yüksek DTDÖ ile düşük tedaviye uyum ilişkisinde, düşük öz yeterliğin aracı etki gösterdiği tespit edilmiştir. Yani kişilerin düşük tedaviye uyumunu etkileyen faktör, literatürde sıklıkla bulgulandığı gibi, DTDÖ değil, kişilerin sahip oldukları düşük öz yeterlik durumudur (Molloy ve ark., 2012).

Yine DTDÖ'nün incelendiği bir araştırmada, Edinburg'da bir hastanede yatan 192 ME geçirmiş katılımcı yer almıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 66 iken, %28'si ise kadındır. Katılımcılara hastalık algıları, DTDÖ (Tip D Skalası-D14) ve demografik bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. ME geçiren kişiler içerisinde DTDÖ'ye sahip hastalar, hastalıklarının daha ciddi sonuçları olduğunu, daha az kontrol edilebilir olduğunu, hastalığa ilişkin sonuçların daha uzun süreceğini ifade etmekle birlikte; hastalıklarına ilişkin, diğer gruba göre, çok daha fazla semptom dile getirmektedir. Ayrıca, yine bu grubun hastalıklarına ilişkin algılanan duyarlılıkları ve duygusal deneyim aktarma eğilimleri daha fazla iken; yine diğer gruba göre, hastalıklarını anlaşılır (makul) bulmaya daha az eğilimli oldukları tespit edilmiştir (Williams ve ark., 2011).

DTDÖ'nün ME sonrası bir risk faktörü olduğunu ortaya koyan bir çalışmada, yaşları 41 ila 69 arasında değişen (ortalama 51), 6 kadın, 81 erkekten oluşan 87 kişilik hasta grubu, 6-10 yıl aralığında takip edilmiştir. 13'ü ölümcül olmak üzere, 21'i herhangi bir kardiyak durum ile karşılaşmıştır. DTDÖ grubundakilerin, diğer gruba göre daha fazla kardiyak bir durum ile karşılaştığı tespit edilmiştir (Denollet ve Brutsaert, 1998).

Koroner arter hasta grubunda yapılan çalışma da DTDÖ'nün bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Kore'de bulunan bir hastanede yatan, 109'u erkek 33'ü kadın 142 kişi ile yapılan bu araştırmada, DTDÖ'nün sağlık kontrolüne gitmek (koroner takip) ile ilişkisinde, sağlık algısının aracı etkisi araştırılmıştır. Sağlık algısı toplam puan olarak hesaplanmış olup; hastalık sonuçları, kişisel kontrol, tedavi

kontrolü, endişe, anlama ve duygusal tepkilerden oluşmaktadır. Önceki araştırmalara paralel olarak DTDÖ'ye sahip olanların sağlık algısı ve sağlık davranış puanları daha düşüktür. Ayrıca, kişilerin sağlık algılarındaki artış, sağlık davranışı arasındaki artış ile yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlıdır. Aracı etki bulgularına göre ise, sağlık algısı kontrol edildiğinde, DTDÖ ile sağlık davranışı arasındaki ilişki anlamlı olmamaktadır. Bu sebeple, DTDÖ ile sağlık davranışı arasındaki ilişkide sağlık algısının aracı etkiye sahip olduğu söylenebilir (Kwon ve Kang, 2018).

Yaşları 40 ila 86 arasında değişen, aralarında KKH da olan çeşitli hastalıklara sahip 312 kadın ile yapılan araştırmada, en çok ön plana çıkan sonuçlardan biri, nörotizmin KKH'ye yönelik artan algılanan duyarlılıkla pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkisidir. Algılanan duyarlılık, dışa dönüklük ve uyumluluk boyutlarıyla negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişkiler ortaya koyarken; sorumluluk ve dışadönüklük boyutları ile herhangi bir ilişkisi tespit edilememiştir (Gerend ve ark., 2004).

Sonuç olarak, ilk etapta, kişilik ve sağlık inançları ilişkisini KVH dışındaki tanı gruplarında çalışan araştırmalara yer verilmiştir. Daha sonrasında ise, aynı ilişki, KVH tanı grubu için özetlenmiştir. Sıradaki bölüme geçmeden önce ise, her iki popülasyonda yapılan çalışmaların benzerlik ve farklılıklarına kısaca vurgu yapılacaktır.

KVH ile diğer tanı gruplarını temsil eden örneklemelerin yer aldığı çalışmalar kabaca karşılaştırıldığında, her iki grup için de kişilik özelliklerini inceleme amacıyla DTDÖ'nün sıklıkla çalışıldığı göze çarpmaktadır. Bununla birlikte ilgili literatürde Büyük Beşli bileşenlerinin de içerisinde bulunduğu çalışma sayısı oldukça fazladır. SİM bileşenlerinin her birinin Büyük Beşli bileşenleri ile ilişkisini ortaya koymaya yönelik de genel bir eğilim söz konusudur. İlgili literatür biraz daha detaylı incelendiğinde, DTDÖ'nün özellikle kanser çalışmalarında önemli bir değişken olduğu, KVH tanı grubunda da sıklıkla çalışıldığı göz önünde bulundurulmalıdır. KVH ve diğer tanı gruplarının ekseriyetinde hâkim görüş, DTDÖ grubunda yer almanın hastalık süreçleri ile ilgili bir risk faktörü oluşturduğu yönündedir. Örneğin, bu özellik, bu bölümdeki araştırmalarca da özetlendiği gibi, tedaviye uyumu zorlaştırmakta, süreci daha olumsuz algılama eğilimi yaratmakta ve duygusal olarak

çok daha yıpratıcı etkiler bırakmaktadır. Ayrıca, yine her iki tanı grubu için algılanan engel boyutunu ön plana çıkarması nedeniyle istendik sağlık davranışlarının ortaya konulmasını güçleştirmektedir.

Yine bu bölümde bahsedildiği gibi, öte yandan özellikle KVH grubunda yapılan bir çalışmada ortaya konulduğu üzere, DTDÖ'nün tedaviye uyumu doğrudan etkilemediği, asıl aracı değişkenin öz yeterlik boyutu olduğunu öne süren çalışma da özellikle KVH grubu için başka değişkenlerin rolünü akla getirmektedir. Özellikle kişilik ve sağlık inançları değişkenlerini ortaya koyma amacıyla olan çalışmalar için çeşitli kişilik özelliklerinin birleşiminin etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmamızda da yer alan Büyük Beşli kişilik özellikleri açısından nörotizmin sıklıkla bir risk faktörü olduğu gözlenmektedir. Örneğin, düşük nörotizm sağlık algısında iyileşme ile uyumlu gözükmemektedir. Tek başına nörotizm boyutu, çoğu çalışmada hastalık sürecini, tedaviye uyumu, sağlık algısını, algılanan yarar boyutunu olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca algılanan engel boyutu ile pozitif yönde ilişkisi, her iki hastalık grubu için sıklıkla bulgulanmıştır. Bununla birlikte yine her iki grup için düşük yumuşak başlılık ve sorumluluk boyutları da istendik sağlık davranışları açısından bir risk faktörüdür.

Tarihsel olarak bakıldığında, KVH tanı grubu için ATDÖ ile başlayan, kişilik özelliklerinin önemine yapılan vurgu halen devam etmektedir. Diğer tanı grupları ile karşılaştırıldığında, sağlık inançları değişkenlerinden bağımsız, KVH'nin kişilik özellikleri ile ilişkisi çok daha fazla ön plandadır ve güncel çalışmalar daha çok bizim araştırmamızda da olduğu gibi Büyük Beşli bileşenleri ile ilişkisine odaklanmaktadır.

1.5. Amaç, Önem ve Problemler

Araştırmanın amacı, KVH tanısı olan ve olmayan kişilerde, sağlık inançları ile sigara içme davranışı arasındaki ilişkide, kişilik özelliklerinin rolünün incelenmesidir. Bu rol incelenirken ise, SİM çerçevesinde bir analiz amaçlanmıştır. Bu doğrultuda nihai amaç, SİM'nin sunduğu sağlık inançları ile sigarayı bırakma davranışı arasındaki ilişkide, kişilerin sahip olduğu kişilik özelliklerinin rolünü ortaya koymaktır. Özellikle

KVH'ye sahip bireylerin, tanı/tedaviden sonra sigarayı bırakma davranışları üzerinde bahsi geçen kişilik özelliklerinin rolü araştırılacaktır.

Problemler

Araştırmanın iki temel problemi vardır. İlki, kişilik özellikleri ve sağlık inançlarının, sigara kullanım durumu ve KVH tanısı olan/olmayan katılımcılara göre farklılık gösterip göstermediğidir. Bu problemi incelemek üzere aşağıdaki problem soruları oluşturulmuştur:

Soru 1: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının TKÖÖ ile ölçülen dışadönüklük puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 2: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının TKÖÖ ile ölçülen öz denetim/sorumluluk puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 3: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının TKÖÖ ile ölçülen nörotizm puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 4: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının TKÖÖ ile ölçülen deneyime açıklık puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 5: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının TKÖÖ ile ölçülen olumsuz değerlik puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 6: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının KSIÖ ile ölçülen algılanan duyarlılık puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 7: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının KSIÖ ile ölçülen algılanan ciddiyet puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 8: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının KSIÖ ile ölçülen motivasyon puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 9: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının KSIÖ ile ölçülen algılanan engel puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

Soru 10: KVH tanı durumunun ve sigara kullanımının KSIÖ ile ölçülen öz etkinlik puanları üzerindeki temel ve ortak etkileri anlamlı mıdır?

İkinci temel soru ise, sigara içme davranışı, kişilik ve KVVH'ye yönelik sağlık inançları puanlarının, KVVH tanı grubunda olma riski üzerindeki etkisine ilişkindir.



İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırmada, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tanısı olan 285, herhangi bir KVH tanısı olmayan 246 kişi olmak üzere toplam 531 kişi yer almaktadır. Ocak 2019-Ocak 2021 tarihleri arasında elde edilen verilerde, her iki grup için de yaş aralığı 18-70 arasını düşünölmüş olup en az ilkokul mezunu olmak ve herhangi bir psikotik bozukluk tanısı almamış olmak kriterleri uygulanmıştır. Bu amaçla Psikososyodemografik ve KVH Risk Faktörleri Bilgi Formu'nda, 'mezun olduğunuz okul?' ve 'psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı/alıyor musunuz?' soruları kullanılmıştır. KVH tanısı olan katılımcılar, ayakta tedavi gören hastalardan oluşmaktadır.

Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistiki bilgiler, Tablo 2'de sunulmuştur. KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların yaş değişkeni beş kategoride incelenmiştir. Her iki grup için de en çok katılımcı oranı 18-30 yaş aralığında iken (yaklaşık %40), en az katılımcı oranı 61-70 yaş aralığındadır (sırasıyla; %8,1 ve %4,5). Cinsiyetlere göre gruplar karşılaştırıldığında ise, erkek ve kadın katılımcılar açısından KVH tanısı olmayan grupta hemen hemen eşit bir dağılım gözlenmekteyken; KVH tanı grubunda ise, erkek katılımcılar kadın katılımcılardan nispeten daha fazladır (sırasıyla; %53,7 ve 46,3). Medeni durum özellikleri incelendiğinde, her iki grup için de benzer bir tablodan bahsetmek mümkündür; her iki grup içinde evliler, katılımcıların yaklaşık yarısını oluştururken, bu oranı bekârlar takip etmektedir (sırasıyla; %37,2 ve %42,3). Eğitim düzeylerine bakıldığında ise, her iki grup için de ezici çoğunluğun lise (yaklaşık %40) ve üniversite mezunlarından (yaklaşık %40), toplamda yaklaşık %80, oluştuğu söylenebilir.

Tablo 2. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		KVH t. olan %(N)	KVH t. olm. %(N)	Test İstatistiği
Yaş	18-30	39,6 (113)	40,7 (100)	X ² =4.180
	31-40	10,5 (30)	9,3 (23)	
	41-50	22,5 (64)	27,2 (67)	
	51-60	19,3 (55)	18,3 (45)	
	61-70	8,1 (23)	4,5 (11)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Cinsiyet	Kadın	46,3 (132)	50,8 (125)	X ² =1.069
	Erkek	53,7 (153)	49,2 (121)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Medeni Durum	Evli	54,7 (156)	51,6 (127)	X ² =1.820
	Bekâr	37,2 (106)	42,3 (104)	
	Boşanmış	8,1 (23)	6,1 (15)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Eğitim	İlkokul	17,5 (50)	12,2 (30)	X ² =3.760
	Lise	42,8 (122)	41,9 (103)	
	Üniversite	39,6 (113)	45,9 (113)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Geçmişte/Şimdi psikiyatrik yardım	İlaç ve/veya psi. des.aldım	28,1 (80)	21,5 (53)	X ² =2.995
	İlaç ve/veya psi.des.almadım	71,9 (205)	78,5 (193)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	

2.2. Ölçüm Araçları

2.2.1. Psikososyodemografik ve KVH Risk Faktörleri Bilgi Formu

Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve psikolojik destek gibi başlıklara ilişkin temel sorular yer almaktadır. Bununla birlikte, formda KVH risk faktörleri içerisinde sınıflandırılabilir sigara kullanımı, sigara kullanım sıklığı, sigara dışında tütün ve alkol kullanımı, kilo ve boy, diyabet, yüksek tansiyon, akciğer hastalıkları ve ailede KVH tanı durumu gibi parametreler de değerlendirilmektedir (EK 1).

2.2.2. Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği (KSİÖ)

Bu ölçek, yüksek lisans tez çalışmasında, Asaroğlu ve Sertel-Berk (2013) tarafından Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden uyarlanarak geliştirilmiştir. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş ve daha sonraki çalışmalarında yeniden düzenlenmiştir (Champion, 1999). Ölçek, Sağlık İnanç Modeli'nin (SİM) bütün bileşenlerini içermekte ve 43 maddeden oluşmakta olup 1'den 5'e kadar değişen değerler alan likert tipi bir ölçektir. 1, "Kesinlikle katılmıyorum"u, 2, "Katılmıyorum"u, 3, "Kararsızım"ı, 4, "Katılıyorum"u ve son olarak 5 "Tamamen katılıyorum"u temsil etmektedir. Ölçeğin, sağlık inanç bileşenleri ve her birinin içerdiği madde sayısı şu şekildedir:

- Meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık (perceived susceptibility): 3 madde,
- Meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet (perceived seriousness): 7 madde,
- Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulaması ile ilgili algılanan yarar (perceived benefits): 5 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engeller (perceived barriers): 11 madde,
- KKMM uygulamasına ilişkin öz yeterlilik (self-efficacy): 10 madde,

- Sağlık motivasyonu (health motivation): 7 madde.

Champion'un yukarıda belirtilen sağlık inanç bileşenleri dâhilinde maddeler, KVVH'ye ilişkin tıbbi literatür taranarak ve yine özellikle sağlık psikolojisi alanında KVVH ile ilişkili riskli sağlık davranışları göz önünde bulundurularak KVVH'ye özel oluşturulmuştur.

Ölçeğin gerek iç tutarlığına, gerek yapı geçerliğine, gerekse uyum iyiliği endeksine dair elde edilen tüm analiz sonuçlarının Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği'nin (KSİÖ) güvenirlik ve geçerliğine ilişkin kabul edilebilir kanıtlar sunduğu düşünülmektedir (Asaroğlu ve Sertel-Berk, 2013).

Bu çalışmada kullanılan KSİÖ'nün bu araştırmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ise, algılanan duyarlılık için, algılanan ciddiyet için, sağlık motivasyonu için, algılanan yarar için, algılanan engel için ve son olarak öz etkinlik için sırasıyla .85, .81, .77, .82, .78 ve .73 olarak bulgulanmıştır (EK 2).

2.2.3. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği (TKÖÖ)

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği (Basic Personality Traits Inventory) (TKÖÖ), Gençöz ve Öncül (2012) tarafından Türk kültürüne özgü oluşturulan ve literatürde sıklıkla bahsi geçen Büyük Beşli Teorisi (Big Five Theory) temelinde bir ölçektir. Ölçeğin kişilik boyutları arasında, dışadönüklük (4., 6., 7., 14., 24., 32., 38. ve 39. maddeler), sorumluluk (12., 21., 22., 25., 42., 43., 44. ve 45. maddeler), uyumluluk (3., 8., 15., 16., 19., 23., 28. ve 41. maddeler), nörotizm (1., 11., 18., 27., 29., 33., 35., 37. ve 40. maddeler), gelişime açıklık (5., 9., 10., 17., 20. ve 36. maddeler) ve son olarak olumsuz değerlik (2., 13., 26., 30., 31., ve 34. maddeler) yer almaktadır. Ölçek beşli likert tipi bir ölçektir ve “hiç uygun değil (1)”, “uygun değil (2)”, “kararsızım (3)”, “uygun (4)” ve “çok uygun (5)” şeklinde puanlanmaktadır. Puanlamada, 6., 7., 21., 22., 24., 32., 38. ve 39. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeği geliştiren araştırmacılar tarafından Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları, ilgili kişilik boyutları için sırasıyla. 85, .74, .83, .81, .65 ve .69 şeklinde bulgulanmıştır. Bu çalışmada kullanılan TKÖÖ'nün bu araştırmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ise, yine sırasıyla. 85, .83, .88, .79, .70 ve .64 olarak bulgulanmıştır (EK 3).

2.3. Uygulama

Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'nca, 03.12.2018 tarihinde gerçekleştirilen toplantıda, etik yönden uygun bulunmuştur (Bkz. EK 4). Araştırma bataryasının katılımcılar tarafından yanıtlanması iki şekilde gerçekleşmiştir: Gerek KVH tanısı olan grubun gerekse olmayan grubun kriterlerini sağladığı düşünülen katılımcılara matbu formlar verilmiş, daha sonra teslim alınmıştır. Diğer ulaşım şeklinde ise, çevrimiçi imkânlar dâhilinde, araştırma bataryasının yer aldığı link kullanılarak yanıtlar elde edilmeye çalışılmıştır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nda, gönüllülük esaslı bir araştırma olduğu vurgulanmış ayrıca elde edilen bilgilerin gizli tutulacağına ve bataryayı yanıtlama aşamasının herhangi bir noktasında araştırmadan gerekçe gösterilmeksizin ayrılabilineceğine dair güvence verilmiştir. Katılımcılardan imzaları dışında herhangi kişisel ek bir bilgi talep edilmemiştir. Onam formunun içeriği için EK 5 incelenebilir.

2.4. İstatistiksel Analizler

Araştırmada elde edilen analizler, istatistiksel yazılım platformu IBM SPSS Statistics 22,0 aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Temel analizlere geçmeden önce, KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların, tanımlayıcı bulgularını karşılaştırmak amacıyla İki Değişken İçin İki Yönlü Ki Kare Testi uygulanmıştır. Temel analizin ilk ayağında, kişilik özellikleri ve sağlık inançlarının, sigara kullanım durumu ve KVH tanısı olan /olmayan katılımcılara göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için 2 X 4 (tanı durumu X sigara kullanım durumu) bağımsız örneklem için İki Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Temel analizin ikinci ve son ayağında ise, katılımcıların KVH tanı grubunda olma ihtimalleri üzerinde etkileri olduğu düşünülen sigara içme davranışı, kişilik ve KVH yönelik sağlık inançları puanlarının, bu ihtimal üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla İkili Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

3.1. Betimsel İstatistik Bulguları

Bu çalışmada, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) üzerinde, sigara içme davranışı, kişilik özellikleri ve KVH'ye yönelik sağlık inançlarının rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Ancak bu ilişkileri tespit etmeye yönelik analiz sonuçlarına geçmeden önce, KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların demografik bilgilerine, KVH risk faktörlerine (riskli sağlık davranışları ve tıbbi risk faktörleri), KVH ve tedavi modalitelerine, KVK'ye yönelik sağlık inanç düzeylerine ve kişilik özelliklerine dair istatistiki bilgiler verilecektir. Daha sonra araştırma sorularına ilişkin analizlere yer verilecektir.

Katılımcıların Demografik Bilgileri, KVH Risk Faktörleri (Riskli Sağlık Davranışları ve Tıbbi Risk Faktörleri), Tedavi Modaliteleri, KVH'ye Yönelik Sağlık İnanç Düzeyleri ve Kişilik Özelliklerine İlişkin Betimleyici Bulgular

KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların, yaş aralıkları, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları açısından aralarında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için İki Değişken İçin İki Yönlü Ki Kare Testi uygulanmıştır. Tablo 2'ye göre, katılımcıların bulundukları grup ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($X^2_{(4)}=4.180$, $p>0.05$). Aynı şekilde, her iki grup cinsiyet değişkeni için karşılaştırıldığında, anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2_{(1)}=1.069$, $p>0.05$). Aynı karşılaştırma, medeni durum için yapıldığında, yine anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($X^2_{(2)}=1.820$, $p>0.05$). Aynı iki grup, eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında da anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($X^2_{(2)}= 3.760$, $p>0.05$).

Son olarak yine iki grup arasında, geçmişte/şimdi psikiyatrik/psikolojik destek almaları açısından herhangi bir fark bulunmamaktadır ($X^2_{(1)}=2.995$, $p>0.05$).

Tablo 3'e göre, KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların, KVH risk faktörlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, sigara kullanımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2_{(3)}=13.228$, $p<0.01$). En dikkat çekici farklar, 'Hayır, hiç düzenli içmedim' ve 'Düzenli kullanıyorum' kategorilerinde gözlenmektedir. KVH tanı grubunda, 'Hayır, hiç düzenli içmedim' ifadesini kullananlar %35,8'lik kesimi oluştururken, KVH tanısı olmayan grup için bu oran %48'dir. 'Düzenli kullanıyorum' ifadesi için ise, durum tam tersidir; KVH tanı grubunda bu oran %35,8, diğer grupta ise, %26,4'tür. Her iki grubun sigara kullanım sıklıkları açısından da aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2_{(5)}=11.818$, $p<0.05$). Burada da en dikkat çekici istatistiklerden biri, 'Her gün bir paketten fazla' ifadesini işaretleyenlerin oranı KVH tanı grubu içerisinde %20,6 iken, KVH tanısı olmayan grupta yalnızca %9,6 olmasıdır. Tütün kullanımı, alkol kullanımı ve BKİ risk faktörleri açısından aralarındaki fark anlamlı bulunmazken, diyabet tanısı alanlar, KVH grubunda istatistiksel olarak daha fazladır ($X^2_{(1)}=10.545$, $p\leq 0.01$). Yine KVH grubunda, hem yüksek tansiyon tanısı alanlar istatistiksel olarak daha fazla iken ($X^2_{(1)}=29.865$, $p<0.001$), hem de akciğer hastalığı istatistiksel olarak daha fazladır ($X^2_{(1)}=5.200$, $p<0.05$). Son olarak KVH risk faktörleri açısından, birinci derecede akrabalarda görülen KVH karşılaştırmasında ise, yine KVH grubunda, KVH tanısı almayanlara göre KVH tanısı alanlar istatistiksel olarak daha fazladır ($X^2_{(1)}=39.172$, $p<0.01$). KVH tanı grubunda, yaklaşık her dört kişiden üçünde ailede KVH geçmişi varken, diğer grupta bu oran yaklaşık yarı yarıyadır.

Tablo 3. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların KVH Risk Faktörlerini İçeren İstatistikî Bulgular

		KVH T. OLAN %(N)	KVH T. OLM. %(N)	Test İstatistiği
Sigara Kullanımı	Hayır, hiç düzenli içmedim	35,8 (102)	48 (118)	X ² =13.228**
	Düzenli içiyordum, bıraktım	21,4 (61)	15 (37)	
	Arada sırada içerim	7 (20)	10,6 (26)	
	Düzenli içiyorum	35,8 (102)	26,4 (65)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Sigara K. Sıklığı	Ayda 1-3 adet	5,3 (9)	5,6 (7)	X ² =11.818*
	Haftada 1-6 adet	2,9 (5)	8 (10)	
	Her gün 1-4 adet	10,6 (18)	17,6 (22)	
	Her gün 5-9 adet	20 (34)	20,8 (26)	
	Her gün 10-20 adet	40,6 (69)	38,4 (48)	
	Her gün bir paketten fazla	20,6 (35)	9,6 (12)	
	Toplam	100 (170)	100(125)	
Tütün	Puro	1,1 (3)	0 (0)	X ² =4.236
	Pipo	0,7 (2)	0,4 (1)	
	Nargile	3,5 (10)	4,1 (10)	
	Elektronik Sigara	0,4 (1)	1,2 (3)	
	Hiçbirini düzenli kullanmıyorum	94,4 (268)	94,2 (227)	
	Toplam	100 (284)	100(241)	
Alkol	Alkollü içecek tüketmiyorum	51,6 (147)	46,3 (113)	X ² =6.941
	Nadiren, özel günlerde	26 (74)	35,7 (87)	
	Ayda 1 kadeh	8,4 (24)	5,3 (13)	
	Haftada 1-2 kadeh	9,1 (26)	7,8 (19)	
	Haftada en az 2-3 kadeh	3,5 (10)	3,3 (8)	

	Her gün en az 1 kadeh	1,4 (4)	1,6 (4)	
	Toplam	100 (285)	100 (244)	
Beden K. İndeksi	Zayıf	6,3 (17)	4,1 (9)	
	Normal	41,7 (113)	47,7 (104)	
	Hafif obez/şişman	34,7 (94)	34,9 (76)	X ² =3.298
	Obez/şişman	17,3 (47)	13,3 (29)	
	Toplam	100 (271)	100 (218)	
Diyabet	Var	13,7 (39)	5,3 (13)	X ² =10.545**
	Yok	86,3 (246)	94,7 (233)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Yüksek Tansiyon	Var	23,9 (68)	6,5 (16)	X ² =29.865***
	Yok	76,1 (217)	93,5 (230)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Akciğer Hast. (Astım, KOAİ)	Var	10,2 (29)	4,9 (12)	X ² =5.200*
	Yok	89,8 (256)	95,1 (234)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	
Ailede KVİ	Var	74,4 (212)	48 (118)	X ² =39.172**
	Yok	25,6 (73)	52 (128)	
	Toplam	100 (285)	100 (246)	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Katılımcılara ait KVVH ve tedavi modalitelerini içeren istatistiksel bilgiler ise, Tablo 4’te sunulmuştur. KVVH başlığı altında yer alan tanı kriterlerine dair katılımcıların birden fazla seçeneği işaretlemelerinin mümkün olduğu göz önünde bulundurularak tablo incelendiğinde, ritim bozukluğu olan 143 (%50,2) ve kalp hastalığı olan 129 kişinin (45,3) en yüksek yüzdelere sahip olduğu göze çarpmaktadır. Bununla birlikte en az işaretlenen başlıkların ise, 24 kişi ile (%8,4) kalp kapak hastalığı/ameliyatı ve 30 kişi (%10,5) ile bypass olduğu görülmektedir. Tedavi modaliteleri incelendiğinde ise, KVVH tanısı olan kişilerin yaklaşık 4’te 1’inin kalp kontrolüne gitmediği görülmektedir. Düzenli olarak kalp kontrolüne gidenler içerisinde ise, ayda bir gidenlerin sayısı 28 (%9,8), üç ayda bir gidenlerin sayısı 45 (%15,8) ve yılda bir gidenlerin sayısı ise, 139 (%48,8)’dur. Son olarak, katılımcıların büyük oranının kalp ameliyatı geçmişinin olmadığını söylemek mümkündür. Keza ameliyat geçmişi olanların sayısı 51 (%17,9) iken, ameliyat geçirmeyen kişi sayısı 234 (%82,1)’dr.

Tablo 4. KVH Tanısı Olan Katılımcıların Tedavi Modalitelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

KVH		%(N)
	Kalp Hastalığı	45,3 (129)
	Kalp Krizi	22,5 (64)
	Darlık veya Tıkanıklık	26,7 (76)
	Anjiyo	22,8 (65)
	Balon veya Stent	16,8 (48)
	Bypass	10,5 (30)
	Kalp kapak hastalığı/ameliyatı	8,4 (24)
	Ritim Bozukluğu	50,2 (143)
Kalp Kontrol	Gitmiyorum	25,6 (73)
	Yılda 1	48,8 (139)
	Üç ayda 1	15,8 (45)
	Ayda 1	9,8 (28)
	Toplam	100 (285)
Kalp Ameliyatı	Var	17,9 (51)
	Yok	82,1 (234)
	Toplam	100 (285)

KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların, KVH'ye yönelik sağlık inanç düzeylerini içeren puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 5'te görüldüğü üzere, her iki grup, sağlık motivasyonu, algılanan yarar ve öz-etkinlik açısından birbirinden anlamlı derece farklılık göstermezken (sırasıyla; $t = -1.894$, $Z = -0.762$, $t = 0.651$, $p > 0.05$); algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engel açısından anlamlı derecede farklılık göstermiştir (sırasıyla; $t = 7.820$, 3.205 , 3.642 , $p < 0.001$). KVH tanı grubunun algılanan duyarlılık puan ortalaması (9,23), KVH tanısı olmayan grubun puan ortalamasından (7,33) yüksektir. Algılanan ciddiyet ve algılanan engel boyutları için de benzer yönde farklılık söz konusudur; algılanan ciddiyet için sırasıyla 18,68 ve 17,22 iken; algılanan engel boyutu için ise, 15,15 ve 13,75'tir. Buna göre, KVH grubunun algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engel puan ortalamaları KVH tanısı olmayan gruptan anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 5. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların KVH'ye Yönelik Sağlık İnanç Düzeylerini İçeren Ortalama, Standart Sapma ve Test İstatistik Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	Test İstatistiği
Algılanan Duyarlılık	9,23 / 2,86	7,33 / 2,67	t= 7.820***
Algılanan Ciddiyet	18,68 / 5,38	17,22 / 5,06	t= 3.205***
Sağlık Motivasyonu	19,37 / 3,84	19,97 / 3,36	t= -1.894
Algılanan Yarar	16,47 / 2,70	16,64 / 2,78	Z= -0.762
Algılanan Engel	15,15 / 4,58	13,75 / 4,24	t= 3.642***
Öz-etkinlik	14,67 / 3,15	14,84 / 2,86	t=0.651

***p<0.001

KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların, kişilik özellikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, yalnızca nörotizm boyutu açısından anlamlı derecede farklılık bulgulanmıştır ($t= 1.968$, $p<0.05$) (Tablo 6). KVH tanı grubunun nörotizm puan ortalaması (26,25), KVH tanısı olmayan grubun puan ortalamasından (25,09) yüksektir. Buna göre KVH grubunun nörotizm puan ortalaması, KVH tanısı olmayan gruptan anlamlı derecede yüksekken her iki grubun, dışa dönüklük, sorumluluk, uyumluluk, deneyime açıklık ve olumsuz değerlik boyutları açısından aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı söylenebilir.



Tablo 6. KVH Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların Dışadönüklük, Sorumluluk, Uyumluluk, Nörotizm, Deneyime Açıklık ve Olumsuz Değerlik Puanlarına İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Test İstatistik Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T.OLM. (N=246) Ort./SS	Test İstatistiği
Dışadönüklük	30,11 / 6,44	30,27 / 6,10	t= -0.292
Sorumluluk	30,74 / 6,08	31,49 / 4,99	t= -1.560
Uyumluluk	34,40 / 4,78	34,43 / 3,98	Z= -0.572
Nörotizm	26,25 / 6,73	25,09 / 6,83	t= 1.968*
Deneyime Açıklık	23,01 / 3,86	22,68 / 3,63	t= 1.005
Olumsuz Değerlik	9,94 / 3,12	9,54 / 3,03	t= 1.456

*p<0.05

Bu aşamadan itibaren, çalışmanın incelemeyi amaçladığı sorulara dair bulgular sunulacaktır.

3.2. KVH Tanı Durumuna Göre, Sigara Kullanım Durumunun, Kişilik Özellikleri ve KVH'ye Yönelik Sağlık İnançları ile İlişkisine Dair Bulgular

Kişilik özellikleri ve sağlık inançlarının, sigara kullanım durumu ve KVH tanısı olan ve olmayan katılımcılara göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için 2 X 4 (tanı durumu X sigara kullanım durumu) bağımsız örneklemeler için İki Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Bu noktada, kişilik özellikleri ve KVH'ye yönelik sağlık inançları değişkenlerinin yordanan değişkenler olduğu ve bahsi geçecek analiz sonuçlarının nedensel atıf özelliği içermediğinin hatırlatılması yerinde olacaktır.

Hem kişilik özellikleri hem de sağlık inançlarının varyans analizlerine ilişkin sonuçlar, aşağıda özetlenmiştir.

Varyans analizi sonuçlarına göre, araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların dışadönüklük puan ortalaması ($\bar{X}=30,11$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların dışadönüklük puan ortalaması ($\bar{X}=30,27$) arasında anlamlı bir fark yoktur ($F_{(1-523)}=0.40$, $p>0.05$). Buna göre, tanı durumunun dışadönüklük üzerinde anlamlı bir temel etkisi gözlenmemiştir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından dışadönüklük puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=3.01$, $p<0.05$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının dışadönüklük üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım durumları arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, sadece, hiç düzenli sigara içmeyen grubun dışadönüklük puan ortalaması ($\bar{X}=29,22$), düzenli sigara içen grubun dışadönüklük puan ortalamasından ($\bar{X}=30,94$) anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Öte yandan Tablo 7'ye göre, tanı durumu ve sigara kullanımının, dışadönüklük üzerindeki ortak etkisi anlamlı değildir ($F_{(3-523)}=0.38$, $p>0.05$). Bu sonuçlar Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Dışadönüklük Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	28,80 / 7,22	29,58 / 0,57	29,22 / 7,00
Düzenli içiyordum, bıraktım	30,77 / 6,38	30,35 / 1,02	30,61 / 6,00
Arada sırada içerim	30,40 / 3,03	31,80 / 1,22	31,19 / 4,08
Düzenli içiyorum	30,99 / 5,98	30,87 / 0,77	30,94 / 5,79
TOPLAM	30,11 / 6,44	30,27 / 6,10	30,19 / 6,28

Varyans analizi sonuçlarına göre, araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların sorumluluk puan ortalaması ($\bar{X}=30,74$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların sorumluluk puan ortalaması ($\bar{X}=31,49$) arasında anlamlı bir fark yoktur ($F_{(1-523)}=1.1$, $p>0.05$) (Tablo 8). Buna göre, tanı durumunun sorumluluk üzerinde anlamlı bir temel etkisi gözlenmemiştir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından sorumluluk puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=3.01$, $p<0.05$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının sorumluluk üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım düzeyleri arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, hiç düzenli sigara içmeyen grubun sorumluluk puan ortalaması ($\bar{X}=31,67$), düzenli sigara içen grubun sorumluluk puan ortalamasından ($\bar{X}=29,85$) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Yine aynı şekilde, sigarayı düzenli içip bırakanların sorumluluk puan ortalaması ($\bar{X}=31,97$) düzenli sigara içen grubun sorumluluk puan ortalamasından ($\bar{X}=29,85$) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Öte yandan tanı durumu ve sigara kullanımının, sorumluluk üzerindeki ortak etkisi anlamlı değildir ($F_{(3-523)}=0.46$, $p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Sorumluluk Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	31,15 / 5,78	32,12 / 4,74	31,67 / 5,26
Düzenli içiyordum, bıraktım	32,18 / 5,81	31,64 / 5,54	31,97 / 5,69
Arada sırada içerim	30,10 / 4,36	31,42 / 4,91	30,84 / 4,68
Düzenli içiyorum	29,58 / 6,64	30,27 / 5,05	29,85 / 6,07
TOPLAM	30,74 / 6,08	31,49 / 4,99	31,08 / 5,61

Tablo 9'a göre, araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların nörotizm puan ortalaması ($\bar{X}=26,25$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların nörotizm puan ortalaması ($\bar{X}=25,09$) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{(1-523)}=1.18$, $p<0.05$). Buna göre, tanı durumunun nörotizm üzerinde anlamlı bir temel etkisi olduğu söylenebilir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından nörotizm puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=5.91$, $p\leq 0.001$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının nörotizm üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım düzeyleri arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, hiç düzenli sigara içmeyen grubun nörotizm puan ortalaması ($\bar{X}=24,27$), sigarayı düzenli içip bırakanların nörotizm puan ortalamasından ($\bar{X}=26,57$) anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Yine, hiç düzenli sigara içmeyen grubun nörotizm puan ortalaması ($\bar{X}=24,27$), düzenli sigara içen grubun nörotizm puan ortalamasından ($\bar{X}=27,13$) anlamlı derecede düşüktür ($p<0.001$). Bununla birlikte tanı durumu ve sigara kullanımının, nörotizm üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{(3-523)}=0.92$, $p>0.05$).

Tablo 9. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Nörotizm Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	25,04 / 6,62	23,60 / 6,55	24,27 / 6,61
Düzenli içiyordum, bıraktım	26,14 / 8,10	27,26 / 7,65	26,57 / 7,91
Arada sırada içerim	26,75 / 5,59	24,76 / 6,53	25,63 / 6,15
Düzenli içiyorum	27,42 / 5,97	26,67 / 6,43	27,13 / 6,14
TOPLAM	26,25 / 6,73	25,09 / 6,83	25,71 / 6,79

Varyans analizi sonuçlarına göre, araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların deneyime açıklık puan ortalaması ($\bar{X}=23,01$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların deneyime açıklık puan ortalaması ($\bar{X}=22,68$) arasında anlamlı bir fark yoktur ($F(1-523)=0.00$, $p>0.05$). Buna göre, tanı durumunun deneyime açıklık üzerinde anlamlı bir temel etkisi gözlenmemiştir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından deneyime açıklık puanları karşılaştırıldığında da aralarında anlamlı farkların olmadığı görülmektedir ($F(3-523)=1.97$, $p>0.05$). Diğer kişilik boyutlarında olduğu gibi, deneyime açıklık boyutu için de tanı durumu ve sigara kullanımının, deneyime açıklık boyutu üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($F(3-523)=0.96$, $p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Deneyime Açıklık Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	22,48 / 4,13	22,38 / 3,69	22,42 / 3,89
Düzenli içiyordum, bıraktım	22,90 / 3,97	22,39 / 4,05	22,71 / 3,99
Arada sırada içerim	22,50 / 3,10	23,80 / 3,11	23,23 / 3,14
Düzenli içiyorum	23,71 / 3,57	22,95 / 3,41	23,41 / 3,52
TOPLAM	23,01 / 3,86	22,68 / 3,63	22,86 / 3,75

Kişilik boyutları için yapılan son varyans analizinde, Tablo 11'e bakıldığında, tıpkı deneyime açıklık boyutunda olduğu gibi, olumsuz değerlik boyutu için de KVH tanısı olan katılımcıların puan ortalamaları ($\bar{X}=9,94$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların deneyime açıklık puan ortalaması ($\bar{X}=9,54$) arasında anlamlı bir fark yoktur ($F_{(1-523)}=1.29$, $p>0.05$). Buna göre, tanı durumunun olumsuz değerlik üzerinde anlamlı bir temel etkisi gözlenmemiştir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından olumsuz değerlik puanları karşılaştırıldığında da aralarında anlamlı farkların olmadığı görülmektedir ($F_{(3-523)}=1.18$, $p>0.05$). Diğer kişilik boyutlarında olduğu gibi, olumsuz değerlik boyutu için de tanı durumu ve sigara kullanımının, deneyime açıklık boyutu üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{(3-523)}=0.21$, $p>0.05$).

Tablo 11. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Olumsuz Değerlik Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	9,52 / 2,90	9,36 / 3,19	9,43 / 3,05
Düzenli içiyordum, bıraktım	10,11 / 3,21	9,99 / 2,99	10,06 / 3,11
Arada sırada içerim	10,15 / 2,62	9,53 / 3,11	9,80 / 2,89
Düzenli içiyorum	10,21 / 3,36	9,63 / 2,77	9,98 / 3,15
TOPLAM	9,94 / 3,12	9,54 / 3,03	9,75 / 3,08

Sağlık inançlarının, sigara kullanım durumuna ve KVH tanısı olan /olmayan katılımcılara göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan varyans analizi sonuçlarına göre, araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların algılanan duyarlılık puan ortalaması ($\bar{X}=9,23$), KVH tanısı olmayan katılımcıların algılanan duyarlılık puan ortalamasından ($\bar{X}=7,33$) anlamlı derecede yüksektir ($F_{(1-523)}=39.96$, $p<0.001$) (Tablo 12). Buna göre, tanı durumunun algılanan duyarlılık üzerinde anlamlı bir temel etkisi olduğu söylenebilir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından algılanan duyarlılık puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=4.70$, $p<0.01$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının algılanan duyarlılık üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım düzeyleri arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, sadece, hiç düzenli sigara içmeyen grubun algılanan duyarlılık puan ortalaması ile ($\bar{X}=7,83$), düzenli sigara içen grubun algılanan duyarlılık puan ortalaması arasında ($\bar{X}=9,12$) anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Tanı durumu ve sigara kullanımının, algılanan duyarlılık üzerindeki ortak etkisi anlamlı değildir ($F_{(3-523)}=0.26$, $p>0.05$).

Tablo 12. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Algılanan Duyarlılık Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	8,89 / 2,79	6,92 / 2,66	7,83 / 2,89
Düzenli içiyordum, bıraktım	8,98 / 2,99	7,18 / 2,66	8,30 / 2,99
Arada sırada içerim	9,30 / 2,29	7,25 / 2,70	8,14 / 2,70
Düzenli içiyorum	9,70 / 2,93	8,21 / 2,54	9,12 / 2,87
TOPLAM	9,23 / 2,86	7,33 / 2,67	8,35 / 2,93

KVH tanısı olan katılımcıların algılanan ciddiye puan ortalamaları ($\bar{X}=18,68$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların algılanan ciddiye puan ortalaması ($\bar{X}=17,22$) arasında anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($F_{(1-523)}=6.84$, $p<0.05$) (Tablo 13). Buna göre, tanı durumunun algılanan ciddiye üzerinde anlamlı bir temel etkisi olduğu söylenebilir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından algılanan ciddiye puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olmadığı görölmektedir ($F_{(3-523)}=2.11$, $p>0.05$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının algılanan ciddiye üzerinde anlamlı temel etkisi söz konusu değildir. Tanı durumu ve sigara kullanımının, algılanan ciddiye üzerindeki ortak etkisi anlamlı değildir ($F_{(3-523)}=0.07$, $p>0.05$).

Tablo 13. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Algılanan Ciddiyet Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	17,90 / 5,39	16,75 / 5,13	17,28 / 5,27
Düzenli içiyordum, bıraktım	18,95 / 5,48	17,51 / 4,90	18,41 / 5,29
Arada sırada içerim	19,95 / 4,66	18,44 / 5,45	19,09 / 5,12
Düzenli içiyorum	19,04 / 5,43	17,40 / 4,84	18,40 / 5,25
TOPLAM	18,68 / 5,38	17,22 / 5,06	18,00 / 5,28

Varyans analizi sonuçlarına göre, araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların motivasyon puan ortalaması ($\bar{X}=19,37$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların motivasyon puan ortalaması ($\bar{X}=19,97$) arasında anlamlı bir fark yoktur ($F_{(1-523)}=0.97$, $p>0.05$) (Tablo 14). Buna göre, tanı durumunun motivasyon üzerinde anlamlı bir temel etkisi gözlenmemiştir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından motivasyon puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=8.43$, $p<0.001$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının motivasyon üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım düzeyleri arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, hiç düzenli sigara içmeyen grubun motivasyon puan ortalaması ($\bar{X}=20,53$), sigarayı düzenli içen grubun motivasyon puan ortalamasından ($\bar{X}=18,63$) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.001$). Diğer sigara kullanım düzeyleri arasında herhangi bir anlamlılık tespit edilememiştir. Ortak etki analizleri için ise, tanı durumu ve sigara kullanımının, motivasyon üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı söylenebilir ($F_{(3-523)}=0.12$, $p>0.05$).

Tablo 14. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Motivasyon Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

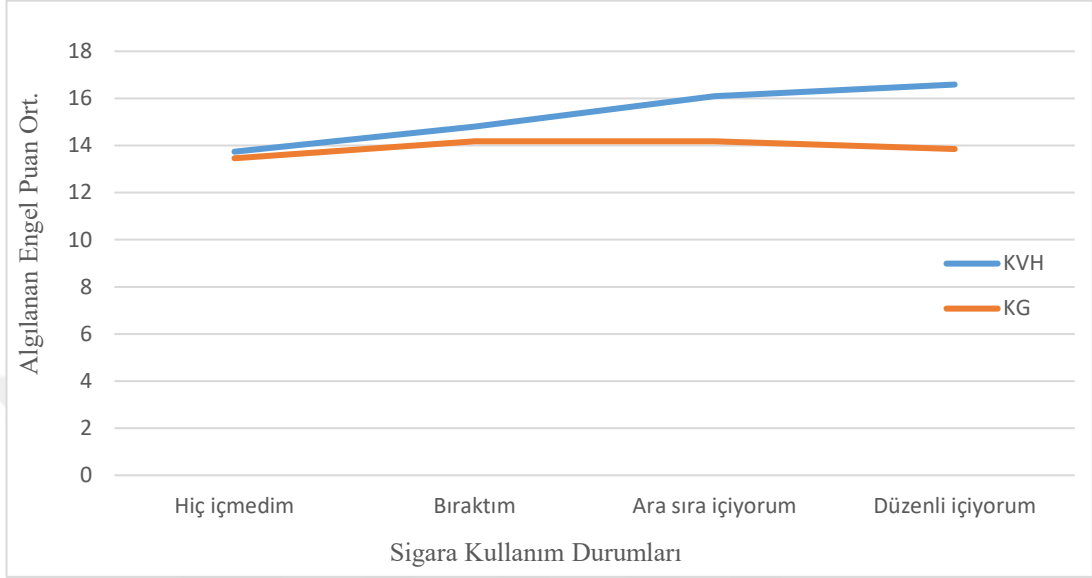
	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	20,36 / 3,46	20,68 / 2,87	20,53 / 3,15
Düzenli içiyordum, bıraktım	19,34 / 4,38	20,02 / 3,60	19,60 / 4,10
Arada sırada içerim	19,25 / 3,46	19,21 / 4,36	19,23 / 3,95
Düzenli içiyorum	18,44 / 3,73	18,93 / 3,35	18,63 / 3,58
TOPLAM	19,37 / 3,84	19,97 / 3,36	19,65 / 3,63

Araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların algılanan engel puan ortalaması ($\bar{X}=15,15$), KVH tanısı olmayan katılımcıların algılanan engel puan ortalamasından ($\bar{X}=13,75$) anlamlı derecede yüksektir ($F_{(1-523)}=9.26$, $p<0.01$) (Tablo 15). Buna göre, tanı durumunun algılanan engel üzerinde anlamlı bir temel etkisi olduğu söylenebilir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından algılanan engel puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=4.79$, $p<0.01$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının algılanan engel üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım düzeyleri arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, sadece, hiç düzenli sigara içmeyen grubun algılanan engel puan ortalaması ile ($\bar{X}=13,59$), düzenli sigara içen grubun algılanan engel puan ortalaması arasında ($\bar{X}=15,53$) anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Tanı durumu ve sigara kullanımının, algılanan engel üzerindeki ortak etkisi anlamlıdır ($F_{(3-523)}=2.69$, $p<0.05$).

Tablo 15. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Algılanan Engel Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	13,74 / 4,40	13,46 / 4,05	13,59 / 4,21
Düzenli içiyordum, bıraktım	14,80 / 4,80	14,18 / 3,97	14,57 / 4,49
Arada sırada içerim	16,10 / 4,84	14,18 / 5,41	15,01 / 5,21
Düzenli içiyorum	16,59 / 4,16	13,85 / 4,24	15,53 / 4,39
TOPLAM	15,15 / 4,58	13,75 / 4,24	14,50 / 4,48

Ortak etkiyi analiz etmek için yapılan gruplar arası karşılaştırmalara göre, KVH tanısı olmayanlarda, algılanan engel puanları açısından, sigara kullanım durumlarında önemli farklılık gözlenmezken; KVH tanısı olanlarda ise, temel etkiye benzer bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. En yüksek algılanan engel puan ortalaması düzenli sigara içenlerde iken, en düşük algılanan engel puan ortalaması, hiç sigara içmeyen gruptadır. Bir başka açıdan bakıldığında ise, sigara kullanım durumları açısından, KVH tanısı olan ve olmayan grubun, algılanan engel puan ortalamaları arasında fark var mıdır diye sorgulandığında, hiç düzenli sigara içmeyen ve düzenli içip bırakmış grupta puanların birbirine yakın; arada sırada sigara içenlerle düzenli sigara içen grupta ise, KVH tanısı olan grubun algılanan engel puan ortalamalarının KVH tanısı olmayan gruptan yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Şekil 1).



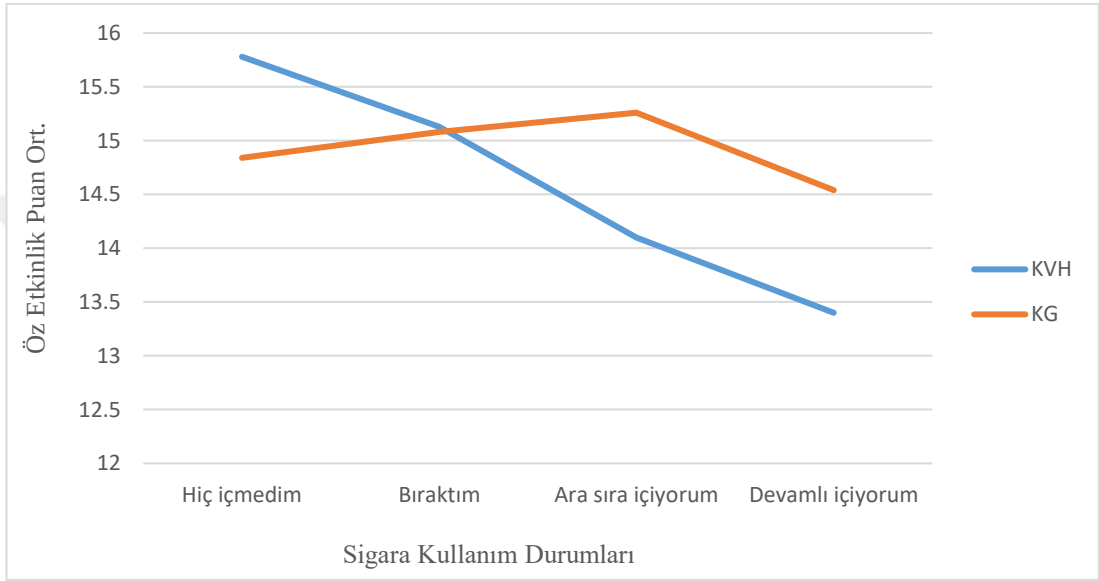
Şekil 1: Tanı Durumu ve Sigara Kullanımının, Algılanan Engel Puan Ortalamaları Üzerindeki Ortak Etkisine Dair Analiz Sonuçlarını İçeren Grafik.

Araştırmaya katılan KVH tanısı olan katılımcıların sağlık inançlarına yönelik öz etkinlik puan ortalaması ($\bar{X}=14,67$) ile KVH tanısı olmayan katılımcıların öz etkinlik puan ortalaması ($\bar{X}=14,84$) arasında anlamlı bir fark yoktur ($F_{(1-523)}=1.14$, $p>0.05$) (Tablo 16). Buna göre, tanı durumunun sağlık inançlarına yönelik öz etkinlik üzerinde anlamlı bir temel etkisi olmadığı söylenebilir. Katılımcıların sigara kullanımları açısından öz etkinlik puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir ($F_{(3-523)}=6.75$, $p<0.001$). Bu sonuca göre, sigara kullanımının öz etkinlik üzerinde anlamlı temel etkisi vardır. Anlamlı farkların hangi sigara kullanım düzeyleri arasında olduğunu görebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, hiç düzenli sigara içmeyen grubun öz etkinlik puan ortalaması ile ($\bar{X}=15,28$), düzenli sigara içen grubun öz etkinlik puan ortalaması arasında ($\bar{X}=13,85$) anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Aynı şekilde, düzenli sigara içip bırakanların öz etkinlik puan ortalaması ($\bar{X}=15,11$), düzenli sigara içenlerin öz etkinlik puan ortalamasından ($\bar{X}=13,85$) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Tanı durumu ve sigara kullanımının, öz etkinlik üzerindeki ortak etkisi de anlamlıdır ($F_{(3-523)}=4.45$, $p<0.01$).

Tablo 16. Tanı Durumu ve Sigara Kullanım Durumunun Öz Etkinlik Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	KVH T. OLAN (N=285) Ort./SS	KVH T. OLM. (N=246) Ort./SS	TOPLAM (N=531) Ort./SS
Hayır, hiç düzenli içmedim	15,78 / 2,67	14,84 / 3,22	15,28 / 3,01
Düzenli içiyordum, bıraktım	15,13 / 2,94	15,08 / 2,36	15,11 / 2,72
Arada sırada içerim	14,10 / 3,64	15,26 / 2,29	14,76 / 2,97
Düzenli içiyorum	13,40 / 3,17	14,54 / 2,66	13,85 / 3,02
TOPLAM	14,67 / 3,15	14,84 / 2,86	14,75 / 3,02

Ortak etkiyi analiz etmek için yapılan gruplar arası karşılaştırmalara göre, KVH tanısı olmayanlarda, öz etkinlik düzeyi açısından, sigara kullanım düzeylerinde önemli farklılık gözlenmezken; KVH grubunda ise, temel etkiye benzer bir farklılık olduğu tespit edilmiştir: En yüksek öz etkinlik düzeyi hiç düzenli sigara içmeyenlerde iken, en düşük öz etkinlik düzeyi, düzenli sigara içenlerdedir. Bir başka açıdan bakıldığında ise, sigara kullanım düzeyleri açısından, KVH tanısı olan ve olmayan grubun, öz etkinlik düzeyleri arasında fark var mıdır diye sorgulandığında, hiç düzenli sigara içmeyen grupta, KVH tanısı olan grubun öz etkinlik puanlarının KVH tanısı olmayan gruptan yüksek; sigarayı düzenli içip bırakmış olan grupta birbirine yakın; sigarayı arada sırada içen ve düzenli içenler arasında ise, KVH tanısı olan grupta, KVH tanısı olmayan gruba göre daha düşük öz etkinlik puanları olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Tanı Durumu ve Sigara Kullanımının, Öz Etkinlik Puan Ortalamaları Üzerindeki Ortak Etkisine Dair Analiz Sonuçlarını İçeren Grafik.

3.3. Sigara İçme Davranışı, Kişilik ve KVH'ye Yönelik Sağlık İnançları Puanlarının, KVH Tanı Grubunda Olma Riski Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Analiz Sonuçları

Katılımcıların KVH tanı grubunda olma ihtimalleri üzerinde etkileri olduğu düşünülen sigara içme davranışı, kişilik ve KVH'ye yönelik sağlık inançları puanlarının, bu ihtimal üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla enter yöntemi ile İkili Lojistik Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir.

Sürekli yordayıcı değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı varsayımının incelenmesi planlanmış ve vaka sayısının 200 ve üstünde olduğu tüm durumlarda ilgili değişkenlerin normal dağıldığı varsayılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Lojistik regresyon analizi için gerekli olan yordayıcı ve yordanan değişkenler arasında anlamlı korelasyon koşulu için ise Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre yordanan değişkenle yalnızca anlamlı ilişkiler gösteren yordayıcı değişkenler regresyon analizi için diğer ön-koşul sınamalarına tabi tutulmuş, bu koşulu karşılamayanlar korelasyon aşamasından sonra hiçbir analize yordayıcı olarak dahil edilmemiştir.

İlgili lojistik regresyon analizi değerlendirilirken -2 LOG olabilirlik katsayısının sıfırcı modelden son modele kadar anlamlı derecede düşmesi beklenmiştir. İlgili katsayının her bir modeldeki düşüşünün anlamlılığı Omnibus Ki Kare Testi ile değerlendirilmiştir. Beklenen ve gözlenen regresyon modelinin uyumlu olup olmadığı ise Hosmer ve Lemeshow Uyum İyiliği Testi ile incelenmiştir. Buna göre testin sonucunun $p > .05$ olması beklenmiştir. Modelde açıklanan varyans oranları ise Nagelkerke R^2 değerleri ile yorumlanmıştır. Her bir yordayıcının modelde, KVH tanı grubu ile KVH tanısı olmayan grubu doğru tahmin etme yüzdeleri sınıflandırma tablolarına göre değerlendirilmiştir. Modeldeki her bir yordayıcının KVH tanı grubunda olma olasılığına dair katkılarını incelemek için ise Exp(B) değerleri (Odd oranları) dikkate alınmış olup anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir.

Regresyon analizinden önce her bir yordayıcının yordanan değişken ile olan ilişkilerinin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Spearman

Korelasyon Testi, yordanan değişken ile dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık, öz-etkinlik ve sigara kullanımı yordayan değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymamıştır. Bu nedenle regresyon analizinde, yordanan değişken ile anlamlı ilişkiler ortaya koyan nörotizm, olumsuz değerlik, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyyet, motivasyon ve algılanan engel değişkenleri yer almıştır (Tablo 17).



Tablo 17. Yordanan Değişken Olan KVH Tanı Grubu ile Yordayıcılar Arasındaki İlişkilere Dair Spearman Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.KVH tanı grubu	1	,06	,33***	,14***	-,07*	,16***	-,02	-,00	-,05	,08*	,05	,06*
2.Sigara içmeyen/içen		1	,15***	,07*	-,21***	,16***	-,22***	,08*	-,14***	,13***	,10**	,05
3.Algılanan duyarlılık			1	,41***	-,11**	,22***	-,11**	-,03	-,07*	,12**	-,03	,04
4.Algılanan ciddiye				1	,04	,17***	-,04	-,07*	,05	,14***	-,06*	,05
5.Motivasyon					1	-,45***	,55***	,12**	,36***	-,21***	,23***	-,21***
6.Algılanan engel						1	-,54***	-,11**	-,20***	,24***	-,15***	,24***
7.Öz etkinlik							1	,10**	,33***	-,19***	,20***	-,19***
8.Dışadönüklük								1	,23***	-,19***	,48***	-,28***
9.Sorumluluk									1	-,13***	,35***	-,30***
10. Nörotizm										1	-,11**	,39***
11.Deneyime açıklık											1	-,18***
12. Olumsuz değerlik												1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Lojistik Regresyon Analizi sonucunda regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2_{(6)}=71.123$, $p<0.001$). KVH tanı grubunda yer alma ihtimalinin yalnızca algılanan duyarlılık ve algılanan engel değişkenleri tarafından anlamlı düzeyde yordandığını göstermiştir Model, Nagelkerke R^2 katsayısı ile KVH tanı grubunda yer alma üzerindeki değişimin %17'sini açıklamıştır.

Analiz sonuçlarına göre, yordayıcı değişkenlerle oluşturulan modelin, KVH tanı grubu kategorilerini belirleme olasılığını kestirme gücü, başlangıç modeline göre anlamlı derecede ilerleme göstermiştir (Omnibus $X^2=71.123$, $p<.001$). Hosmer ve Lemeshow Uyum İyiliği Testi sonucuna göre ise beklenen ve gözlenen regresyon modelinin uyumlu olduğu tespit edilmiştir ($X^2_{(8)}=12.149$, $p>.05$).

Her bir yordayıcı değişken ile birlikte modelin KVH tanısı olan ve olmayan grupları doğru tahmin etme yüzdeleri incelendiğinde yordayıcı değişkenlerin modele dâhil edilmediği ilk basamakta, modelin ilgili grupları %53,8 oranında doğru sınıflayabildiği görülmüştür. Yordayıcı değişkenlerin de denkleme dâhil edildiği son basamakta ise, modelin KVH tanısı olan ve olmayan gruplardaki kategori dağılımını doğru tahmin gücü 63,8'e yükselmiştir.

Modeldeki her bir yordayıcının KVH tanı gruplarını tahmin etme olasılıkları için Exp(B) katsayıları incelendiğinde, KVH geliştirme riskini, algılanan duyarlılık puanlarındaki bir birimlik artışın yaklaşık 1.13 kat (%28,4 oranında), algılanan engel puanlarındaki bir birimlik artışın ise, yaklaşık 1.05 kat (%5 oranında) artırdığı görülmüştür (Tablo 18).

Tablo 18. Regresyon Modelindeki Değişkenler ve Katsayıları

	B	Standart Hata	Wald	sd	p	Exp (B)
Algılanan duyarlılık	,250	,039	41,599	1	,000**	1,284
Algılanan ciddiyet	-,004	,020	,043	1	,835	,996
Motivasyon	-,004	,029	,016	1	,900	,996
Algılanan Engel	,049	,025	3,842	1	,050*	1,050
Nörotizm	,006	,016	,157	1	,692	1,006
Olumsuz değerlik	,013	,034	,149	1	,700	1,013
Sabit	-2,751	,920	8,942	1	,003	,064

* $p < .05$; ** $p < .001$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, ilk etapta, özellikle KVH tanı grubunun betimsel istatistik bulguları literatür ışığında karşılaştırmalı bir şekilde ele alınacaktır. Daha sonrasında ise, çalışmanın iki temel sorusuna yönelik istatistik bulgulara yer verilecek ve literatürdeki konumları ele alınacaktır: İlki, kişilik özellikleri ve sağlık inançlarının, sigara kullanım durumu ve KVH tanısı olan/olmayan katılımcılara göre farklılık gösterip göstermediğine dair analizleri içermektedir. İkincisi ise, sigara içme davranışı, kişilik ve KVH'ye yönelik sağlık inançları puanlarının, KVH tanı grubunda olma riski üzerindeki etkisine ilişkindir.

4.1. Betimsel İstatistik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmada, 285 kişiden oluşan KVH tanısı olan grubun yaş ortalaması 39,2'dir. 18-30 yaş aralığında 113, 31-40 yaş aralığında 30, 41-50 yaş aralığında 64, 51-60 yaş aralığında 55, 61-70 yaş aralığında ise, 23 kişi yer almaktadır. KVH grubunda yapılan çalışmaların oluşturduğu literatüre göre yaş ortalamasının nispeten düşük olduğu söylenebilir. Şöyle ki; yaş aralığı 50 ila 70 arasında olan çalışmaların (Musich ve ark., 2014; Stafford ve ark., 2008; Foxwell, 2013; Reges ve ark., 2013;) sayısı, 50 yaş altı KVH tanısı alan katılımcıların oluşturduğu çalışmalardan (Rahimi ve ark., 2017; Al-Ali ve Haddad, 2004; Bayar ve ark., 2017; Lee ve ark., 2014) görece fazladır. Çalışmanın yaş ortalamasını düşüren en önemli faktörün 18-30 yaş aralığındaki grubunun KVH başlığı altındaki tanılardan en çok 'ritim bozukluğu' (74/143 kişi) ve 'kalp hastalığı' (49/128 kişi) seçeneklerini işaretlemeleri olduğu görülmektedir. Nitekim bu her iki tanı da çoğunlukla doğuştan veya diğer kardiyovasküler gelişmelerle karşılaştırıldığında görece erken yaşta tespit edilmektedir. Örneğin, çalışmada, kalp krizi geçirmek, damarlarda darlık/tıkanıklık, anjiyo ve balon gibi tıbbi gelişmeler daha çok ileri yaş grubunun işaretlediği seçenekler olarak bulgulanmaktadır.

Tedavi modaliteleri daha ayrıntılı incelendiğinde, bahsedildiği gibi ritim bozukluğu tanısı olanların oranı %50,2 ve kalp hastalığı tanısı olanların oranının ise, %45,3 olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kalp krizi geçirmiş kişilerin oranı %22,5, darlık veya tıkanıklık bildirimi yapanların oranı %26,7, anjiyo ve balon/stent bildirimi yapanların oranı ise, sırasıyla; %22,8 ve %16,8'dir. Bypass olanların oranı %10,5, kalp kapak hastalığı/ameliyatı bildirimi yapanların oranı ise, %8,4'tür. Bu noktada altı çizilmesi gereken önemli bir nokta ise, ilgili KVH başlıklarının her birinin işaretlenebilmesinin önünün açıldığıdır. Örneğin bir kişi hem kalp hastalığı hem de kalp krizi veya ritim bozukluğu seçenekleri işaretleyebilmektedir. Ayrıca, bazı kişiler 'kalp hastalığı' seçeneğini genel bir kalp hastalığı olarak düşünüp doğrudan işaretlemiş olabilir ve bu sebeple bu başlık, en yüksek ikinci orana (%45,3) bu şekilde ulaşmış olabilir. Bununla birlikte, dört kişiden biri kalp sağlığı için herhangi bir kontrole gitmediğini bildirmiştir. Dört kişiden ikisi ise, yılda ya da üç ayda bir kontrole gittiğini ifade ederken dörtte birlik bir kesim ise, ayda bir kontrole gittiğini bildirmiştir. Toplam 285 kişi arasında yalnızca 51 kişi ameliyat olmuştur. İlgili literatür incelendiğinde, sözü geçen başlıklardan (tanı ya da tıbbi müdahale) en az birine sahip olmanın KVH grubu içerisinde olmak için geçerli kistası sağladığı anlaşılmaktadır. Ayrıca, kalp hastalıklarının sınıflandırma çalışmalarının nihai, ortak bir tanıma ulaşamadığından söz edilmişti. Bu sebeple, kalp hastalıkları tanı gruplarına ilişkin ortaya konulan çalışmaların da örneklem hedefi açısından tutarsız bir tablo çizmesi kaçınılmazdır. Örneğin, Foxwell ve arkadaşlarının (2013), koroner kalp hastalıkları (KKH) grubunu içeren 21 araştırmayı ele aldığı inceleme çalışmasında, yedi çalışma, KKH'yi sadece miyokart enfarktüsü (ME) tanısı üzerinden ele almıştır. Yine aynı inceleme çalışmasında, KKH'yi sadece bypass ameliyatı olan veya balon/stent uygulamasına tabii olanlar üzerinden çalışan araştırmalar da mevcuttur. Aynı şekilde KKH üzerine yapılan bir çalışmada ise, bu grup içerisinde sadece ME ve anjina pectoris yer almıştır (Athbi ve Hassan, 2019). Koroner arter hastalığı tanı grubu ile çalışma yapan bir araştırma, sadece anjiyografi uygulamasına tabii olan katılımcıları dahil etmişken (Schmizt ve ark.); diğer bir çalışma, bu gruba, anjiyografi, ME ve bypass ameliyatı geçiren katılımcıları dahil etmiştir (Stafford ve ark., 2008). Sadece ME tanı grubunu ele alan Moore ve arkadaşları (2013) ise, bu grubu KVH tanı grubu olarak tanımlamıştır. Tüm literatür karmaşasında, bizim çalışmamıza benzer olarak

Elshatarat ve arkadaşları (2013), KVH tanı grubu içerisinde ME, kalp yetmezliği, ritim bozukluğu gibi çok sayıda tanıyı dâhil etmiştir. Araştırmacılar ayrıca, bizim çalışmamızdan farklı olarak, stent ve bypass uygulamalarını ‘invazif girişimler’ başlığı altında ayrıca ele almıştır. Benzer bir başka çalışmada ise, KVH tanı grubu olarak anjina pectoris, ME, kalp yetmezliği ve periferik arter hastalığı tanı grupları yer almıştır. Özetle, kalp hastalıklarına ilişkin sınıflandırmalara dair tutarlı bir veriye ulaşmak zordur. Bizim çalışmamızın da kalp hastalıkları tanı grupları arasında herhangi bir karşılaştırma yapma amacı söz konusu olmadığı için herhangi bir ayrıma gidilmeksizin, tüm kalp hastalıklarına ilişkin tanı ve uygulamalar tek bir başlık altında ele alınmıştır. Hem literatürün tutarlı bir tablo sunamaması hem de bahsi geçen, ‘çoklu işaretleme’ yapılabilme özelliğinden dolayı, tanı grubu oranlarının ilgili literatür ile karşılaştırılması mümkün değildir.

KVH risk faktörleri arasında kontrol edilemeyen faktörlerden biri de cinsiyettir. Çalışmamızda, KVH tanısı içerisinde erkeklerin oranı (%53,7), kadınların oranından (%46,3) fazladır ve bu bulgu, literatürle genel olarak tutarlıdır. Nitekim bu grupta yapılan çalışmaların çoğunda, KVH tanısı olan erkeklerin oranı, kadınların oranından belirgin şekilde fazladır; sırasıyla; %79’a %21 (Alsen ve ark., 2010; Dunkel ve ark., 2011; Juergens ve ark., 2010), %69’a %31 (Bakker ve ark., 2015). KVH tanı grubunu hedef alan çok az çalışmada, kadınların oranı erkeklerin oranından fazladır; sırasıyla; %52’ye %48 (Katz ve ark., 2009). Çalışmamızda, KVH tanısı olan erkeklerin sayısının kadınlardan fazla oluşu literatürle uyumlu gözükse de kadınların oranının görece daha yüksek olduğu söylenebilir. Bunun olası sebeplerinden biri sınıflandırma olabilir; kalp sağlığı ile ilgili çok sayıda tanı ve uygulamanın tek bir başlıkta (KVH) toplanması, daha dengeli bir dağılımı mümkün kılmış olabilir. Bu minvalde de ritim bozukluğu ön plana çıkmaktadır. Söz gelimi, çalışmamızda, ‘ME’ seçeneğini 55 erkek, 9 kadın; ‘darlık/tıkanıklık’ seçeneğini 56 erkek, 10 kadın; ‘anjio’ seçeneğini 37 erkek, 11 kadın, ‘bypass’ seçeneğini ise, 25 erkek, 5 kadın işaretlemişken; ‘ritim bozukluğu’ seçeneğini, 55 erkek, 88 kadın katılımcı işaretlemiştir. Önceden de ifade edildiği gibi, KVH tanı grubu içerisinde daha çok ME, anjina pectoris, darlık/tıkanıklık, anjiyografi, balon/stent tanı ve uygulamalarını karşılayan katılımcılara yer verildiği için erkek katılımcıların baskın oranlara sahip olması şaşırtıcı değildir.

Yine yaş ortalamasının nispeten düşük olması sebebiyle KVVH grubunun medeni durumu bekâr olanların yüzdesi (%37,2), ilgili literatürle karşılaştırıldığında yüksektir. Evli oranı ise, %54,7'dir. Bu bölümün başında, yaş değişkeni tartışmasında, yaş aralığı 50 ila 70 arasında olan çalışmaların sayısının, 50 yaş altı KVVH tanısı olan katılımcıların oluşturduğu çalışmalardan fazla olduğu vurgulanmıştı. Bunun doğal bir sonucu da yapılan çalışmalarda, KVVH tanı grubu için evli oranlarının bekâr oranlarından ciddi oranda fazla olmasıdır. Örneğin, ülkemizdeki nadir çalışmalardan birinde, 15 erkek 15 kadın periferik arter hastalığı tanısı olan katılımcı yer almıştır. 30 katılımcının 22'si 56 yaş üstüdür ve 25'i evlidir (Kandemir, 2010). Bir diğer çalışmada ise, yaş ortalaması 68,15 olan 100 kalp yetmezliği tanısı olan katılımcının 90'ı evlidir (Boğan, 2018). Dünyada da durum benzerdir; yaş ortalaması 50 ve üzerindeki araştırmalarda, evli katılımcıların bekar katılımcılara sayısal olarak ağır bastığı gözlenmektedir (Athbi ve Hassan, 2019; Köhler ve ark., 2019; Saeidi ve Komasi, 2018; Sohn ve ark., 2007). Aynı gerekçenin eğitim seviyesini de yükselttiği söylenebilir. Keza üniversite mezunu oranı yaklaşık %40 iken, lise mezunu olanların oranı %42,8'dir. Bununla birlikte ilkököl mezunun oranı ise, %17,5'tir.

KVVH risk faktörleri için çalışma grubu ve KVVH tanısı olmayan grup, sigara kullanım durumları açısından karşılaştırıldığında, KVVH grubunun KVVH tanısı olmayan gruba oranla çok daha fazla düzenli sigara içtiği görülmektedir; oranlar sırasıyla; %35,8 ve %26,4'tür. Düzenli bir şekilde sigara içiyorken bıraktığını belirtenlerin oranı ise, KVVH için %21,4 iken, KVVH tanısı olmayan grup için bu oran %15'tir. Hiç sigara içmediğini belirtenlerin oranı KVVH tanısı olmayan grupta (%48), KVVH tanı grubuna (%35,8) göre daha fazladır. Son olarak arada sırada sigara içtiğini belirtenlerin oranı KVVH için %7 iken, KVVH tanısı olmayan grup için bu oran %10,6'dır. Literatür özetinde, 'Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Etmenleri' başlığı altında vurgulandığı gibi, KVVH için sigara kullanımı birincil risk olarak ele alınmaktadır. Gerek uluslararası (Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü, 2011; Dünya Sağlık Örgütü, 2011) gerekse ulusal (Sağlık Bakanlığı, 2013) bazda güncel çalışmalar, bu duruma dikkat çekmektedir. Geniş çaplı yürütölen bir meta analiz çalışmasında, günde bir adet sigaranın bile KVVH ile ilişkili olabileceği tespit edilmiştir (Hackshaw ve ark., 2018). Ayrıca, bu çalışmada göz önünde bulundurulmayan fakat dikkatle

kontrol edilmesi gereken bir nokta da pasif içiciliktir. Nitekim bir başka meta analiz çalışmasında ise, pasif içici konumunda olan grubun, pasif içici olmayan gruba göre, koroner kalp hastalığı geliştirme ihtimali 1.25 kat daha fazladır (He ve ark., 1999). Bu veriden yola çıkarak, KVH tanı grubu içerisinde, ‘hiç düzenli içmedim’ ifadesini kullanan %35,8’lik kesimin belli oranda ‘pasif içici’ katılımcılardan oluşabileceği ön görülebilir ve bu oranın KVH tanısı olmayan gruptaki ‘hayır hiç içmedim’ ifadesini kullanan katılımcıların oranından yüksek olabileceği tahmin edilebilir. Bu alanda yapılacak ileriki araştırmaların, bu noktayı da göz önünde bulundurmasının, KVH grubu için sigaranın olası riskini daha da netleştirmesi adına önemli olduğu düşünülmektedir. KVH grubu içerisinde, düzenli sigara içiyorken bırakanların oranı %21,4’tür. Ülkemizde, “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” bağlamında sigarayı bırakma durumu irdelendiğinde, sigarayı bırakmış olanların oranının sadece %9 olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Fakat burada dikkat edilmesi gereken nokta, ifade edildiği gibi, KVH için sigara birincil risk faktörüdür. Çoğu kronik hastalıkta sigara bırakma birincil öneme sahip olmadığı için KVH grubu için bırakma oranının daha yüksek bulunması, beklenen bir durumdur. Özelde, KVH tanısı olan grup üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, sigarayı bırakma oranlarına ilişkin çok sayıda çelişkili bulgu mevcuttur. Örneklemin yatan hastalardan oluştuğu çalışmalarda (hastane koşulları ve tıbbi müdahaleler gereği genellikle sigarayı bırakmanın zorunlu olduğu durumlarda) bırakma oranlarının ciddi oranda arttığı gözlenmiştir (Perkins-Porras ve ark., 2006; Bakker ve ark., 2015). Aynı şekilde kardiyovasküler müdahalelere maruz kalmış (invazif) örneklemelerde de bırakma oranının yüksek olması beklenirken yapılan bir araştırmada, müdahale sonrası üç ay sonraki incelemelerde, 54 kişiden yalnızca 8’inin (%14) sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir (Moore ve ark., 2013). Bununla birlikte herhangi bir yatış durumuna tabii olmayan, sigarayı bırakmaya yönelik herhangi bir eğitim almayan 164 kişi, kalp krizi geçirdikten sonra takip edildiğinde, 45’inin (%27) sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir (Huijbrechts ve ark., 1996). Kalp krizi geçirmiş 323 kişinin üç yıl boyunca takip edildiği bir araştırmada ise, sigara kullanan %46’lık grubun sigara içme oranı, üç yıl sonunda ancak %44’e düşmüştür (Schlyter ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda ise, örneklem ayaktan tedavi gören gruptur. Ayrıca kalp ameliyatı gibi invazif işlem

uygulanan katılımcı oranı (%18) nispeten azdır. Literatürle karşılaştırıldığında %21,4'lük bir bırakma oranının görece yüksek olduğu söylenebilir.

Sigara kullanım değişkeni gibi sigara kullanım sıklığı açısından da KVH tanı grubu ile KVH tanısı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar söz konusudur. Açık bir şekilde KVH grubu sigara adedi olarak KVH tanısı olmayan gruba göre çok daha fazla sigara içmektedir. Şöyle ki; günde 10 ila 20 adet sigara içtiğini bildiren KVH grup içerisindeki katılımcı oranı %40,6 iken bu oran KVH tanısı olmayan grupta %38'dir. Her gün 20 adetten fazla sigara içme durumunda ise makas daha da açılmaktadır: KVH için bu oran grup içerisinde %20,6 iken, KVH tanısı olmayan grupta %9,6'dır. Sigara kullanım durumu değişkeni üzerinden literatürle özetlenen tablo düşünüldüğünde, bu oranların beklendik sonuçlar olduğu söylenebilir (Kaur ve ark., 2004; Pan ve ark., 2015; Gupta ve ark., 2016). Diğer tütün ürünleri (puro, pipo, nargile), arasında ise, oranlar birbirine çok yakındır ve anlamlı bir fark söz konusu değildir. Riskli sağlık davranışları arasında gösterilen nargile kullanımı, KVH içerisinde %3,5 (10 kişi); KVH tanısı olmayan grubunda ise, %4,1'dir (10 kişi).

KVH risk faktörlerinden alkol oranları incelendiğinde ise, yine her iki grup için de bir fark söz konusu değildir. Her iki grupta da hiç alkol almayan ya da 'nadiren özel günlerde' alkol alanların oranı yaklaşık %80'dir. Örneğin, 'her gün en az bir kadeh' alkol tüketenlerin sayısı her iki grup için de yalnızca 4'tür. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın (2013) bulgularına göre, 2011 yılı itibarıyla, erkeklerin %23'ü, kadınların ise, %4'ü alkol tüketmektedir. Bu açıdan bakıldığında, çalışma verilerimizin bu bulgu ile tutarlı olduğu söylenebilir. Fakat dünyada durum farklıdır; hem genel popülasyonda hem de KVH tanı gruplarında alkol tüketim oranları ülkemiz oranlarından çok daha fazladır. Örneğin, güncel bir çalışmada, KVH tanı grubunda bulunan 3852 kişinin, sadece 689'u (%18) hiç alkol tüketmediğini bildirmiştir. Günde en fazla bir kadeh alkol tüketen 1782 (%46); 1 ila 2 kadeh tüketen 646 (%17) ve 2 ve daha fazla tüketenler ise, 735 (%19) kişidir (Reddiess ve ark., 2020). Bir başka çalışmada ise, 5206 katılımcı yaklaşık 8 yıl boyunca takip edilmiştir. Hiç alkol tüketmediğini bildiren 1278 kişinin 102'si; ayda 1-4 kadeh tükettiğini bildiren 889 kişinin 42'si; haftada 2-7 kadeh tükettiğini bildiren 1655 kişinin 91'i; günde 1-3 kadeh

tükettiğini bildiren 1158 kişinin 73'ü ve son olarak günde 3'ten fazla kadeh tükettiğini bildiren 226 kişinin 18'i KVH'ye ilişkin bir tanı geliştirmiştir. Araştırmacılar, hafif ve orta düzeyde alkol tüketimi ile KVH riskindeki azalma arasında ilişki tespit ettiklerini fakat yüksek düzeyde alkol tüketimi ile KVH riskinde artış arasında herhangi bir ilişki tespit edemediklerini bildirmiştir. Özetle, bu çalışmada da KVH tanı grubuna dahil olan kişilerin alkol tüketim oranları çalışmamızla ve ülke verileri ile karşılaştırıldığında çok daha fazladır. Özellikle alkol kullanımının kültürel etkilerinin baskın olduğu düşünüldüğünde, yurtiçi ve yurtdışı verilerin ciddi oranda değişiklik göstermesi şaşırtıcı değildir.

Beden kitle indeksleri üzerinden yapılan karşılaştırmada ise, kilonun KVH risk faktörleri arasında yer aldığı düşünüldüğünde, anlamlı bir fark olmamasına karşın, KVH içerisinde obez/şişman olarak sınıflandırılanların oranının (%17,3), KVH tanısı olmayan gruptan (%13,3) yüksek olmasının önemli olduğu düşünülebilir. TÜİK (2020) verilerine göre, 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2019 yılı itibarıyla %21,1 olarak tespit edilmiştir. Bu verilerle karşılaştırıldığında, obez/şişman oranının bizim çalışmamızda görece daha düşük çıkması, katılımcıların kendilerini 'daha az kilolu' yansıtma motivasyonlarından kaynaklanabileceği düşünülebilir. KVH risk faktörlerinden biri olan kilo değişkenine dair çok sayıda araştırma yapılmıştır. İki çalışma, literatüre ait yaygın görüşü özetleyebilir: İlki bir meta analiz çalışmasıdır ve Kramer ve arkadaşları (2013), 10 yılı aşan takip sürelerinin olduğu sekiz araştırmayı incelemiştir. Bu süre zarfında yaklaşık 4000 KVH'ye ait gelişme kaydeden araştırmacılar, obez/şişman grubun, normal kiloda olan gruba göre, KVH geliştirme riskinin %24 daha fazla olduğunu tespit etmiştir. İkinci çalışma ise, boylamsal bir çalışmadır. Ortalama 3,6 yıl takip edilen 71,527 kişi içerisinde, ME geçirme riskinin obez/şişman olan bireylerde, normal kilodaki bireylere göre çok daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Thomsen ve Nordestgaard, 2014).

Türk Kardiyoloji Derneği (2002) ve Sağlık Bakanlığı (2013) kapsamında yapılan çalışmalarda, KVH için kontrol edilebilir risk faktörleri arasında diyabet ve yüksek tansiyon da yer almaktadır. Bu çalışmada da KVH grubunda hem diyabet hem de yüksek tansiyon oranları KVH tanısı olmayan grubuna göre daha fazladır. Diyabet

için bu fark %13,7'ye %5,3 iken; yüksek tansiyon için ise, %23,9'a %6,5'tir. Bu farklar, sırasıyla orta ve yüksek düzeyde, istatistiki olarak da anlamlıdır. Aynı şekilde astım ve KOAH gibi 'akciğer hastalıkları' başlığı altında sınıflanan tanılarda da fark söz konusudur: KVH grubunda bu oran %10,2 iken, KVH tanısı olmayan grup için %4,9'dur ve yine bu fark düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlıdır. Kontrol edilemeyen risk faktörleri arasında 'ailede KVH görülme sıklığı' yer almaktadır. Her iki grubun bu başlık altındaki karşılaştırması incelendiğinde, beklenildiği gibi (Williams ve ark., 2001; Türk Kardiyoloji Derneği, 2012) dramatik bir fark söz konusudur: KVH grubunda yaklaşık dört kişinin üçünde ailede KVH tespit edilirken; KVH tanısı olmayan grupta, yaklaşık iki kişiden birinde görülecek şekilde bulgulanmıştır.

Bu noktadan sonra, araştırmada ele alınan iki temel değişkene ait betimsel istatistiki bulgular tartışılacaktır: Önce kalp hastalıklarına ilişkin sağlık inançları değişkeni; daha sonrası ise, kişilik özellikleri değişkenine dair bulgular ele alınacaktır.

Sağlık İnanç Modeli bazında, kalp ile ilgili sağlık inançları bileşenlerini hedefleyen özel bir ölçeğe literatürde rastlanılmamıştır. Buradan hareketle, Asaroğlu ve Sertel Berk (2013), yüksek lisans tezi çalışması kapsamında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden (1984, 1993, 1997, 1999) uyarlanarak 'Kalp ile İlgili Sağlık Ölçeği'ni (KSiÖ) geliştirmiştir. İlgili çalışmada KVH tanısı almış 55 katılımcı yer almıştır. Güncel çalışmamızın öncüsü olarak görülebilecek bu çalışmanın kalp ile ilgili sağlık inanç bulguları ile güncel çalışmamızın aynı sonuçları karşılaştırıldığında hemen hemen tüm bileşenler için benzer ortalamalar elde edilmiştir. Beşli likert tipi ölçümle elde edilen puan ortalamaları açısından en düşük puanın üç, en yüksek puanın on beş olduğu algılanan duyarlılık bileşeni için yüksek lisans tez ve doktora tezi çalışmamızda ortalama puan yaklaşık dokuzdur: Her iki çalışma için de KVH gruplarının orta düzeyde algılanan duyarlılığa sahip olduğu söylenebilir. En düşük puanın altı, en yüksek puanın ise, otuz olduğu algılanan ciddiyet bileşeni için de benzer bir sonuç edilmiştir: Yüksek lisans tez çalışmasında ölçek düzeyinde ortalama yaklaşık 16 civarındayken doktora tez çalışmasında bu ortalama yaklaşık 18'dir. Sağlık motivasyonu bileşeni açısından ise, her iki çalışmada da KVH tanı grubu için diğer bileşenlere oranla puan ortalamalarında artış söz konusudur. Yüksek lisans tezi çalışmasında yüksek düzeyde sağlık motivasyonu puan ortalamalarının yüksek, güncel

çalışmamızda ise ‘görece yüksek’ olduğu söylenebilir. Algılanan yarar boyutu için ise, güncel çalışmamızda ortalama puanın yüksek düzeyde olduğu söylenebilirken yüksek lisans tezi çalışmasında ise bu ortalamanın daha düşük olmakla birlikte orta/yüksek olduğu yorumu yapılabilir. Algılanan engel düzeyinin en düşük altı, en yüksek otuz olduğu ölçüm düzeyinde ise, her iki çalışmadaki ortalamaların yaklaşık on beş olması nedeniyle benzer olduğu söylenebilir: Her iki grup için de algılanan engel puanların orta düzeyde olduğu söylenebilir. Son olarak, en düşük puanın dört, en yüksek puanın yirmi olduğu öz-etkinlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında, en yakın verilerin bu bileşende gözlendiği söylenebilir. Keza her iki çalışmada da öz etkinlik puan ortalamaları yaklaşık on beştir ve her iki grup için de öz-etkinlik puanlarının görece yüksek olduğu ifade edilebilir. Özetle; SİM varsayımları doğrultusunda, kişilerin istendik sağlık davranışlarını (örn. sigarayı bırakma ve kalp kontrolüne gitme) ortaya koyabilmeleri için algılanan tehdit boyutlarının (algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet) yüksek, sağlık motivasyonlarının, algılanan yarar düzeyinin, öz-etkinlik düzeyinin yüksek ve algılanan engel düzeyinin ise düşük olması ideal olarak sunulmaktadır. Her iki çalışmamızda da sağlık motivasyonu, algılanan yarar ve öz-etkinlik boyutları açısından ideal/istendik sonuçların gözlendiği görece söylenebilirken, algılanan tehdit (algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet) boyutunun yeterince yüksek, algılanan engel boyutunun ise, yeterince düşük olduğu görece ifade edilememektedir. KVH tanısı aldıktan sonra, sigara kullanımındaki istendik değişim için elzem görülen yüksek tehdit algısı ve düşük engel algısının istenilen seviyelerde olmaması, sigara kullanımını bırakma veya kullanmaya devam etme sonuçlarına dair ipucu sunabileceği söylenebilir. Özellikle algılanan engel boyutunun istendik düzeyde olmayışının altında çeşitli varsayımlar söz konusu olabilir. Örneğin, kişiler, sigarayı bıraktıktan sonra sorunlarıyla nasıl baş edeceklerine dair ciddi sıkıntı yaşadıklarını, depresyon ve/veya anksiyete ile baş etme için iyi bir strateji olduğunu öne sürmüşlerdir (Moore, 2013).

KVH tanısı olan ve olmayan katılımcıların KVH’ye yönelik sağlık inanç düzeyleri karşılaştırıldığında ise, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engel boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının, KVH tanı grubunda, KVH tanısı olmayan gruba göre çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Her üç bileşen için de

bu fark yüksek düzeyde anlamlıdır. Sağlık motivasyonu, algılanan yarar ve öz-etkinlik puanları açısından ise, iki grup arasında fark tespit edilmemiştir. Bulgular detaylı bir şekilde incelendiğinde, KVH tanı grubunun kalp sağlıkları ile ilgili yakın zamanda ya da gelecek dönemde sorun yaşayacaklarına dair duyarlılıklarının (algılanan duyarlılık) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde, kalp sağlıkları ile ilgili olumsuz sonuçların yaşamlarını duygusal, davranışsal ve düşünsel boyutta olumsuz etkileyeceğine dair ciddiyet boyutlarının da (algılanan ciddiyet) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Champion ve Skinner (2008), bahsi geçen her iki bileşenin ‘algılanan tehdit’ başlığını oluşturduğunu ifade etmektedir. Bu tanımdan yola çıkarak, KVH grubunun KVH tanısı olmayan gruba göre, kalp ile ilgili sağlık durumlarına yönelik algılanan tehdit boyutunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilir. Aynı yazarlara göre, istendik sağlık davranışını yerine getirmede bu bileşen yeterli olmayabilir; ayrıca, sağlık davranışının olası yararlarını yüksek, olası engellerini ise nispeten düşük olarak algılamaları gerekmektedir. Bu çalışmada ise, iki grup karşılaştırıldığında, KVH tanı grubunun algıladıkları yarar, KVH tanısı olmayan gruptan anlamlı düzeyde yüksek değildir (hatta az da olsa düşüktür). Ayrıca, algılanan engel puan ortalamaları, KVH tanısı olmayan gruba göre yüksek düzeyde anlamlı derecede daha yüksektir. Bu verilerden yola çıkarak KVH tanı grubunun %25’inin kalp kontrolüne hiç gitmediği, %48’inin ise, yılda sadece bir kere gittiği düşünüldüğünde, algılanan tehdit boyutunun tek başına yeterli olmayabileceği fikri doğrulanmış olabilir. Bu çalışmanın öncüsü kabul edilen bahsi geçen yüksek lisans tezi çalışmasında da kalp kontrolüne gitmediğini ifade eden %40’lık bir kesimin olması da bu sonucu destekler niteliktedir. Nitekim, sağlık inanç bileşenlerinin benzer bulgular ortaya koyduğu her iki çalışmamızda da sigara kullanım oranlarının oldukça yüksek olması da (yüksek lisans tez çalışmasında %51, güncel çalışmada %43) destekleyici veriler olarak görülebilir.

Betimsel istatistik bulgular başlığı altında son olarak kişilik özelliklerine ilişkin bulguların ülke ve dünya literatürü bağlamında tartışılmasına değinilecektir. Sağlık inançları değişkeni üzerinden benzer literatür tartışması yapıldığında da ifade edildiği gibi, ülkemizde, SİM ve Büyük Beşli kişilik özellikleri bağlamında, KVH tanı grubuna sahip bireylerle bu denli geniş çapta bir tanımsal çalışmanın yapılmadığının altını

çizmek gerekir. Öyle ki ülke sınırları içerisinde, bugüne kadar yapılmış tez ve makale çalışmaları etraflıca incelendiğinde, benzer bir çalışma ile, Asaroğlu ve Sertel Berk (2013) tarafından ortaya konulan yüksek lisans tez çalışması dışında, karşılaştırma fırsatı bulunmamaktadır. ‘Kişilik ve KVH’ başlığı altında az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bunlar arasında eski tarihli çalışmalar daha çok A-Tipi Davranış Örüntüsü (ATDÖ) ve KVH arasındaki ilişkiyi incelerken (Giray, 1998; Eniseler, 2007), daha yakın tarihli çalışmaların ise, D-Tipi Davranış Örüntüsü (DTDÖ) ve KVH ilişkisini ortaya koymaya yönelik olduğu söylenebilir (Sürgit, 2010; Arat, 2019; Bilir-Kaya ve Özbilgin, 2019). Bizim çalışmamızda, kişilik özelliklerinin Büyük Beşli faktörleri üzerinden araştırıldığı düşünüldüğünde, Dirik ve Şahin (2008) ve Bilir-Kaya ve Özbilgin’in (2019) nörotizm ve dışadönüklük kişilik özelliklerini ele aldığı çalışmalar benzerlik açısından ön plana çıkmaktadır. Dünya literatürü incelendiğinde ise, ülkemizdeki eğilime benzer bir örüntü söz konusudur. Fakat bizim çalışmamıza benzer şekilde çok sayıda Büyük Beşli kişilik özelliklerini içeren çalışma söz konusu olduğu için elde edilen bulgular, daha çok ülke dışındaki çalışmalarla karşılaştırılarak sunulacaktır.

KVH tanı grubu ile KVH tanısı olmayan grup, Büyük Beşli kişilik özellikleri (dışadönüklük, sorumluluk, uyumluluk, nörotizm ve olumsuz değerlik) açısından karşılaştırıldığında, yalnızca nörotizm boyutunda bir farklılık söz konusudur; KVH tanı grubunun KVH tanısı olmayan gruba oranla, nörotizm puan ortalamaları, düşük düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Güncel çalışmalardan birinde, genom çapında ilişkilendirme doğrultusunda, aralarında hemoroit, astım, kanser, KVH gibi tıbbi tanıların da olduğu on sekiz tıbbi tanı ile nörotizmin ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre, nörotizmin sadece KVH ve hipertansiyon ile genetik bir ilişkisi ortaya konulmuştur (Zhang ve ark., 2021). Bu çalışmada, kişilik özellikleri arasında sadece nörotizm boyutunun incelenmesi, bu boyutun ne denli önemli olduğunu ortaya koyan bir başka göstergedir. Aynı şekilde, bir başka güncel çalışmada da diğer dört bileşenden ziyade, yüksek düzeyde nörotizmin periferik arter hastalığı ile ilişkisi tespit edilmiştir (Toth-Vajna ve ark., 2020). Bu iki güncel çalışmayı destekler nitelikte, yüksek düzeyde nörotizmin KVH geliştirme ile ilişkisini (Jokela ve ark., 2014; Shipley ve ark., 2007), KVH risk faktörleri arasında yer alan sigara

kullanımı ile ilişkisini (Malouff ve ark., 2006), KVH risk faktörleri arasında yer alan fiziksel hareketsizlik ile ilişkisini (Wilson ve Dishman, 2015) ve yine KVH risk faktörleri arasında yer alan fazla kilolu olma ile ilişkisini (Otonari ve ark., 2012) ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur. KVH ile nörotizm arasında herhangi bir ilişkinin bulunamadığı, diğer kişilik özelliklerinin ön plana çıktığı araştırmalar da söz konusudur. Söz gelimi, Lee ve arkadaşlarının KVH tanı grubu ile KVH tanısı olmayan grubu, kişilik özellikleri açısından incelediği bir çalışmada, KVH grubunun deneyime açıklık ve dışadönüklük puanlarının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Araştırmacılar, KVH'yi önleyici faktörler için deneyime açıklık boyutunun diğer değişkenlerden bağımsız şekilde bir koruyucu özelliğinden bahsetmektedir (Lee ve ark., 2014). Yine KVH tanı grubu ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir başka araştırmada, hiçbir kişilik özelliğinin anlamlı bir farkı söz konusu değilken (Garcia ve Campayo ve ark., 2010), Taylor ve arkadaşları, yüksek düzeyde sorumluluk ve deneyime açıklık boyutlarının daha az kardiyak ölümle ilişkisini tespit etmişlerdir. Diğer bileşenlerle kardiyak ölüm oranları arasında herhangi bir ilişki ortaya konulamamıştır (Taylor ve ark., 2009). Bu araştırma örneklerinin ötesinde, daha ilginç sonuçlar, KVH stres tepkisi ile Büyük Beşli kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi hedefleyen çalışmalarda elde edilmiştir. Araştırmaların ilkinde, psikolojik stresöre karşı kortizol ve KVH stres tepkisi araştırılmıştır. Yüksek nörotizm, düşük uyumluluk ve deneyime açıklığın daha düşük kortizol ve daha az KVH stres tepkisi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte diğer iki bileşenlerden dışadönüklük ve sorumluluk boyutlarına dair herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Diğer çalışmada ise, KVH stres tepkisi ile yalnızca nörotizm boyutu (nörotizm boyutunun bu literatür açısından önemini ortaya koyan başka bir bulgu) incelenmiştir ve sonuçta herhangi bir ilişki ortaya konulmamıştır (Ahmad ve ark., 2021). Özetle, literatürde, KVH ile ilişkisi bağlamında her bir bileşenin ilişkisinin konulduğu araştırmaya rastlanılmamıştır. Bazı araştırmalarda, bir boyut, bazı araştırmalarda ise, iki veya üç boyut birlikte anlamlı ilişkiler ortaya koymuştur. En çok ön plana çıkan boyutun ise, nörotizm boyutu olduğu söylenebilir ki çoğu araştırmada KVH ile sadece nörotizmin araştırılması buna delil gösterilebilir, tüm literatür için tutarlı bir bulgudan bahsetmek mümkün değildir. Bizim çalışmamızda ise, KVH tanı grubunda KVH tanısı olmayan gruba oranla daha yüksek nörotizm

bulgusunun tespiti, literatürde nörotizmin ön plana çıktığı araştırmalar bağlamında tutarlı gibi görünmektedir. Öte yandan, yukarıda özetlendiği gibi aksi bulguları ortaya koyan çok sayıda çalışmanın olması da bu konuda ihtiyatlı bir duruşun sergilenmesi gerektiğini hatırlatmaktadır.

Bu noktaya kadar betimsel istatistiki bulgular tartışılmıştır. Sıradaki iki başlığın her birinde, çalışmamızda ele alınan iki temel soruya yönelik çalışma bulguları ele alınacaktır.

Kişilik özellikleri ve sağlık inançlarının, sigara kullanım durumu ve KVH tanısı olan ve olmayan katılımcılara göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için 2 X 4 (tanı durumu X sigara kullanım durumu) bağımsız örneklemeler için İki Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Sıradaki bölüm başlığı altında, ilk önce kişilik özelliklerinin varyans analizlerine ilişkin sonuçlar tartışılacaktır. Sonraki bölüm başlığında ise, sağlık inançlarının varyans analizlerine ilişkin sonuçlar tartışılacaktır.

4.2. KVH Tanı Durumuna Göre, Sigara Kullanım Durumunun, Kişilik Özellikleri ve KVH'ye Yönelik Sağlık İnançları ile İlişkisine Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Literatür kısmında özetlendiği gibi, genel popülasyonda, sigara kullanımı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkide başta nörotizm olmak üzere, dışadönüklük ve sorumluluk boyutları dikkati çekmektedir. Yüksek nörotizm ve dışadönüklük ile düşük sorumluluk boyutlarının düzenli sigara içme, daha fazla sigara içme ve sigara içmeye devam etme/bırakmama davranışları ile ilişkisi göze çarpmaktadır (Munafo ve ark., 2007; Sallis ve ark., 2019; Terracciano ve Costa, 2004; Raynor ve Levine, 2009; Arai ve ark., 1997; Malouff ve ark., 2006). Bizim çalışmamızda, literatürle hemen hemen aynı sonuçlar elde edilmiştir; sigara kullanımının dışadönüklük, sorumluluk ve nörotizm üzerinde anlamlı temel etkileri söz konusu iken, deneyime açıklık ve olumsuz değerlik boyutlarının herhangi bir temel etkisi söz konusu değildir. Bu

noktadan itibaren, her bir kişilik özelliğinin hangi sigara kullanım düzeyi ile ilişkisi olduğuna dair bulgular özetlenecek ve literatür verileri ışığında tartışılacaktır.

Çalışmamızda, düzenli sigara kullandığını bildiren katılımcıların dışadönüklük puan ortalamaları, hiç sigara içmediğini bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Nitekim geniş çaplı yapılan bir meta analiz çalışmasında (Munafo ve ark., 2007), genetik nedensel açıklamalar üzerine ortaya konulan bir çalışmada (Sallis ve ark., 2019) ve bizim çalışmamıza benzer kesitsel çalışmalarda (Arai ve ark., 1997; van Loon ve ark., 2005), yüksek düzeyde dışadönüklük özelliğinin düzenli sigara kullanımı ile ilişkisi ortaya konulmuştur. Çok az sayıda çalışma ise, dışadönüklüğün böyle bir özelliğini ortaya koymamıştır. Örneğin, bir çalışmada, sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre daha yüksek dışadönüklük özellikler gösterdiği yalnızca Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde tespit edilmiştir. Bu ülkeler dışında, bu bulgu doğrulanamamıştır (Malouff ve ark., 2006). Dışadönüklük ve sigara kullanımı arasındaki olası ilişkiyi araştırmacılar daha çok, dışadönüklüğün sosyal olmayı artırıcı özelliği ile düşünmektedir. Bu kişilerin sosyal etkileşimler sonucunda özellikle sigara içen grupların etkisi altında olabileceklerini vurgularken (hem sürdürmede hem de bırakmada da etkili olması açısından), ayrıca, bağımlılık ve ödül mekanizmaları ile yakından ilişkili dopaminerjik aktivitenin de genetik etki bağlamında davranışı sürdürücü etkisinin altı çizilmektedir (Munafo ve ark., 2007; Sallis ve ark., 2019). Özetle, sigara kullanımının dışadönüklük üzerindeki temel etkisine dair verilerin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Dışadönüklük boyutu için özetlenen tablo, zıt yönde, sorumluluk boyutu için de geçerlidir. Hiç düzenli sigara içmeyen grubun sorumluluk puan ortalaması, düzenli sigara içen grubun sorumluluk puan ortalamasından anlamlı derecede yüksektir. Yine aynı şekilde, sigarayı düzenli içip bırakanların sorumluluk puan ortalaması, düzenli sigara içen grubun sorumluluk puan ortalamasından anlamlı derecede yüksektir. Sorumluluk puanı yüksek olan katılımcılar, hiç ya da daha az sigara tüketmekle birlikte sigarayı bırakma konusunda da avantajlı görülmektedir. Bu sonuç, hem sorumluluk kişilik özelliğinin tanımı hem de literatür verileri göz önünde bulundurulduğunda beklendik bir sonuçtur. Nitekim, çok sayıda araştırma, düşük düzeyde sorumluluk

kişilik özelliğine sahip olmanın sigara kullanımı için risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (Terracciano ve Costa, 2004; Raynor ve Levine, 2009; Jokela ve ark., 2013; Malouff ve ark., 2006; Hsieh ve Kippersluis, 2018; Stephan ve ark., 2019). Sorumluluk özelliği yüksek olan kişilerin sosyal normlara ve toplum sağlığına ilişkin uyarılara riayet etmede daha özen göstermeleri ve öz disiplinlerin daha gelişmiş olması sebebiyle sigaradan uzak durmada veya sigarayı bırakabilmede daha avantajlı olabileceği ön görülmektedir (Roberts ve ark., 2009; Goodwin ve Friedman, 2006; akt. Jokela ve ark., 2013).

Nörotizm boyutuna ilişkin aynı analizler ise, hiç sigara içmeyen katılımcıların puan ortalamalarının hem sigarayı bırakanlardan hem de düzenli sigara içenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Başka bir deyişle ifade edilecek olursa, düzenli sigara içenlerin ve sigarayı bırakanların puan ortalamaları, hiç sigara içmeyenlerden daha yüksektir. Çelişkili gibi görünse de sonuç olarak kişilerin sigaraya başlamaları ve düzenli içmelerinin yüksek düzeyde nörotizm ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Literatür bulguları ile birlikte biraz daha detaylandırıldığında, nörotizm puanlarındaki artışın sigara kullanımdaki artış ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalardan bahsedilebilir (Munafo ve ark., 2007; Sallis ve ark., 2019). Çalışmamızla benzer şekilde, düzenli sigara içenlerin hiç sigara içmeyenlere oranla daha yüksek nörotizm puanına sahip olduğu gösterilmiştir (Terracciano ve Costa, 2004). Biri on yıl, diğeri yirmi yıl arayla veriler elde eden geniş çaplı örnekleme çalışan iki boylamsal araştırma sonuçları da nörotizm boyutundaki artışın sigara kullanımdaki artışla pozitif yönde ilişkisini ortaya koymuştur (Zvolensky ve ark., 2015; Stephan ve ark., 2019). Bahsi geçen üç kişilik özelliğinden farklı olarak, araştırmamızda, deneyime açıklık üzerinde sigara kullanımının temel etkisi tespit edilmemiştir. Büyük Beşli ve sigara kullanımı arasındaki ilişkide, diğer iki bileşenden daha çok (deneyime açıklık ve uyumluluk) dışadönüklük, nörotizm ve sorumluluk boyutları ön plandadır. Deneyime açıklık boyutu ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çok az sayıda araştırma mevcutken bu araştırmalar da zıt sonuçlar ortaya koymuştur. Söz gelimi bir boylamsal çalışma, sigara içmedeki artış ile yüksek deneyime açıklık arasında pozitif yönde bir ilişki bulurken (Zvolensky ve ark., 2015), bir diğer boylamsal çalışma ise, sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre daha az

deneyime açık olduğunu tespit etmiştir (Stephan ve ark., 2019). Uyumluluk boyutunun analiz için gerekli şartları sağlamaması nedeniyle analiz dışı tutulduğu bu çalışmada, analize tabii tutulan diğer dört bileşenin, literatürle tutarlı bir sonuç ortaya koyduğu söylenebilir. Araştırmamızda kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla kullanılan Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği'ne özgü bir bileşen olan olumsuz değerlik boyutu için de sigara kullanımının temel etkisi söz konusu değildir.

Kişilik özelliklerinin sigara kullanım durumlarına göre, KVH tanısı olan ve olmayan katılımcılarda farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan ortak etki analiz sonuçları irdelendiğinde, tanı durumu ve sigara kullanımının kişilik özellikleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu noktadan itibaren, bu sonucun güncel literatürle ilişkisi özetlenmeye çalışılacaktır.

KVH tanı grubu için en önemli risk faktörlerinden biri sigara kullanımı olduğu için, bu tanı grubunda yer alan kişilerin gerek kategorik olarak sigara içip içmedikleri gerekse sigara kullanımlarını azaltıp azaltmadıkları ilgi odağı olmuştur. Sigara kullanımı ve kişilik özellikleri arasındaki yoğun ilişki de göz önünde bulundurulduğunda, KVH grubu için bu ilişkiyi araştıran çok sayıda araştırmanın olması, şaşırtıcı değildir. Çalışmamızın temel motivasyonunu sağlayan soru da bu noktaya ilişkindir: KVH tanı grubuna özgü bir kişilik/sigara kullanımı örüntüsü söz konusu olabilir mi? Bu soruyu düşündüren çok sayıda araştırma mevcuttur. KVH tanı grubunda, kişilik özelliklerinin (örn. D-Tipi Davranış Örüntüsü) hem daha çok sigara kullanımı ile ilişkisini ortaya koyan (Svansdottir ve ark., 2012) hem de daha çok sigara kullanımı ile birlikte sigarayı bırakma konusunda daha çok zorlandıklarını bulgulayan çalışmalar (Imbalzano ve ark., 2018) vardır. Büyük Beşli kişilik özelliklerinin baz alındığı bir çalışmada, yüksek nörotizm ve düşük uyumluluk boyutlarına sahip KVH tanısı olan kişilerin daha çok sigara kullandıkları (diğer üç bileşenle sigara kullanımı arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiş olmakla birlikte), düşük sorumluluğa sahip kişilerin ise sigarayı bırakmada güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (Schlyter ve ark., 2016). Batty ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre ise, nörotik ve dışadönük

kişilerin sigara kullanımına devam etmeye daha eğilimli olduğu söylenebilir (Batty ve ark., 2016). KVH tanı grubunda, sigara kullanımını azaltma ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi en net şekilde ortaya koyan çalışmalardan biri de Weston ve Jackson'a (2015) aittir. Yazarlar, çeşitli tıbbi tanılara sahip (kanser, diyabet, KVH gibi) kişilerin tanı aldıktan sonraki sigara kullanım davranışlarını incelemiştir. Sigara kullanımını azaltmaya dair yaptıkları analizlerde, diğer gruplara göre KVH tanı grubunda olan kişilerin ön plana çıktığı gözlenmiştir. Bu kişilerin ön plana çıkan kişilik özellikleri ise, yüksek sorumluluk ve yüksek nörotizme (sağlıklı nörotikler) sahip olmasıdır. Yazarların 'sağlıklı nörotikler' olarak adlandırdığı KVH tanı grubunda yer alan bu kişiler, sigarayı azaltabilme noktasında daha avantajlıdır (Weston ve Jackson, 2015). Bu literatür bağlamında düşünüldüğünde, çalışmamızın bu verileri (özellikle Weston ve Jackson'ın (2015) bulgularını) doğruladığını söylemek mümkün değildir. Verilerimiz doğrultusunda, genelde, sigara kullanımı ve kişilik özellikleri arasında bir ilişkinin olduğu; özelde ise, hiç sigara içmemenin/daha az sigara içmenin/sigarayı azaltabilmenin, literatürle paralel olarak, düşük nörotizm, yüksek sorumluluk, düşük dışadönüklük kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Fakat mevcut çalışmada, bu ilişkinin KVH tanı grubunda yer almayan katılımcılarla karşılaştırıldığında, KVH tanı grubuna özgü bir bulgu olduğunu söylemek mümkün görünmemektedir.

Bu noktadan sonra, KVH tanısı olan ve olmayan gruplarda, sigara kullanım düzeylerine göre sağlık inançlarının farklılık gösterip göstermediğine dair önce temel etki, daha sonrasında ise ortak etki bulguları tartışılacaktır.

Çalışmamızda, sigara kullanımının algılanan duyarlılık, motivasyon, algılanan engel ve öz etkinlik üzerinde anlamlı temel etkileri söz konusu iken, algılanan ciddiyet bileşeninin herhangi bir temel etkisi söz konusu değildir.

Katılımcıların sigara kullanımları açısından algılanan duyarlılık puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farkların olduğu görülmektedir. Hiç düzenli sigara içmeyen grubun algılanan duyarlılık puan ortalaması, düzenli sigara içen grubun algılanan duyarlılık puan ortalamasından anlamlı derecede düşüktür. Hiç düzenli sigara içmeyen grubun motivasyon puan ortalaması, sigarayı düzenli içen grubun

motivasyon puan ortalamasından anlamlı derecede yüksektir. Hiç düzenli sigara içmeyen grubun algılanan engel puan ortalaması düzenli sigara içen grubun algılanan engel puan ortalamasından anlamlı derecede düşüktür. Hiç düzenli sigara içmeyen grubun öz etkinlik puan ortalaması ise, düzenli sigara içen grubun öz etkinlik puan ortalamasından yüksekken, aynı şekilde, düzenli sigara içip bırakanların öz etkinlik puan ortalaması, düzenli sigara içenlerin öz etkinlik puan ortalamasından anlamlı derecede yüksektir.

Skinner ve arkadaşları (2015), SİM bileşenlerinin sağlık davranışlarını kestirim gücünü incelemek amacıyla geniş kapsamlı dört inceleme çalışmasını analiz etmiştir. Toplam 89 adet kesitsel ve boylamsal çalışmayı içeren, 1984 ila 2010 yılları arasında yayınlanmış bu dört farklı inceleme çalışması sonucunda, yazarlar, kestirim gücü en yüksek sağlık inançları bileşeninin algılanan engel olduğunu tespit etmiştir. İkinci sırada ise, algılanan yarar bileşeni yer almaktadır. Algılanan yarar boyutunun bu etkisi, tedavi programlarına yönelik çalışmalardan (uyuşturucu tedavisine uyum gibi) ziyade riskli sağlık davranışlarını (aşı olmak gibi) önleme üzerinedir. Algılanan duyarlılık bileşeni de algılanan yarar boyutuna benzer sonuçlar sunmuştur. Ancak bu boyutun kestirim gücü, bir kereliğine ya da periyodik olarak ortaya konulan sağlık davranışlarına (tarama gibi) yöneliktir; sigarayı bırakma ya da düzenli fiziksel aktivite gibi sağlık davranışlarında kestirim gücü azalmaktadır. Janz ve Becker (1984) ile Harrison ve arkadaşlarının (1992) ortaya koydukları incelemeye göre, en zayıf sağlık inançları bileşeni algılanan ciddiye boyutu iken; Carpenter'ın (2010) inceleme sonuçları, algılanan duyarlılık boyutunun en zayıf kestirim gücü olduğunu ortaya koymaktadır (Akt. Skinner ve ark., 2015). Son olarak Skinner ve arkadaşları (2015), modele öz etkinlik boyutunun eklendiği zaman önleyici sağlık davranışlarını kestirim gücünün artıp artmadığını inceleyen herhangi bir inceleme çalışmasına rastlamadıklarını, bu noktada ek incelemelere ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Ülkemizde genel popülasyon üzerinde SİM bileşenleri ile sigara kullanımını araştıran çok az sayıda araştırma mevcuttur. İki güncel çalışmaya bakıldığında, maden işçilerinde SİM ve sigara bırakma davranışını araştıran bir çalışmanın algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiye boyutunu ön plana çıkardığı ifade edilebilir; sigara bırakma konusunda hazırlık ve eylemi sürdürme aşamasında olan işçilerin bu

bileşenlerdeki puan ortalamalarının diğer gruplardan fazla olduğu tespit edilmiştir. Algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik boyutlarının ise, sigarayı bırakma konusunda herhangi bir ilişkisi söz konusu değildir (Günçan, 2019). Kurcer ve Erdoğan da (2020) sigara bırakma programına başvuran kişilerin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan yarar puan ortalamalarının başvurmayanlara oranla daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Yazarlar ayrıca, önceki çalışmada da olduğu gibi, algılanan engel ve öz etkinlik boyutlarının sigarayı bırakma konusunda herhangi bir ilişkisini tespit etmemiştir. Ülkemizdeki bu çalışma örnekleri ile bu alanda referans alınması gerektiği düşünülen geniş çaplı inceleme çalışmalarının sonuçlarının tartışıldığı çalışma verileri çelişiktir. Söz gelimi referans çalışmada algılanan engel boyutu en güçlü yordayıcı iken, ülkemizdeki iki çalışmada bu gücün ortaya konulmasının ötesinde sigara kullanım ile (ya da bırakma) herhangi bir ilişkisi tespit edilmemiştir. En zayıf kestirim gücünün algılanan ciddiyet olarak vurgulanmasına rağmen ise, Kurcer ve Erdoğan (2020), özellikle sigara bırakabilme ile algılanan ciddiyet boyutunu ön plana çıkarmıştır. Bizim çalışmamızın ise, hem KVH tanısı olan hem de olmayan genel popülasyona dair sigara kullanım ve SİM bileşenleri arasındaki ilişkide ortaya koyduğu tablonun, Skinner ve arkadaşlarının en başta ifade edilen inceleme sonuçlarına paralel olduğunu söylemek mümkündür. Sigara kullanım konusunda, anlamlı farklar ortaya koyan boyutların algılanan duyarlılık, sağlık motivasyonu, algılanan engel ve öz etkinlik boyutlarının olduğu ifade edilebilir. Yine Skinner ve arkadaşlarının (2015) inceleme sonuçlarını referans alarak ifade ettikleri algılanan ciddiyet boyutunun en zayıf SİM bileşeni olduğu bulgusu, bizim çalışmamızda da görece gözlenmiştir; SİM bileşenleri arasında sadece algılanan ciddiyet bileşeninin sigara kullanım durumu ile herhangi bir ilişkisi tespit edilememiştir.

KVH tanısı olan ve olmayan gruplarda, sigara kullanım durumlarının SİM bileşenlerine ile ilişkisini tespit etmek amacıyla ortaya konulan ortak etki analizleri sonucunda, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve motivasyon boyutları için ortak etkileri tespit edilmemiştir. Algılanan engel ve öz etkinlik bileşenleri için ortak etki anlamlıdır.

Ortak etkiler detaylı bir şekilde irdelendiğinde, algılanan engel bileşeni için veriler şu şekilde özetlenebilir; KVH tanısı olmayanlarda, algılanan engel puanları açısından, sigara kullanım durumlarında (hiç içmeyenler-bırakanlar-arada sırada içenler-düzenli içenler) önemli farklılık gözlenmezken; KVH tanısı olanlarda ise, temel etkiye benzer bir farklılık olduğu tespit edilmiştir: En yüksek algılanan engel puan ortalaması düzenli sigara içenlerde iken, en düşük algılanan engel puan ortalaması, hiç sigara içmeyen gruptadır. Bir başka açıdan bakıldığında ise, sigara kullanım durumları açısından, KVH tanısı olan ve olmayan grubun, algılanan engel puan ortalamaları arasında fark var mıdır diye sorgulandığında, hiç düzenli sigara içmeyen ve düzenli içip bırakmış grupta puanların birbirine yakın; arada sırada sigara içenlerle düzenli sigara içen grupta ise, KVH tanısı olan grubun algılanan engel puan ortalamalarının KVH tanısı olmayan gruptan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu bölüm başlığında, literatür özetinde de ifade edildiği gibi en yüksek kestirim gücü algılanan engel bileşenidir (Akt. Skinner ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da özellikle ortak etki analizinde, sigara kullanım durumu açısından algılanan engel bileşeni ön plana çıkmıştır. KVH tanı grubunda, sigara kullanım sıklığı artış gösterdikçe kişilerin istedik sağlık davranışlarını ortaya koymada algıladıkları engelin de arttığını söylemek mümkündür. Hiç sigara içmeme durumunun ise kişilerin algıladıkları engel düzeyini azaltabileceği düşünübilir. Başka açıdan bakıldığında ise, tanı almasına rağmen halen düzenli sigara içiyor olmak, kişilerin sağlık davranışlarına yönelik engel algısını şiddetlendiriyor olabilir. Aynı şekilde bu durumu, sigara içiyorken bırakanlar için de düşünebiliriz; sigarayı bırakanların düzenli sigara içenlere göre algıladıkları engel düzeyi daha düşüktür. Hatta hiç sigara kullanmamak ya da bırakmış olmak, kişilerin kendilerine yönelik özgüvenini artırmakla birlikte diğer istedik sağlık davranışlarını ortaya koymada engelleri aşılabılır görmelerine yardımcı olabilir. Nitekim bu yoruma ilişkin değişkenimiz olan öz etkinlik boyutuna yönelik ortak etki sonuçları da bu noktayı destekler özelliktedir: KVH tanısı olmayanlarda, öz etkinlik düzeyi açısından, sigara kullanım düzeylerinde önemli farklılık gözlenmezken; KVH grubunda ise, temel etkiye benzer bir farklılık olduğu tespit edilmiştir: En yüksek öz etkinlik düzeyi hiç düzenli sigara içmeyenlerde iken, en düşük öz etkinlik düzeyi, düzenli sigara içenlerdedir. Bir başka açıdan bakıldığında ise, sigara

kullanım düzeyleri açısından, KVH tanısı olan ve olmayan grubun, öz etkinlik düzeyleri arasında fark var mıdır diye sorgulandığında, hiç düzenli sigara içmeyen grupta, KVH tanısı olan grubun öz etkinlik puanlarının KVH tanısı olmayan gruptan yüksek; sigarayı düzenli içip bırakmış olan grupta birbirine yakın; sigarayı arada sırada içen ve düzenli içenler arasında ise, KVH tanısı olan grupta, KVH tanısı olmayan gruba göre daha düşük öz etkinlik puanları olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak KVH tanı grubunda, en yüksek öz etkinlik düzeyi, hiç sigara içmeyenlerdedir. Ayrıca, algılanan engel boyutu için de geçerli olmak üzere, sigara kullanıyorken tanıdan sonra sigarayı bırakan kişiler, öz etkinlik açısından kendilerini daha güçlü hissediyor olabilirler. Tersini söylemek de mümkündür; KVH tanısı olup halen sigara içmeye devam kişiler, istedik sağlık davranışlarının ortaya konulması hususunda (örn. sigarayı bırakma) kendilerini ‘yetersiz’ hissediyor olabilir. Tanı almalarına rağmen halen sigara içiyor olmak/bırakamamak öz etkinlik değerlendirmelerine olumsuz yansımış olabilir. Kesitsel bir çalışma olduğu için özellikle KVH tanı grubunda sigara kullanımının algılanan engel ve öz etkinlik boyutlarına etki ettiğini ifade etmek mümkün değildir. Fakat özetlenen sonuçlar, sigara kullanım için özellikle hiç sigara içmemenin ve tanı alınmasına rağmen düzenli sigara içmeye devam etmenin her iki bileşen için önemli sonuçları olduğunu göstermektedir. SİM öngörülerine göre, kişilerin algılanan engel boyutları ne kadar düşük, öz etkinlik boyutları ise ne kadar yüksekse, istedik sağlık davranışlarını ortaya koyabilmeleri o denli kolaylaşacaktır. Bu minvalde düşünüldüğünde, sigara kullanım durumunun, bu bileşenlerle ilişkisini bu şekilde ortaya koyan çalışmamızın bu noktada önemli veriler sunduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, Skinner ve arkadaşlarının (2015) inceleme çalışmalarını irdelediği bulgular ışığında istedik sağlık davranışlarına etkisi bağlamında öz etkinlik boyutuna dair literatürde gözlediklerini iddia ettikleri boşluğa katkısı anlamında da çalışmamızın kıymetli olduğu söylenebilir.

Öz etkinlik boyutuna yönelik bizim çalışmamızı destekler nitelikte araştırma sonuçları mevcuttur. KVH tanısı ile takip edilen ve %31’i halen sigara içmeye devam eden katılımcıların diğer gruptakilere göre öz etkinlik puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Bakker ve ark., 2015). Diğer bir çalışmada ise, sigarayı bırakma ile sadece öz etkinlik boyutu ilişkili bulunmuştur; sigarayı bırakan grubun öz etkinlik

boyutu daha yüksektir (Heshmati, 2018). Yine bizim çalışmamızla daha bütünlüklü tutarlı sonuçlar ortaya koyan iki çalışmadan bahsedilebilir. İlkinde, tütün kullanımını bırakmaya yönelik daha az engel algılayan kişilerin bu konuda daha başarılı olduğu tespit edilirken, kişilerin algıladıkları ciddiyetin artışı ile KVVH'ye yönelik sağlık davranışların artışı arasında herhangi bir ilişki tespit edilmezken (Mahalik ve Burns, 2011); ikinci araştırmada ise, düşük algılanan engel, yüksek öz etkinlik ve sağlık motivasyonu sigara bırakma ile ilişkilidir. KVVH'ye yönelik kalıtsal ve çevresel (sağlık davranışları) atıfların kişilerin sigara kullanımını etkileyebileceği de düşünülmüştür. Bu konuda yapılan az araştırma olmasına rağmen çelişkili bulgular söz konusudur. Aralarında sigara kullanımın da bulunduğu hastalık algısını oluşturan değişkenlerin sağlık davranışlarının yalnızca %2lik varyansını açıklayabildiği bildirilmiştir. Yazarlara göre, hiçbir hastalık algısı değişkeni, sigara kullanımını, diğer değişkenlerden bağımsız bir şekilde yordamamaktadır. Katılımcılara göre, KVVH'nin başlıca iki nedeni, kalıtım ve strestir. Diyet ve sigarayı öne süren katılımcılar daha azdır (Byrne ve ark., 2005). KVVH'ye yönelik nedensel atıfların incelendiği bir başka çalışmada ise, sigara kullanmayanların hiçbirisi, KVVH sebebi olarak sigarayı görmezken (%0), sigara içen grupta bu oran %90'dır. Sigarayı bırakanların oranı ise, %47,5'tir (Perkins-Porras ve ark., 2006). Nedensel atıflara dair bu araştırmalardan farklı bulguların elde edildiği daha eski tarihli bir çalışmada ise, KVVH tanısı almalarında sigaranın çok önemli olduğunu düşünenlerin %92,2'sinin ya çok az sigara kullandıkları ya da hiç sigara kullanmadıkları gözlenmiştir (Croog ve Richards, 1977). Ayrıca yine aynı araştırmada, KVVH geliştirmelerinde sigaranın hiç önemli olmadığını söyleyenlerin %86,3'ünün de aynı şekilde ya çok az sigara kullandığı ya da hiç kullanmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmacılar, KVVH için sigaranın bir tehdit olarak algılanması ile kişilerin sigara kullanımları arasında herhangi bir ilişki tespit edilemediği sonucuna varmıştır.

Özetle, genel popülasyonda, sigara kullanım ile SİM bileşenleri arasındaki görece tutarlı ilişki, KVVH tanı gruplarında gerçekleştirilen araştırmalarda da ortaya konulmuştur. Fakat bu araştırmaların çelişkili bulgular da ortaya koyabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim çalışmamızda, KVVH tanısı olan ve olmayan gruplarda, sigara kullanımına göre, SİM bileşenlerinin (algılanan engel ve öz etkinlik)

ortak etkileri tespit edilmiştir. Daha net bir ifade ile kişilerin sigara kullanım durumlarının her iki bileşene dair ilişkisi (temel etkisi), KVH tanı grubuna özel bir şekilde sürmektedir (temel etkiye benzer bir örüntü ortaya konulmuştur).

4.3. Sigara İçme Davranışı, Kişilik ve KVH'ye Yönelik Sağlık İnançları Puanlarının, KVH Tanı Grubunda Olma Riski Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmanın birinci temel sorusu, KVH tanı durumuna göre, sigara kullanımının kişilik özellikleri ve sağlık inançları ilişkisini ortaya koymaya yöneliktir. Önceki başlıkta bu sonuçlar tartışıldığında da vurgulandığı gibi, KVH tanı durumu X sigara kullanımının kişilik özellikleri üzerinde rolü bulunmamıştır. Fakat sağlık inançları (algılanan engel ve öz etkinlik) üzerindeki ortak etkisi tespit edilmiştir. Bu verilerden yola çıkarak çalışmamızın genel olarak, KVH tanı grubu X sigara kullanımı ile yordanan değişkenler arasındaki ilişkide, kişilik özelliklerinden ziyade, SİM bileşenlerinin ön plana çıktığını söyleyebiliriz. Ortak etki sonuçlarını bir kez daha kısaca gözden geçirecek olursak, KVH tanı durumu söz konusu olduğunda, sigara kullanım düzeylerinin kişilik özellikleri üzerindeki rolünden ziyade sağlık inançları bileşenleri (algılanan engel ve öz etkinlik) üzerindeki rolü ön plana çıkmıştır.

Bu başlık altında, çalışmamızın ikinci temel sorusu irdelenmektedir: Yordayıcı değişkenlerin (sigara kullanımı, kişilik ve sağlık inançları), KVH tanı grubunda olma riski ile ilişkisi var mıdır? Birinci temel soruya ilişkin kısa özet, bize, kişilik özelliklerinden ziyade sağlık inançlarının rolünün ön planda olabileceğini ipucu olarak sunmaktadır. Nitekim ikinci temel soru için yürütülen analizlerde, KVH tanı gruplarını tahmin etme olasılıkları için $\text{Exp}(B)$ yani odd katsayıları incelendiğinde, KVH geliştirme riskini, algılanan duyarlılık puanlarındaki bir birimlik artışın yaklaşık 1.13 kat (%28,4 oranında), algılanan engel puanlarındaki bir birimlik artışın ise, yaklaşık 1.05 kat (%5 oranında) artırdığı görülmüştür. Kişilik özelliklerinin ve sigara kullanım durumunun ise, yordayıcı özelliğinden söz edilememektedir. Bu noktadan itibaren,

algılanan duyarlılık ve algılanan engel boyutlarının, bahsi geçen yordayıcılık gücüne ilişkin tartışma, literatür verileri doğrultusunda sunulacaktır.

SİM bileşenlerinin kestirim gücüne dair araştırmamızın referans olarak gördüğü çalışmada (Skinner ve ark., 2015) incelenen 89 çalışmanın ortaya koyduğu sonuca göre, kestirim gücü en yüksek bileşenin algılanan engel olması, çalışma sonuçlarımızla tutarlıdır. Çünkü bizim çalışmamızda, algılanan engel boyutu, KVH tanı grubunda olma riskini %5 kestirme oranı ile ikinci sırada yer almıştır. Fakat yine aynı yazarlar, Carpenter'ın (2010) inceleme çalışmasında, en zayıf kestirim gücüne sahip bileşenin algılanan duyarlılık olduğunu belirtmektedir (Akt. Skinner ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda ise, algılanan duyarlılık bileşeni, bahsi geçen inceleme çalışmasında olduğu gibi bir kestirim gücü sunmuştur fakat şu açıdan farklılaşmaktadır; algılanan duyarlılık, %28,4 oranında kestirim gücü ile ilk sırada yer almaktadır. Algılanan ciddiye boyutunun ise, yine bahsi geçen inceleme çalışmasında en zayıf bileşen olduğu tespit edilirken (Janz ve Becker, 1984, akt. Skinner ve ark., 2015), bunu destekleyen araştırma örnekleri önceki bölümde özetlenmişti. Literatürde kestirim gücü en zayıf bileşen olarak görülen algılanan ciddiye boyutu, ikinci temel sorumuzu oluşturan KVH tanı grubunda olma riski üzerinde de herhangi bir ilişki ortaya koymamıştır. Bu anlamda, algılanan ciddiye ilişkin hâkim eleştirinin araştırmamızın birinci ve ikinci temel sorularında doğrulandığını söylemek mümkündür. KVH tanı grubunda olma riskine dair öz etkinlik boyutunun kestirim gücü söz konusu değildir. Çalışmamız bağlamında bu noktanın da tartışılması önemlidir.

Algılanan duyarlılık boyutunun %28,4 oranında kestirim gücü ile ilk sırada yer alması, KVH tanısı olan kişilerin içerisinde bulunduğu durum açısından şaşırtıcı değildir. Bu boyuta ilişkin üç sorunun ortak özelliği yakın zamanda/ya da hayatının bir döneminde kalp krizi geçirip geçirmeyeceklerine dair tahminleri içermektedir. Zaten bu kişiler, KVH tanı grubunda oldukları için bu ihtimali KVH tanısı olmayan gruba göre çok daha fazla düşünüyor olabilir. Algılanan engel boyutu de %5'lik bir kestirim gücüne sahiptir. Önceki analiz sonuçlarında ortak etkiye dair bulgular, algılanan engel boyutu için önemli sonuçlar ortaya koymuştu; düzenli sigara içen kişilerin algılanan engel puanları daha yüksekti. KVH grubu içerisindeki

katılımcıların, istendik sağlık davranışlarını ortaya koyabilmelerine y6nelik algıladıkları engel algısının daha y6ksek olduğunu tahmin edebildiğimiz i7in bu sonu7, şaşırtıcı değildir. 76nk6 KVH grubu i7erisinde en y6ksek algılanan engel puan ortalaması d6zenli sigara i7enler arasındaydı. Ancak ortak etkiye dair sonu7larda 6z etkinlik bulguları da algılanan engel boyutuna benzer sonu7lar ortaya koymasına rağmen KVH tanı grubunda olma riski a7ısından herhangi bir kestirim g6c6 ortaya koymamaktadır.

KVH i7in 6nemli riskli sağlık davranışları arasında yer alan sigara kullanımının merkezi 6neme sahip olduğu bu 7alışmada, her ne kadar tanı 6ncesi ve sonrası sigara kullanım durumları detaylı sorularla elde edilmeye 7alışılsa da araştırmanın kesitsel desen 6zelliği nedeniyle t6m analizler i7in ge7erli olmak 6zere neden-sonu7 ilişkisini ortaya koymak m6mk6n değildir. Bu sebeple, 6zellikle hangi tip kişilik 6zelliklerinin veya sağlık bileşenlerinin sağlık davranışlarını (6rn. sigarayı bırakma) kestirebileceğini ortaya koymak i7in boylamsal 7alışmalara ihtiya7 vardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık İnanç Modeli (SİM), kişilerin sahip olduğu sağlık inançlarının/bilişlerinin tıbbi tanı öncesi ve sonrasında ortaya koyabilecekleri olası sağlık davranışları kestirebilmek amacıyla kullanılmaktadır. Literatür incelendiğinde, bu modelin istendik sağlık davranışlarını kestirmede, çeşitli tıbbi tanı durumları karşısında çelişkili bulgular ortaya koyduğu görülmektedir. Bu noktadan hareketle bu araştırmada, SİM çerçevesinde bir inceleme amaçlanmıştır; kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tanısı olan kişilerin, istendik sağlık davranışlarını (bu araştırmada sigarayı bırakma/azaltma) değerlendirmek amacıyla kişilik özelliklerinin nasıl bir rol oynadığının tespiti hedeflenmiştir.

KVH için en önemli risk faktörlerinin başında gelen sigara içme davranışını, SİM perspektifi ile birlikte kişilik özelliklerini de göz önünde bulundurarak ele alan bu çalışmanın, olası müdahale programları için önemli ipuçları sunabileceği ihtimali üzerinde durulmuştur. Özellikle, bu ilişkinin sadece belirli kişilik özelliği/özellikleri üzerinden geçerli olabileceğine dair varsayım önemlidir. Örneğin, sadece yüksek düzeyde nörotik kişilik özelliğine sahip bireylerde, tanı sonrası sigara kullanımı azalıyor/bırakılıyor olabilir. Araştırmamızı önemli kılan bir başka nokta ise, KVH grubunun, sadece KVH sınıflandırması içerisinde yer alan ME ya da inme gibi alt başlıklar üzerinden değil, tüm KVH tanı grupları üzerinden ele alınmasıdır. Nitekim sadece ME tanısı ile takip edilen popülasyonda, belirli kişilik özellikleri ile sigara kullanımı arasında çeşitli örüntüler tespit edilmiştir (Schlyter ve ark., 2016; Imbalzano ve ark., 2018; Svansdottir ve ark., 2012). Ancak tüm KVH popülasyonunu kapsayan ve direkt araştırma sorularımızla ilintili ortaya konulan çalışma sayısı yok denecek kadar azdır (Weston ve Jackson, 2015). Son olarak, ülkemizde, KVH için SİM modelinin araştırma sorularımız çerçevesinde ele alındığı herhangi bir çalışma olmamakla birlikte, araştırmamızın sadece betimsel bulgularının dahi ülkemiz literatürüne önemli referans noktalarından biri olacak olması, araştırmanın önemini bir kat daha artıran bir unsur olarak göze çarpmaktadır.

Bilimsel araştırmaların gücünü ortaya koyan en önemli unsurların başında belki de örneklem grubunun rastgele seçimi gelmektedir. Çalışmamız, belirli bir hastane ya da bölge üzerinde yoğunlaşmamıştır; ‘ulaşılabildiği kadar’ örneklem ulaşıldığı için bilimsel açıdan bir rastgelelik özelliğinden söz edilemez. Nitekim sonuç olarak araştırmacının sosyal ağı kadar bir alanda veri toplanabildiği için, elde edilen verilerin ne kadar geniş çaplı olsa da benzer psikososyodemografik özellikler göstermesi yüksek olasılıktır. Bu bağlamda, boylamsal çalışma gereğine ek olarak örneklem seçiminin rastgele olduğu çalışmalar, yanıtlanmaya çalışılan soruları daha sağlıklı ele almayı mümkün kılabilir. Örneklem ulaşım ile ilgili başka bir nokta da öz bildirim leklerinin kullanılmasıdır. Doğası gereği kişilerin değerlendirildiklerinin farkında olması sebebiyle saf veriye ulaşmada çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca, bizim çalışmamızda katılımcılar, ölçekleri kendileri doldurmuşlardır. Araştırmacı ile birebir doldurma veya tek başına doldurma arasındaki olası farklılıkları göz önünde bulundurmak önemli olabilir. Bununla birlikte, yanıtların alınma şekilleri de kontrol edilebilir. Örneğin evirimii platformda yanıtlayanlar ve matbu form aracılığı ile yanıtlayanlar karşılaştırılabilir. Bizim alışmamızda, her iki yol da denenmiştir fakat yöntem farklılığına dair herhangi bir analiz uygulanmamıştır.

Çalışmamızda, KVH tanı grubunda yer almak için kalp hastalıklarına ilişkin çok sayıda tanı veya müdahaleden herhangi birisine sahip olmak yeterliydi. Bu yönüyle, her ne kadar KVH çatısı altında toplansa da, heterojen bir örneklem grubu olduğundan bahsedilebilir. Önceden de bahsedildiği gibi, örneğin erken dönemde ritim bozukluğu tanısı almış bir bireyle kalp krizi geçirmiş bireyin, algıladıkları tehdit ya da sigara kullanımına bakışları benzer özellikler sergilemeyebilir. Fakat araştırmanın öneminin vurgulandığı başlık altında tartışıldığı gibi, KVH tanı grubunu bir bütün halinde ele alan az sayıda araştırma olması, elde edilen sonuçların KVH tanı grubunun bütününe yapılabilecek olası genellemeleri engelleyebildiği de düşünülebilir. Bu açıdan bakıldığında, araştırmamızın aynı zamanda, bu yönüyle, bir avantaj sağlayabildiği de ifade edilebilir.

Son olarak araştırmamız özelinde ve genel olarak sağlık psikolojisi içerisinde yer alan sağlık modellerinin temel varsayımları üzerine, sosyal psikoloji perspektifinden de eleştiri getirmek de mümkündür. şöyle ki; psikoloji bilimi özünde

birey üzerinde yapılan çalışmaları ihtiva etmekte fakat bireyin içerisinde bulunduğu sosyal bağlam, hem bireyin özelliklerinden hem de sosyal bağlamın özelliklerinden karşılıklı etkileşim dâhilinde var olan, dinamik bir yapı olarak anlaşılmaktadır. Bireyi değerlendirirken içerisinde bulunduğu sosyal bağlamı da tanımak amacıyla demografik bilgiler veya bireyin sosyal bağlam hakkındaki dūřunceleri aracılığı ile çeşitli sorular yöneltmesine rağmen, bahsi geçen etkileşimi ne kadar doğru temsil ettiği ayrıca bir problemdir. Keza, soru yneltlen ve bilişleri elde edilmeye çalışılan yine bireyin öznel bilişleridir ve bu birey, ne kadar sosyal bağlamında ele alınabilen bir bireydir? Bu karşılıklı etkileşimlerin dinamik halde meydana geldiği bağlamda, bilişler sabit midir yani kesitsel çalışmalar aracılığı ile çekip alınan veriler, bu ilişkinin doğasına aykırı şekilde değişmez olarak mı kabul edilmektedir? Bireyin sahip olduğu dūřnlen cinsiyet, sosyal kimlik, etnisite vb. zelliklerinin ‘gerçekte’ neleri etkilediği/nelerden etkilendiği ile bireyin bu etkileşime dair öznel bilişlerinin uyumlu olduğunu temel varsayım olarak ele almak ciddi bir eleştiri noktasıdır (Ogden, 2012).

Bilişsel elişki Kuramı’nı ne süren Leon Festinger, bireylerin inançlarına yönelik çelişki meydana geldiğinde, bilişsel olarak rahatsız olduklarını iddia etmektedir. Tutumlarla davranışlar arasında meydana gelen bu çelişkinin zihinsel dünyada rahatsızlığa sebebiyet vermesi ile kişiler, bilişsel durumlarını yeniden değerlendirmektedir (Festinger, 1957). Bu kurama bağlı olarak ve araştırmamızla yakından ilişkili bir çalışmada, sigarayı bırakıp yeniden sigara başlayanların sağlıklarına yönelik risk algısının azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca, bu durum, yalnızca yüksek benlik saygısına sahip bireylerde gözlenmiştir. (Gibbons, Eggleston ve Benthin, 1997). Bu noktadan hareketle, bireyler, KVH’ye ilişkin riskli sağlık davranışlarını değerlendirirken, rneğin SİM çerçevesinde, her ne kadar algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik bileşenlerinde istendik yanıtları sunsalar da bu durumun sağlık davranışlarına yansımaması (rneğin sigarayı azaltması/bırakması) bu model çerçevesinde anlaşılabilmektedir.

KAYNAKÇA

- AHMAD, M., TYRA, A.T., GINTY, A.T., BRINDL, R.C.: 2021
“Trait Neuroticism Does Not Relate To Cardiovascular Reactivity Or Habituation To Repeated Acute Psychosocial Stress”, **International Journal of Psychophysiology**, 165, 112–120.
- AL-ALİ, N., HADDAD, L. G.: 2004
“The Effect of the Health Belief Model in Explaining Exercise Participation among Jordanian Myocardial Infarction Patients”, **Journal of Transcultural Nursing** 15/2, 114-121
- ALFASFOS, N., DARAWAD, M.D., NOFAL, B., SAMARKANDİ, O.A., ABDULQADER, B.: 2016
“Knowledge, Attitudes, Beliefs and Perceived Risk of Acute Coronary Syndrome among Jordanian Patients”, **Health**, 8, 1830-1844.
- ALİ, N. S.: 2002
“Prediction of Coronary Heart Disease Preventive Behaviors in Women: A Test of the Health Belief Model” **Women & Health**, 35/1, 83-96.
- ALLAHVERDİPOUR, H., ASGHARİJAFARABADİ, M.,
“Functional Status, Anxiety, Cardiac Self-Efficacy, and Health Beliefs of Patients

HESHMATİ, R., HASHEMİPARAST, M.: 2013

with Coronary Heart Disease”, **Health Promotion Perspectives**, 3/2, 217-229.

ALLEN, M. S., WALTER, E. E., MCDERMOTT, M. S.: 2016

“Personality and Sedentary Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Health Psychology**, 1-9.

ALSEN, P., BRINK, E., PERSSON, L., BRANDSTRÖM, Y., KARLSON, B.W.: 2010

“Illness Perceptions Aftermyocardial Infarction Relations To Fatigue, Emotional Distress, And Health-Related Quality Of Life”, **J Cardiovasc Nurs**, 25/1, 1-10.

ARAI, Y., HOSOKAWA, T., FUKAO, A., IZUMI, Y., HISAMICHI, S.: 1997

“Smoking Behaviour And Personality: A Population-Based Study In Japan”, **Addiction**, 92/8, 1023-1033.

ARAT, R.Ş.: 2019

“Pamukkale Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Kalp Damar Hastalıkları Riskinin Saptanması ve D Tipi Kişilik Yapısı İle İlişkisi”, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

ASAROĞLU, C.: 2013

“İş Stresinin Klinik Belirtiler Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün ve Sağlık İnançlarının Medyator Etkisi”,

Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi,
Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ATHBİ, H.A., HASSAN, H.B.: 2019

“Health Beliefs of Patients with Coronary Heart Disease toward Secondary Prevention: The Health Beliefs Model as a Theoretical Framework” **Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology**, 13/2, 272– 278.

BAKAN, A.B.: 2013

“Sağlık İnanç Ve Transteoretik Modellere Temelli Verilen İki Ayrı Eğitimin Hemşirelerde Sigara Bıraktırmaya Etkisinin Karşılaştırılması”, **Doktora Tezi**, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

BAKKER, E.C., NIJKAMP, M.D.,
SLOOT, C., BERNDT, N.C.,
BOLMAN, C.A.W.: 2015

“Intention to Abstain From Smoking Among Cardiac Rehabilitation Patients: The Role of Attitude, Self-efficacy, and Craving”, **Journal of Cardiovascular Nursing**, 30/2, 172-179.

BALTAŞ, Z.: 2008

Sağlık Psikolojisi, 4.Basım, İstanbul,
Remzi Kitabevi.

- BATTY, G.D., JOKELA, M.,
KIVIMAKI, M., SHIPLEY, M.: 2016
“Examining the Long-Term Association of
Personality With Cause-Specific Mortality
in London: Four Decades of Mortality
Surveillance in the Original Whitehall
Smoking Cessation Trial”, **American
Journal of Epidemiology**, 184/6, 436–441.
- BAYAR, N., GÜVEN, R., ERKAL, Z.,
AKYOL, K.C., EDEBALI, M.İ.,
KÜÇÜKSEYMEN, S., ARSLAN, Ş.:
2017
“Assessment Of The Association Between
The Personality Traits Of Young Patients
With Acute Coronary Syndrome And The
Severity Of Coronary Artery Disease”,
Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 45/6,
514-519.
- BECKER, M.H.: 1974
“The Health Belief Model and Personal
Health Behavior.”, **Health Education
Monographs**, 2, 324–473.
- BECKER, M.H., MAIMAN, L.A.: 1975
“Sociobehavioral Determinants of
Compliance with Health and Medical Care
Recommendations”, **Medical Care**, Jan.,
13/1, 10-24.
- BİLİR-KAYA, B., ÖZBİLGİN, N.: 2019
“Does Type D Personality Inhibit Benefits
of Cardiac Rehabilitation?”, **Haydarpaşa
Numune Medical Journal**, 59/3, 244–249.
- BLOOM, B.L.: 1988
“**Health Psychology. A Psychological**

Perspective ", 1.Basım, New Jersey, Prentice Hall.

BOĞAN, F.: 2018

"Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi", **Yüksek Lisans Tezi**, Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

BOYDAK, B.: 2001

"Akut Miyokard Infarktüsü ve Anstabil Angina Pectoris" **sted**, 10/10, 378-381.

BYRNE, M., WALSH, J., MURPHY, A.W.: 2005

"Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: Patient Beliefs And Health-Related Behaviour", **Journal Of Psychosomatic Research**, 58, 403– 415.

CHAMPION, V. L.: 1999

"Revised Susceptibility, Benefits, and Barriers Scale for Mammography Screening", **Res. Nurs. Health**, 22, 341-348.

CHAMPION, V. L.,
SKINNER, C. S.: 2008

"The Health Belief Model", Editör: Karen Glanz v.d., **Health Behavior and Health Education**, 4.Basım, San Francisco John Wiley & Sons, Inc.

CONNER, M., NORMAN, P.: 2005

“Predicting Healt Behaviour: A Social Cogniton Approach”, Predicting Health Behaviour, 2.Basım, Berkshire, Open University Press

CRAWSHAW, J., AUYEUNG, V.,
NORTON, S., WEINMAN, J.: 2016

“Identifying Psychosocial Predictors Of Medication Non-Adherence Following Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review And Meta-Analysis”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 90, 10-32.

CROOG, S.H., RICHARDS, N.P.: 1977

“Health Beliefs and Smoking Patterns In Heart Patients and Their Wives: A Longitudinal Study”, **Am J, Public Health** 67, 921-930.

ÇENESİZ, E, ATAĞ, N.: 2007

“Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, 6/6, 427-434.

DENOLLET, J., BRUTSAERT, D.L.:
1998

“Personality, Disease Severity, And The Risk Of Long-Term Cardiac Events In Patients With A Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction”, **Circulation**, 97, 167-173.

DİRİK, G., ŞAHİN, G.: 2008

“Kişilik Özellikleri, Hostilite (Düşmanlık, Öfke) Ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastaların Kaygı Ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi”, **U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi.**, 9/15, 249-26

DUNKEL, A., KENDEL, F., LEHMKUHL, E., HETZER, R., REGITZ-ZAGROSEK, V.: 2011

“Causal Attributions Among Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery: Gender Aspects And Relation To Depressive Symptomatology”, **J Behav Med**, 34/351, 9.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2017

“Cardiovascular Disease (CVDs)”, (Çevrimiçi) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases \(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases (cvds)), 10 Haziran 2020.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2020

“Tobacco”,(Çevrimiçi) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=Tobacco%20kills%20more%20than%208,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries.>, 15 Temmuz 2020.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2011

“Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control”,(Çevrimiçi)
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en.15
Temmuz 2020.

DWAN, T., OWNSWORTH, T.: 2019

“The Big Five Personality Factors And Psychological Well-Being Following Stroke: A Systematic Review”, **Disability And Rehabilitation**, 41/10, 1119-1130.

ELSHATARAT, R.A., STOTTS, N.A.,
ENGLER, M., FROELICHER, E.S.:
2013

“Knowledge and Beliefs About Smoking and Goals for Smoking Cessation in Hospitalized Men With Cardiovascular Disease”, **Heart & Lung** 42, 126-132.

ENGEL, G.L: 1977

“The Need For A New Medical Model: A Challenge For Biomedicine”, **Science**, 196: 129–35.

ENGEL, G.L: 1980

“The Clinical Application of The Biopsychosocial Model”, **American Journal of Psychiatry**, 137: 535–44.

ENİSELER, A G.: 2007

“Kalp-Damar Hastalarında, A Tipi Davranış ve Öfke Analizi”, **Yüksek Lisans Tezi**, Celal Bayar Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

FESTINGER: 1957

“A Theory Of Cognitive Dissonance”, **California: Stanford University Press.**

FOX, K., GARCIA, M.A.A.,
ARDISSINO, D., BUSZMAN, P.,
CAMICI, P.G., CREA, F., DALY, C.,
DE BUCKER, G., V.D.: 2006

“Kararlı Angina Pektoris Tedavi Kılavuzu”, **European Heart Journal**, 27, 1341-1381.

FOXWELL, R., MORLEY, C.,
FRIZELLE, D.: 2013

“Illness Perceptions, Mood And Quality Of Life: A Systematic Review Of Coronary Heart Disease Patients”, **Journal of Psychosomatic Research**, 75, 211–222.

GARCIA-CAMPAYO, J., ROSEL, F.,
SERRANO, P., SANTED, M.A.,
ANDRES, E., ROCA, M., SERRANO-
BLANCO, A., LATRE, M.L.: 2010

“Different Psychological Profiles in Non-Cardiac Chest Pain And Coronary Artery Disease: A Controlled Study”, **Rev. Esp. Cardiol.**, 63/3, 357-361.

- GEREND, M.A., AIKEN, L.S., WEST, S.G.: 2004
“Personality Factors In Older Women’s Perceived Susceptibility To Diseases Of Aging”, **Journal Of Personality**, 72/2, 243-270.
- GIBSONS, F.X., EGGLESTON, T.J., BENTHIN, A.C.: 1997
“Cognitive Reactions To Smoking Relapse: Reciprocal Relation Between Dissonance And Self-Esteem”, **Journal Of Personality and Social Psychology**, 72/1, 184–195.
- GİRAY, A.: 1998
“Tıp A Davranış Örüntüsü ve Koroner Kalp Hastalıkları Üzerine Bir Çalışma”, **Yüksek Lisans Tezi**, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- GLASSER, M. A: 1958
“A Study of The Public's Acceptance If the Salk Vaccine Program.”, **Am. J. Public Health**, 48-141.
- GLANZ, K., RIMER, B. K., VISWANATH, K. 2015
“Health Behavior : Theory, Research, And Practice”, 5. Basım, San Francisco Wiley & Sons, Inc.

GOCHMAN, D.S.: 1982

“Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives on Future Research.”, **Health Education Quarterly**, 9, 167–174.

GOCHMAN, D.S.: 1997

“Health Behavior Research: Definitions and Diversity.”, Editor: D.S. Gochman, **Handbook of Health Behavior Research, Vol. I. Personal and Social Determinants**, New York, Plenum Press.

GOODWIN, R., ENGSTORM, G.: 2002

“Personality And The Perception Of Health In The General Population” **Psychological Medicine**, 32, 325-332.

GODIN, G., VALOIS, P., JOBIN, J.:
1991

“Prediction of Intention to Exercise of Individuals Who Suffered From Coronary Heart Disease”, **Journal of Clinical Psychology**, 47/6, 762-772.

GUPTA, T., KOLTE, D., KHERA, S.,
HARIKRISHNAN, P., MUJIB, M.,
WILBERT S., JAIN, D., AHMED, A.,
COOPER, H.A., FRISHMAN, W.H.,
BHATT, D.L., FONAROW, G.C.,
PANZA, J.A.: 2016

“Smoker’s Paradox In Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention”, **Journal of the American Heart Association**, 5/4.

GÜNCAN, N.Y.: 2019

“Maden İşçilerinin Sigara Bırakmaya Yönelik Davranışları ve Sigara Bırakmada Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği”, **Yüksek Lisans Tezi**, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

HICKS, R.E., MEHTA, Y.: 2018

“The Big Five, Type A Personality, and Psychological Well-Being”, **International Journal of Psychological Studies**, 10/1, 49-58.

HSIEH, C., KIPPERSLUIS, H.: 2018

“Smoking Initiation: Peers And Personality”, **Quantitative Economics**, 9, 825–863.

HUIJBRECHTS, I.P.A.M.,
DUIVENVOORDEN, H.J., DECKERS,
J.W., LEENDERS, I.C.M., POP,
G.A.M., PASSCHIER, J., ERDMAN,
R.A.M.: 1996

“Modification of Smoking Habits Five Months After Myocardial Infarction: Relationship With Personality Characteristics” **Journal of Psychosomatic Research**, 40/4, 369-378.

IMBALZANO, E., VATRANO, M.,
QUARTUCCIO, S., CERAVOLO, R.,
CICONTE, V.A., ROTELLA, P.,
PARDEO, R., TRAPANI, G., FAZIO,
P., GARCIA, C., COSTANTINO, R.,
SAITTA, A., MANDRAFFINO, G.:
2018

“Effect Of Type D Personality On Smoking
Status And Their Combined Impact On
Outcome After Acute Myocardial
Infarction”, **Clinical Cardiology**, 41, 321–
325.

JOKELA, M., BATTY, G.D.,
NYBERG, S.T., VIRTANEN, M.,
NABI, H., MANOUX, A., KIVIMAKI,
M.: 2013

“Personality And All-Cause Mortality:
Individual-Participant Meta-Analysis Of
3,947 Deaths In 76,150 Adults” **American
Journal Of Epidemiology**, 178/5, 667–
675.

JOKELA, M., PULKKI-RABACK, L.,
KIVIMAKI, M.: 2014

“Personality Traits As Risk Factors For
Stroke And Coronary Heart Disease
Mortality: Pooled Analysis Of Three Cohort
Studies”, **J Behav Med**, 37/5, 881-9.

JUERGENS, M.C., SEEKATZ, B.,
MOOSDORF, R.G., PETRIE, K.F.,
REIF, W.: 2010

“Illness Beliefs Before Cardiac Surgery
Predict Disability, Quality Of Life, And
Depression 3 Months Later”, **J Psychosom
Res**, 68/553, 60.

KANDEMİR, B.: 2010

“Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Sağlık Eğitiminin Periferik Arter Hastalarının Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi”. **Yüksek Lisans Tezi**, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.

KASL, S.V., COBB, S.: 1966

“Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: I. Health and Illness Behavior.”, **Archives of Environmental Health**, 12, 246–266.

KATTA, N., LOETHEN, T., LAVIE, C.J., ALPERT, M.A.: 2020

“Obesity and Coronary Heart Disease: Epidemiology, Pathology, and Coronary Artery Imaging”, **Current Problems in Cardiology**, 1-26.

KATZ, D.A., GRABER, M., BIRRER, E., LOUNSBURY, P., BALDWIN, A., HILLIS, S.L., CHRISTENSEN, A.J.: 2009

“Health Beliefs Toward Cardiovascular Risk Reduction in Patients Admitted to Chest Pain Observation Units”, **Academic Emergency Medicine**, 16, 379–387.

KAUR S., COHEN, A., DOLOR, R., COFFMAN, C.J., BASTIAN, L.A.: 2004

“The Impact of Environmental Tobacco Smoke on Women's Risk of Dying from

Heart Disease: A Meta-Analysis”, **Journal of Women’s Health**, 13/8.

KIRSCHT, J.P.: 1974

“The Health Belief Model and Illness Behavior.” **Health Education Monographs**, 2, 2387–2408.

KİM, S., STEWART, R., BAE, K.,
KİM, S., SHİN, I., HONG, Y.J., AHN,
Y., JEONG, M.H., YOON, J., KİM, J.:
2016

“Influences Of The Big Five Personality Traits On The Treatment Response And Longitudinal Course Of Depression İnpatients With Acute Coronary Syndrome: A Randomised Controlled Trial”, **Journal of Affective Disorders**, 203, 38-45.

KOMŞUOĞLU, B., URAL, E.: 2004

“Koroner Kalp Hastalıkları”, Editör: Baki Komşuoğlu **Klinik Kardioloji**, 1.Basım Kocaeli, Nobel Tıp Kitabevleri.

KORIN, M.R., CHAPLIN, W.F.,
SHAFFER, J.A., BUTLER, M.J., OJIE,
M., DAVIDSON, K.W.: 2012

“Men’s and Women’s Health Beliefs Differentially Predict Coronary Heart Disease Incidence in a Population-Based Sample” **Health Education & Behavior**, 40/2, 231–239.

KURCER, M.A., ERDOĞAN, Z.: 2020 “Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeğinin Geliştirilmesi”, **ACU Sağlık Bil Derg**, 11/3, 464-470

KÖHLER, A.K., NILSSON, S.,
JAARSMA, T., TİNGSTRÖM, P.: 2017 “Health Beliefs About Lifestyle Habits Differ Between Patients And Spouses 1 Year After A Cardiac Event – A Qualitative Analysis Based On The Health Belief Model”, **Scand J Caring Sci**, 31, 332–341.

KRAMER, C.K., ZINMAN B.,
RETNAKARAN, R.: 2013 “Are Metabolically Healthy Overweight and Obesity Benign Conditions?”, **Ann Intern Med**, 159, 758-769.

KWON, M., KANG, J.: 2018 “Mediating Effect Of Illness Perception On The Relationship Between Type D Personality And Health Behaviors Among Coronary Artery Disease Patients”, **Health Psychology Open**, 1-8.

LEE, H.B., OFFIDANI, E.,
ZIEGELSTEIN, R.C., BIENVENU, O.J., “Five-Factor Model Personality Traits as Predictors of Incident Coronary Heart

SAMUELS, J., EATON, W.W., DISEASE IN THE COMMUNITY: A 10,5-YEAR
NESTADT, G.: 2014 Cohort Study Based on the Baltimore
Epidemiologic Catchment Area Follow-Up
Study”, **Psychosomatics**, 55, 352-361.

MAHALIK, J.R., BURNS, S.M.: 2011
“Predicting Health Behaviors in Young Men
That Put Them at Risk for Heart Disease”,
Psychology of Men & Masculinity, 12/1,
1-12.

MALOUFF, J.M., THORSTEINSSON,
E.B., SCHUTTE, N.S.: 2006
“The Five-Factor Model Of Personality And
Smoking: A Meta-Analysis”, **J. Drug
Education**, 36/1, 47-58

MIROTNIAK, J., FELDMAN, L.
STEIN, R.: 1995
The Health Belief Model and Adherence
with a Community Center-Based,
Supervised Coronary Heart Disease
Exercise Program”, **Journal of
Community Health**, 20/3 233-247.

MOLLOY, G.J., RANDALL, G.,
WIKMAN, A., PORRAS, L., BÜRGY,
N., STEPTOE, A.: 2012
“Type D Personality, Self-Efficacy, And
Medication Adherence Following An Acute

- Coronary Syndrome”, **Psychosomatic Medicine**, 74, 100-106.
- MOLS, F., DENOLLET, J., KAPTEIN, A.A., REEMST, P.H.M., THONG, M.S.Y.: 2012 “The Association Between Type D Personality And Illness Perceptions In Colorectal Cancer Survivors: A Study From The Population-Based PROFILES Registry”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 73, 232–239.
- MOORE, L.C., CLARK, P.C., LEE, S., ERIKSEN, M., EVANS, K., SMITH, C.H.: 2013 “Smoking Cessation in Women at the Time of an Invasive Cardiovascular Procedure and 3 Months Later”, **Journal of Cardiovascular Nursing**, 28/6, 524-533.
- MUNAFO, M.R., ZETTELER, J.I., CLARK, T.G.: 2007 “Personality And Smoking Status: A Meta-Analysis”, **Nicotine & Tobacco Research**, 9/3, 405–413.
- MUSICH, S., OZMINKOWSKI, R.J., BOTTONE, F.G., HAWKINS, K., WANG, S.S.: 2014 “Barriers to Managing Coronary Artery Disease Among Older Women”, **Journal of Women and Aging**, 26, 146-159.
- OGDEN, J.: 2012 “The Context of Health Psychology”, **Health Psychology: A Textbook**, 5. Basım Berkshire, Open University Press.

- O'DELL, K.S., MASTERS, K.S., SPIELMANS, G.I., MAISTO, S.A: 2011 "Does Type-D Personality Predict Outcomes Among Patients With Cardiovascular Disease? A Meta-Analytic Review", **Journal Of Psychosomatic Research**, 71, 199-206.
- QUAST, L.F., COLINA, A.M., CUSHMAN, G.K., REA, K.E., EATON, C.K., LEE, J.L., GEORGE, R.P., BLOUNT, R., L.: 2020 "Adherence Barriers For Adolescent And Young Adult Transplant Recipients: Relations To Personality", **Journal Of Pediatric Psychology**, 45/5, 540–549.
- OLDGRIDGE, N.B., STREINER, D.L: 1990 "The Health Belief Model: Predicting Compliance and Dropout in Cardiac Rehabilitation", **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 22/5, 678-683.
- OTONARI, J., NAGANO, J., MORITA, M., BUDHATHOKI, S., TASHIRO, N., TOYOMURA, K., KONO, S., IMAI, K., OHNAKA, K., TAKAYANAGI, R.: 2012 "Neuroticism And Extraversion Personality Traits, Health Behaviours, And Subjective Well-Being: The Fukuoka Study (Japan)", **Quality of Life Research**, 21/10, 1847–55.
- PAN, A., WANG, Y., TALAEI, M., HU, F.B.: 2015 "Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis

- and Systematic Review”, **American Heart Association, Inc.**, 132, 1795–1804.
- PERKINS-PORRAS, L., WHITEHEAD, D.L., STEPTOE, A.: 2006 “Patients’ Beliefs About The Causes Of Heart Disease: Relationships With Risk Factors, Sex And Socio-Economic Status”, **European Journal Of Cardiovascular Prevention And Rehabilitation**, 13, 724–730.
- PROCHASKA J.O., DICLEMENTE C.C.: 1982 “Transtheoretical Therapy: Toward A More Integrative Model Of Change”, **Psychotherapy: Theory, Research, And Practice**, 19, 276–288.
- RAYNOR, D.A., LEVINE, H.: 2009 “Associations Between The Five-Factor Model Of Personality And Health Behaviors Among College Students”, **Journal Of American College Health**, 58/1, 73-82.
- RAHİMİ, T., SHOJAEİ, S., MİYANDASHTİ, M., AMİNİ, Z., KHAZİR, Z.: 2017 “Promotion of Preventive Behaviors of Cardiovascular Diseases Using Health Belief Model in Women Referring to Health Centers in Qom, Iran”, **Qom Univ Med Sci**.
- RASSART, J., LUYCKX, K., GOOSENS, E., APERS, S., KLIMSTRA, T.A., MOOSN, P.: 2013 “Personality Traits, Quality Of Life And Perceived Health in Adolescents with

Congenital Heart Disease”, **Psychology & Health**, 28/3, 319–335.

REDDIESS, P., AESCHBACHER, S.,
MEYRE, P., COSLOVSKY, M.
KUHNE, M., RODONDI, N.,
BARETELLA, O., BEER, J.H.,
KOBZA, R., MOSCHOVÍTIS, G.,
VALENTINO, M., MULLER, M.,
STEINER, F., BONATÌ, L.H.,
STICHERLING, C., OSSWALD, S.,
CONEN, D.: 2020

“Alcohol Consumption And Risk Of Cardiovascular Outcomes And Bleeding In Patients With Established Atrial Fibrillation”, **CMAJ**, 193, 117-123.

REGES, O., VILCHINSKY, N.,
LEIBOWITZ, M., KHASKIA, A.,
MOSSERI, M., KARK, J.: 2013

“Illness Cognition As A Predictor Of Exercise Habits And Participation In Cardiac Prevention And Rehabilitation Programs After Acute Coronary Syndrome”, **BMC Public Health**, 13/956.

RIMER, B.K., GLANZ, K., RASBAND, G.: 2001

“Searching for Evidence About Health Education and Health Behavior Interventions.”, **Health Education and Behavior**, 28, 231–248.

ROSENSTOCK, I. M.: 1974

“Historical Origins of the Health Belief Model”, **Health Educaiton Monographs**, 2/4, 328-329

SAEIDI, M., KOMASI, S.: 2018

“A Predictive Model of Perceived Susceptibility during the Year before Coronary Artery Bypass Grafting”, **Teh Univ Heart Ctr**, 13/1, 6-12.

SALLIS, H.M., SMITH, G.D.,
MUNAFO, M.R.: 2019

“Cigarette Smoking And Personality: Interrogating Causality Using Mendelian Randomisation”, **Psychological Medicine**, 49, 2197–2205.

SHAN, Z., LI, Y., BADEN, M.Y,
BHUPATHIRAJU, S.N., WANG, D.D.,
SUN, Q., REXRODE, K.M., RIMM,
E.B., QI, L., WILLET, W.C.,
MANSON, J.E., QI, Q., HU, F.B.: 2020

“Association Between Healthy Eating Patterns and Risk of Cardiovascular Disease”, **JAMA Internal Medicine**, 180/8, 1090-1010.

SHANKS, L. C.: 2009

“Usefulness of the Health Belief Model in Predicting Cardiac Rehabilitation Initiation”, **The Journal of Theory Construction & Testing**, 13/1, 33-36.

SHEERAN, P., MAKI, A.,
MONTANARO, E., AVISHAI-
YITSHAK, A., BRYAN, A., KLEIN,
W. M. P., MILES, E., & ROTHMAN,
A. J.: 2016

“The Impact of Changing Attitudes, Norms, And Self-Efficacy On Health-Related Intentions and Behavior: A Meta-Analysis.”, **Health Psychology**, 35/11, 1178-1188.

SHIPLEY, B.A., WEISS, A., DER, G.,
TAYLOR, M.D., DEARY, U.: 2007

“Neuroticism, Extraversion, And Mortality in the UK Health And Lifestyle Survey: A 21-Year Prospective Cohort Study”, **Psychosom Med**, 69/9, 923–31.

SOYLU, K.: 2012

“Kararlı Angina Pektoris”, **Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi**, 29, 117-121.

SÜRGİT, A.: 2010

“D Tipi Kişilik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki”, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Psikiyatri AnaBilim Dalı, Ankara.

SVANSDOTTIR, E., BROEK, K.C., KARLSSON, H.D., GUDNASON, T., DENOLLET, J.: 2012

“Type D Personality is Associated With Impaired Psychological Status And Unhealthy Lifestyle in Icelandic Cardiac Patients: A Cross-Sectional Study”, **BMC Public Health**, 12/42, 1-10.

STAFFORD, L., JACKSON, H.J., BERK, M.: 2008

“Illness Beliefs About Heart Disease and Adherence to Secondary Prevention Regimens”, **Psychosomatic Medicine**, 70, 942–948.

SCHLTER, M., LEOSDOTTIR, M., ENGSTÖRM, G., PETERSSON, L., TYDEN, P., ÖSTMAN, M.: 2016

“Smoking Cessation After Acute Myocardial Infarction In Relation To Depression And Personality Factors”, **Int.J. Behav. Med**, 23, 234–242

SCHMITZ, J.M., SPIGA, R.,
RHOADES, H.M., FUENTES, F.,
GRABOWSKI, J.: 1999

“Smoking Cessation in Women With Cardiac Risk: A Comparative Study of Two Theoretically Based Therapies”, **Nicotine and Tobacco Research**, 1, 87-94.

SOHN, M., STOTTS, N.A.,
BENOWITZ, N., CHRISTOPHERSON,
D., KIM, K.S., JANG, Y.S., AHN, M.S.,
FROELICHER, E.S.: 2007

“Beliefs About Health, Smoking, And Future Smoking Cessation Among South Korean Men Hospitalized For Cardiovascular Disease”, **Heart & Lung** 36/5, 339 –347.

STEPHAN, Y., SUTIN, A.R.,
LUCHETTI, M., CAILLE, P.,
TERRACCIANO, A.: 2019

“Cigarette Smoking And Personality Change Across Adulthood: Findings From Five Longitudinal Samples”, **Journal Of Research In Personality**, 81, 187–194.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL
MÜDÜRLÜĞÜ: 2010

“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı”, Editör: Nihat Tosun v.d. Ankara.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL
MÜDÜRLÜĞÜ: 2013

“Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”, Editör: Belgin Ünal v.d. Ankara.

- TABACHNICK, B. G., FIDELL, L. S.: 2013 “Using Multivariate Statistics”, 6th Edn. Northridge. CA: California State University.
- TABERNERO, C., DOMINGO, T.G., VECCHIONE, M., CUADRADO, E., MAYEN, R.S., RUBÍO, S., ARENAS, A., LÍSTA, D., PEREZ, P., LUQUE, B.: 2019 “Longitudinal Study On Perceived Health In Cardiovascular Patients: The Role Of Conscientiousness, Subjective Wellbeing And Cardiac Self-Efficacy”, **Plos One**, 14/10, 1-13.
- TAYLOR, M.D., WHITEMAN, M.C., FOWKES, G.R., LEE, A.J., ALLERHAND, M., DEARY, I.J.: 2009 “Five Factor Model Personality Traits and All-Cause Mortality in the Edinburgh Artery Study Cohort”, **Psychosomatic Medicine**, 71, 631–641.
- TEDİK, S.E.: 2019 “Adölesanlarda Sağlık İnanç Modeli Temelli Yaratıcı Drama Eğitiminin Sağlık Denetim Odağı Ve Sigara Algısına Etkisi”, **Doktora Tezi**, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- TERRACCIANO, A., COSTA, P.T.: 2004 “Smoking And The Five-Factor Model Of Personality”, **Addiction**, 99, 472–481.

THOMSEN, M., NORDESTGAARD,
B.G.: 2014

“Myocardial Infarction and Ischemic Heart Disease In Overweight and Obesity With and Without Metabolic Syndrome”, **JAMA Intern Med.**, 174/1, 15-22.

TOTH-VAJNA, G., TOTH-VAJNA, Z.,
BALOG, P., THEGE, B.K.: 2020

“Depressive Symptomatology and Personality Traits In Patients With Symptomatic and Asymptomatic Peripheral Arterial Disease”, **BMC Cardiovascular Disease**, 20/304.

TUNCAY, S., DEMİRHAN, İ., ŞAHİN,
S., KAPLAN, S.: 2019

“Sağlık İnanç Modeli Örneği: Tütün Bağımlısı Gebe”, **Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi**, 2/1, 38-46.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ:
1998

“Akut Miyokard İnfarktüsünde Hastane Öncesi Yaklaşım ve Tedavi”, Hazırlayan: Ümit Aker v.d., Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi Kılavuzu, (Çevrimiçi)

<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm>, 20

Haziran 2020.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ:
1999

“Kronik Koroner Kalp Hastalığı”, Editör:
Altan Onat, **Türk Kardiyoloji Derneği**
Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve
Tedavi Kılavuzu, (Çevrimiçi)
<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/61c0b.htm?wbnum=1306> 10 Temmuz 2020.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ:
1999

“Koroner Arter Hastalığında Spektrum ve
Risk Belirleme” Editör: Altan Onat, **Türk**
Kardiyoloji Derneği Koroner Arter
Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu
(Çevrimiçi),
<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/37a7a.htm?wbnum=1303> 10 Temmuz 2020.

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU:
2017

“Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017”
(Çevrimiçi)
http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620&utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+tuikbulten+%28T%C3%9C%C4%B0K-Haber+B%C3%BCltenleri+%28Son+1+Ay%29%29, 15 Temmuz 2020.

ULUSAL KALP, AKCİĞER VE KAN

“What Are Coronary Heart Disease Risk

ENSTİTÜSÜ: 2011

Factors?” (Çevrimiçi),
<http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hd/>, 21 Haziran 2020.

ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ: 2018

Cardiovascular disease” (Çevrimiçi),
<https://www.nhs.uk/conditions/cardiovascular-disease/>, 22 Haziran 2020.

VERSTEEG, H., SPEK, V.,
PEDERSEN, S.S., DENOLLET, J.:
2011

“Type D Personality And Health Status In Cardiovascular Disease Populations: A Meta-Analysis Of Prospective Studies”, **European Journal Of Preventive Cardiology**, 19/6, 373–1380.

VAN LOON, A.J.M., TIJHUIS, M.,
SURTEES, P.G., ORMEL, J.: 2005

“Determinants Of Smoking Status: Cross-Sectional Data On Smoking Initiation And Cessation”, **European Journal Of Public Health**, 15/3, 256–261.

WESTON, S.J., JACKSON, J.J.: 2015

“Identification Of The Healthy Neurotic: Personality Traits Predict Smoking After Disease Onset”, **Journal Of Research In Personality**, 54, 61–69.

- WILLIAMS, L., O'CONNOR, R.C., GRUBB, N.R., O'CARROLL, R.E.: 2011 "Type D Personality And Illness Perceptions In Myocardial Infarction Patients", **Journal Of Psychosomatic Research**, 70, 141–144.
- WILLIAMS, R.R., HUNT, S.C., HEISS, G., PROVINCE, M.A., BENSEN, J.T., HIGGINS, M., CHAMBERLAIN, R.M., WARE, J., HOPKINS, P.N.: 2001 "Usefulness of Cardiovascular Family History Data for Population-Based Preventive Medicine and Medical Research (The Health Family Tree Study and the NHLBI Family Heart Study)", **Am J Cardiol.**, 87, 129–135.
- WILSON, K., DISHMAN, R.: 2015 "Personality And Physical Activity: A Systematic Review And Meta-Analysis", **Personality and Individual Differences**, 72, 230–242.
- WINHAM, D.M., JONES, K.M.: 2011 "Knowledge Of Young African American Adults About Heart Disease: A Cross-Sectional Survey", **BMC Public Health**, 11/248, 1-11.
- YOSHITAKE, N., OMORI, M., SUGAWARA, M., AKISHINONOMIYA, K., SHIMADA,

S.: 2019	Interpersonal Concerns Predict TB Prevention Behavior Among Japanese Adults?”, Plos One , 14/2, 1-10.
ZHANG, F., BARANOVA, A., ZHOU, C., CAO, H., CHEN, J., ZHANG, X., XU, M.: 2021	“Causal Influences Of Neuroticism On Mental Health And Cardiovascular Disease”, Human Genetics , pmid:33973063
ZVOLENSKY, M.J., TAHA, F., BONO, A., GOODWIN, R.D.: 2015	“Big Five Personality Factors And Cigarette Smoking: A 10-Year Study Among Us Adults”, Journal Of Psychiatric Research , 63, 91-96.

EKLER



EK 1

PSİKOSOSYODEMOGRAFİK VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR (KVH) RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ FORMU

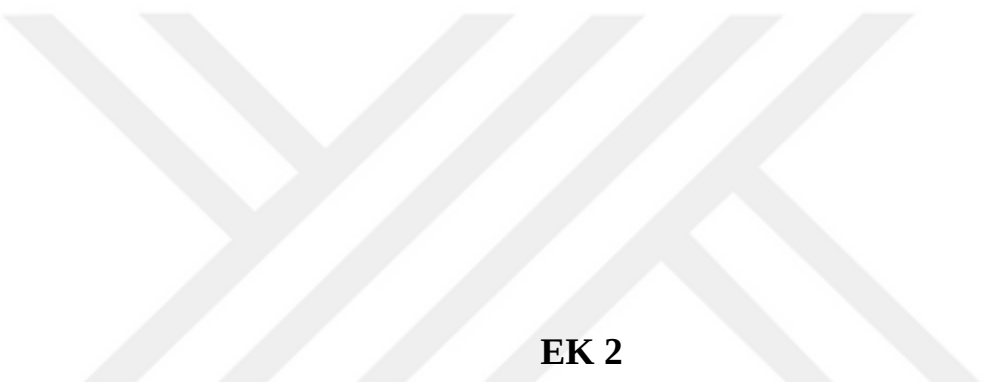
1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 1. Evli
 2. Bekâr
 3. Boşanmış
 4. Dul
4. Mezun olduğunuz son okul:
 1. İlkokul terk
 2. İlkokul
 3. Ortaokul
 4. Lise
 5. Üniversite
 6. Lisansüstü
5. Kilo: Boy:
6. Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız “Hayır, hiç düzenli olarak içmedim” ise, 11.soruya geçiniz)
 1. Hayır, hiç düzenli olarak içmedim
 2. Düzenli içiyordum, bıraktım (Ne kadar süredir içmiyorsunuz? : _____ aydır.)
 3. Arada sırada içerim
 4. Düzenli içiyorum
7. Kaç yaşında sigara içmeye başlamıştınız? _____ yaşında.
8. Şu anki veya bıraktıysanız geçmişteki sigara kullanımınızı nasıl tanımlarsınız?
 1. Ayda 1-3 adet
 2. Haftada 1-6 adet
 3. Her gün 1-4 adet
 4. Her gün 5-9 adet (yarım paket veya daha az)

5. Her gün 10-20 adet (yarım paket ile 1 paket arası)
6. Her gün bir paketten fazla
9. Daha önce sigara bırakma girişiminde bulundunuz mu?
 1. Evet
 2. Hayır
10. Daha önce sigarayı kaç kez bıraktınız? _____
11. Aşağıda sıralı tütün maddelerinin hangilerini düzenli olarak kullanırsınız?
 1. Puro
 2. Pipo
 3. Nargile
 4. Elektronik sigara
 5. Hiç birini düzenli kullanmıyorum
12. Alkollü içecek tüketme sıklığınız nedir?
 1. Alkollü içecek tüketmiyorum
 2. Nadiren, özel günlerde
 3. Ayda bir kadeh
 4. Haftada bir iki kadeh
 5. Haftada en az iki üç kadeh
 6. Her gün en az bir kadeh
13. Kendinizi düşündüğünüzde, aşağıdaki durumlara “Var” veya “Yok” şeklinde cevap veriniz.
 1. Kalp hastalığı
 1. Var Ne zamandır var?..... 2.
 - Yok
 2. Kalp krizi öyküsü
 1. Var Ne zamandır var?..... 2.
 - Yok
 3. Kalp damarlarında darlık veya tıkanıklık
 1. Var Ne zamandır var?..... 2.
 - Yok
 4. Kalp damarları anjiyografisi
 1. Var Ne zamandır var?..... 2.
 - Yok
 5. Balon (PTCA) ve/veya stent uygulaması
 1. Var Ne zamandır var?..... 2.
 - Yok
 6. Bypass ameliyatı
 1. Var Ne zamandır var?..... 2.
 - Yok

7. Kalp kapak ameliyatı (darlık, yetmezlik)
1. Var Ne zamandır var?..... 2.
Yok
8. Ritim bozukluğu
1. Var Ne zamandır var?..... 2.
Yok
14. Kendinizi düşündüğünüzde, aşağıdaki durumlara “Var” veya “Yok” şeklinde cevap veriniz.
1. Diyabet
1. Var Ne zamandır var?..... 2.
Yok
2. Yüksek tansiyon
1. Var Ne zamandır var?..... 2.
Yok
3. Akciğer hastalıkları (Astım, KOAH vb.)
1. Var Ne zamandır var?..... 2.
Yok
4. Diğer.....
1. Var Ne zamandır var?..... 2.
Yok
15. Birinci derece akrabalarınızı (anne, baba ve çocuklar) düşündüğünüzde, aşağıdaki durumlara “Var” veya “Yok” şeklinde cevap veriniz.
1. Kalp hastalığı 1) Var 2)Yok
2. Kalp krizi öyküsü 1) Var 2)Yok
3. Kalp damarlarında darlık veya tıkanıklık 1) Var 2)Yok
4. Kalp damarları anjiyografisi 1) Var 2)Yok
5. Balon (PTCA) ve/veya stent uygulaması 1) Var 2)Yok
6. Bypass ameliyatı 1) Var 2)Yok
7. Kalp kapak sorunu (darlık, yetmezlik) 1) Var 2)Yok
8. Ritim bozukluğu 1) Var 2)Yok
16. Kalp sağlığınıza ilişkin ne kadar sıklıkla kontrole gidiyorsunuz?
1. Gitmiyorum
2. Ayda bir
3. Üç ayda bir
4. Yılda bir
5. Diğer (belirtiniz)
17. Aşağıda sıralı spor aktivitelerinden hangilerini yapmaktasınız?
- | | Her gün | Haftada 2-3 | Ayda 1-2 | Seyrek |
|-------------------------|---------|-------------|----------|--------|
| 1. Yürüyüş | | | | |
| 2. Koşu | | | | |
| 3. Aerobik | | | | |
| 4. Yüzme | | | | |
| 5. Diğer | | | | |
| 6. Hiçbirini yapmıyorum | | | | |
18. Psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı / alıyor musunuz?

1. İlaç (adını/dozunu/süresini belirtiniz)
2. Psikoterapi
3. Diğer.....
4. Hayır, yardım almadım/alıyorum





EK 2

KALP İLE İLGİLİ SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ (KSiÖ)

Aşağıda, kişilerin kalp sağlığına ve kalp krizine ilişkin inançlarını içeren cümleler belirtilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur, o nedenle lütfen her cümleyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun olan seçeneği (X) işareti ile işaretleyiniz. Lütfen boş cevap bırakmayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kalp krizi geçirme olasılığım çok yüksektir.					
2.Önümüzdeki birkaç yıl içerisinde kalp krizi geçirme olasılığım çok					
3.Yaşamımın bir döneminde kalp krizi geçireceğimi hissediyorum.					
4.Kalp krizini düşünmek beni korkutur.					
5.Kalp krizini düşündüğümde heyecanlanırım.					
6.Kalp krizini düşünmekten korkarım.					
7.Kalp kriziyle beraber yaşayacağım problemler çok uzun süre					
8.Bir kalp krizi geçirmiş olmak, sevgiliyle veya eşimle olan ilişkiyi					
9.Eğer bir kalp krizi geçirirsem, bütün hayatım değişir.					
10.Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmeyi isterim.					
11.Sağlığımı sürdürmek, benim için son derece önemlidir.					
12.Sağlığımı geliştirmek adına yeni bilgiler araştırırım.					
13.Sağlığımı geliştirici aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu					
14.Dengeli beslenirim.					
15.Dengeli beslenirsem kalp sağlığım için iyi bir şey yapmış					
16.Düzenli doktor kontrolü, kalp sağlığımla ilgili problemin erken					
teşhis edilmesine yardımcı olabilir.					
17.Düzenli egzersiz yapmak, kalp problemi nedeniyle ölme					
18.Doktor kontrolü sayesinde bir problem erkenden tespit edilirse,					
tedavim olumlu olabilir.					
19.Düzenli egzersiz yapmaktan sıkılırım.					
20.Egzersiz yapmak çok fazla zaman alır.					
21.Dengeli bir beslenme düzenini devam ettirmek çok zaman alır.					
22.Düzenli doktor kontrolüne gidiyorsam, egzersiz yapmama gerek					
23.Düzenli besleniyorsam, egzersiz yapmama gerek yoktur.					
24.Doktor kontrolüne gitmekten çok daha önemli problemlerim var.					
25.Dengeli beslenmeyi başarabilirim.					
26.Düzenli egzersiz yapabileceğime inanıyorum.					
27.Doktor kontrollerini düzenli bir şekilde takip edebilirim.					
28.Kalp krizi geçirme riskimi artıracak olumsuz alışkanlıklarımı					

EK 3

TEMEL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ (TKÖÖ)

TÜRK KÜLTÜRÜNDE GELİŞTİRİLMİŞ TEMEL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ

YÖNERGE:

Aşağıda size uyan ya da uymayan pek çok kişilik özelliği bulunmaktadır. Bu özelliklerden her birinin sizin için ne kadar uygun olduğunu ilgili rakamı daire içine alarak belirtiniz.

Örneğin;

Kendimi biri olarak görüyorum.

<u>Hiç uygun değil</u>	<u>Uygun değil</u>	<u>Kararsızım</u>	<u>Uygun</u>	<u>Çok uygun</u>
1				4
5				

Hiç uygun değil
Uygun değil
Kararsızım
Uygun

Hiç uygun değil
Uygun değil
Kararsızım
Uygun

1 Aceleci	1 2 3 4 5	24 Pasif	1 2 3 4 5
2 Yapmacık	1 2 3 4 5	25 Disiplinli	1 2 3 4 5
3 Duyarlı	1 2 3 4 5	26 Açgözlü	1 2 3 4 5

4	Konuşkan	1	2	3	4	5	27	Sinirli	1	2	3	4	5
5	Kendine güvenen	1	2	3	4	5	28	Canayakın	1	2	3	4	5
6	Soğuk	1	2	3	4	5	29	Kızgın	1	2	3	4	5
7	Utangaç	1	2	3	4	5	30	Sabit fikirli	1	2	3	4	5
8	Paylaşımıcı	1	2	3	4	5	31	Görgüsüz	1	2	3	4	5
9	Geniş / rahat	1	2	3	4	5	32	Durgun	1	2	3	4	5
10	Cesur	1	2	3	4	5	33	Kaygılı	1	2	3	4	5
11	Agresif(Saldırgan)	1	2	3	4	5	34	Terbiyesiz	1	2	3	4	5
12	Çalışkan	1	2	3	4	5	35	Sabırsız	1	2	3	4	5
13	İçten pazarlıklı	1	2	3	4	5	36	Yaratıcı (retken)	1	2	3	4	5
14	Girişken	1	2	3	4	5	37	Kaprisli	1	2	3	4	5
15	İyi niyetli	1	2	3	4	5	38	İçine kapanık	1	2	3	4	5
16	İçten	1	2	3	4	5	39	Çekingen	1	2	3	4	5
17	Kendinden emin	1	2	3	4	5	40	Alınan	1	2	3	4	5
18	Huysuz	1	2	3	4	5	41	Hoşgörülü	1	2	3	4	5
19	Yardımsız	1	2	3	4	5	42	Düzenli	1	2	3	4	5
20	Kabiliyetli	1	2	3	4	5	43	Titiz	1	2	3	4	5
21	şengeç	1	2	3	4	5	44	Tedbirli	1	2	3	4	5
22	Sorumsuz	1	2	3	4	5	45	Azimli	1	2	3	4	5
23	Sevecen	1	2	3	4	5							



EK 4

ETİK ONAM

Tarih ve Sayı: 11/12/2018-375159



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Cihan ASAROĞLU

Sayın Cihan ASAROĞLU

İlgi :19/11/2018 tarihli, 106489 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 2018/212 dosya numaralı "Sağlık İnançları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkide, Kişilik Özelliklerinin Etkisi" başlıklı çalışma Kurulumuzun 03.12.2018 tarih 12 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

EK :
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

10/12/2018 B.İşl. : S.ARIK

Dogrulamak İçin:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKVE6EH6>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Süleyman ARIK Dahili : 10689

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü

34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul

Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88

e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,

İ.Ü. Edebiyat Fakültesi, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi **Cihan ASAROĞLU** "Sağlık İnançları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkide, Kişilik Özelliklerinin Etkisi" başlıklı, **2018/212** dosya numaralı 20.11.2018 tarih ve **106489** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 03.12.2018 tarihinde gerçekleşen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☒ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	

EK 5

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Cihan Asaroğlu tarafından yürütülen “Sağlık İnançları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkide, Kişilik Özelliklerinin Etkisi ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, kişilik özellikleri ve sigara içme davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 1000 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, 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**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya *** e-posta adresi ve *** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/ size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının 2:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

Asaroğlu.....

İmzası:

Cihan

Sahidin:3

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

CİHAN ASAROĞLU

Kişisel Bilgiler

Unvan : Klinik Sağlık Psikoloğu

Eğitim Bilgileri

2006-2010 : **Lisans**: İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü.

2010-2013 : **Yüksek Lisans**: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji (Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programı

2013- halen : **Doktora**: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji) Doktora Programı

İş Tecrübesi

2013-2015 : İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Araştırma Görevliliği.

2015-2021 : İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Öğretim Görevliliği.

Mesleki Eğitimler

Yüksek Lisans Dersleri Dâhilinde;

- Psikolojik Değerlendirme Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi
- Bilişsel-Davranışçı Psikoterapi Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi
- Nöropsikolojik Testler Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi

Doktora Dersleri Dâhilinde;

- Grup Psikoterapisi Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi
- Temel Psikofarmakoloji Eğitimi
- İleri İstatistik Teknikleri Eğitimi

Yayınlar ve Sunumlar

- Sertel-Berk, H.Ö., Aktan, D., Aktaş, A., Asaroğlu, C., Cihandide Ayalp, G., Deveci, E., Duruk, B., Ergüney Okumuş, E., Eyrenci, A., Karaköse, S., Ömerbaşoğlu, S. (2015). Engelli Çocuk Anneleri, Kronik Ağrı ve Yeme Bozuklukları için Bilişsel-Davranışçı Kişilerarası Grup Terapisi: Bir Ön Çalışma. VII. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, 49-49.
- Ergüney, F.E., Deveci, E., Aktaş, A., Asaroğlu, C., Duruk, B., Ömerbaşoğlu, S. (2011). Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi. Lisansüstü Öğrencileri Kongresi, 21-21.

Ödüller

- TÜBİTAK Başarı Bursu (Lisans-Yüksek Lisans-Doktora)
- Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi, V. Lisansüstü Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri İkincilik Ödülü (Eylül 2011).