

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ KİŞİLERİN
PSİKOLOJİK SIKINTI VE TRAVMA SONRASI
GELİŞİM DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN
BİLİŞSEL ADAPTASYON KURAMI AÇISINDAN
İNCELENMESİ

Ayşegül CELAP

Danışman

Prof. Dr. Gülay DİRİK

İZMİR-2020

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : AYŞEGÜL CELAP
Öğrenci No : 2017800482
Tez Başlığı : Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Kişilerin Psikolojik Sıkıntı ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri ve İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Adaptasyon Kuramı Açısından İncelenmesi
Savunma Tarihi : 19/06/2020
Danışmanı : Prof.Dr. Gülay DİRİK

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr. Gülay DİRİK	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Prof.Dr. Orçun YORULMAZ	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Dr.Öğr.Üyesi Zümrüt GEDİK	- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	

AYŞEGÜL CELAP tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği() / oy çokluğu() ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erkan GÖKSU
Müdür V.

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Kişilerin Psikolojik Sıkıntı ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri ve İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Adaptasyon Kuramı Açısından İncelenmesi’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../2020

Ayşegül CELAP

İmza

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Kişilerin Psikolojik Sıkıntı ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri ve İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Adaptasyon Kuramı Açısından İncelenmesi

Ayşegül CELAP

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Bu araştırmanın amacı miyokard infarktüsü geçiren bireylerin psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim düzeyleri ve ilişkili değişkenleri Bilişsel Adaptasyon Kuramı (BAK) çerçevesinde incelemektir. Ayrıca Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenleri (iyimserlik, kontrol, benlik saygısı) dışında sağlık bilişleri ve baş etme stratejilerinin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma 36-80 yaş aralığında, 22 kadın 122 erkek toplamda 144 miyokard infarktüsü geçirmiş kişi ile yürütülmüştür. Araştırmada hastalara Demografik Bilgi Formuna ek olarak Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Travma Sonrası Gelişim Envanteri (TSGE), Yaşam Yönelimi Testi (YYT), Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Sağlık Bilişleri Anketi (SBA) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF) uygulanmıştır. Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkiler araştırmanın hipotezleri doğrultusunda yol analizi kullanılarak incelenmiştir.

Analizler sonucunda katılımcıların hem psikolojik sıkıntı hem de travma sonrası gelişim düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bilişsel

Adaptasyon Kuramı kapsamında benlik saygısı ve iyimserlik değişkenleri ile psikolojik sıkıntılar arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkide başa çıkma stratejilerinin ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Benlik saygısının işlevsel olmayan baş etme stratejileri üzerinden, iyimserliğin duygu odaklı baş etme stratejileri üzerinden depresyon ve kaygıyı etkilediğı belirlenmiştir. Ayrıca benlik saygısı ve iyimserliğin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar üzerinden depresyon ve kaygıyı etkilediğı tespit edilmiştir. Travma sonrası gelişim ile ilişkili yapılan analizlerde iyimserliğin travma sonrası gelişimi problem odaklı baş etme stratejileri üzerinden etkilediğı belirlenmiştir. Aynı zamanda iyimserliğin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar aracılığıyla problem odaklı baş etme stratejilerini etkilediğı tespit edilmiştir. Mevcut araştırma sonucunda BAK'ın değişkenleri yanında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların da kardiyak rehabilitasyon programları için önemli olduğu ve kardiyak rehabilitasyon programlarının içeriğinde yer alması gerektiğı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyokard İnfarktüs, Psikolojik Sıkıntı, Travma Sonrası Gelişim, Bilişsel Adaptasyon Kuramı, Baş Etme, Sağlığa İlişkin İşlevsel Olmayan İnançlar

ABSTRACT

Master's Thesis

An Investigation of Psychological Distress and Posttraumatic Growth Levels of Persons with Myocardial Infarction and Related Variables in Terms of Cognitive Adaptation Theory

Ayşegül CELAP

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

Psychology Program

The aim of this research was to examine the relationship between variables of the Theory of Cognitive Adaptation (optimism, control, self-esteem), coping strategies and health cognitions between psychological distress and post-traumatic development in individuals with myocardial infarction. The study was carried out with 22 women and 122 men aged 36-80 years, with a total of 144 people with myocardial infarction. In addition to the Demographic Information Form, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Post Traumatic Growth Scale (PTGS), Life Orientation Test (LOT), Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), Health Cognition Questionnaire (HCQ) and Brief COPE were applied. The relationship between research variables was examined using path analysis in line with the hypotheses of the research.

As a result of the research, it was determined that the participants' psychological distress and posttraumatic growth levels were low. In addition, there was a relationship between self-esteem and optimism variables and psychological distress within the scope of the Theory of Cognitive Adaptation and

coping strategies and dysfunctional beliefs related to this relationship have been found to have an mediator effect. It has been determined that optimism, through emotion-oriented coping strategies, and self-esteem, through the dysfunctional coping strategies affect depression and anxiety. In addition, self-esteem and optimism have been found to affect depression and anxiety through dysfunctional beliefs about health. It has been determined in the analyzes related to posttraumatic development that optimism affects post-traumatic development through problem-oriented coping strategies. In addition, it has been determined that optimism affects problem-oriented coping strategies through the dysfunctional beliefs about health. As a result of the current research, besides the variables of Cognitive Adaptation Theory (CAT), especially dysfunctional beliefs related to health are considered to be important for cardiac rehabilitation programs and should be included in the content of cardiac rehabilitation programs.

Keywords: Myocardial Infarction, Psychological Distress, Posttraumatic Growth, Theory of Cognitive Adaptation, Coping, Health Related Dysfunctional Beliefs

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ KİŞİLERİN PSİKOLOJİK SIKINTI
VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ
DEĞİŞKENLERİN BİLİŞSEL ADAPTASYON KURAMI AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ	xv

GİRİŞ	1
-------	---

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ HAKKINDA GENEL BİLGİLER	4
1.2. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ VE PSİKOLOJİK SIKINTILAR	6
1.2.1. Miyokard İnfarktüsü ve Depresyon	7
1.2.2. Miyokard İnfarktüsü ve Kaygı	10
1.3. TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM KURAMLARI	14

1.3.1. İşlevsel Betimsel Model	15
1.3.2. Schafer ve Moos'un Modeli	20
1.3.3. Organizmik Değerlendirme Kuramı	21
1.3.4. Travma Sonrası Gelişim ve Miyokard İnfarktüsü	24
1.4. PSİKOLOJİK SIKINTILAR VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	26
1.4.1. Bilişsel Adaptasyon Kuramı	26
1.4.1.1. İyimserlik	30
1.4.1.2. Kontrol	33
1.4.1.3. Benlik Saygısı	36
1.4.1.4. Bilişsel İllüzyon	39
1.4.2. Baş Etme	42
1.4.3. Sağlık Bilişleri	51
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ	57

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR	59
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	60
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	61
2.2.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	61
2.2.3. Travma Sonrası Gelişim Envanteri	63
2.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	64
2.2.5. Yaşam Yönelimi Testi	65
2.2.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği	66

2.2.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	67
2.2.8. Sağlık Bilişleri Anketi	67
2.2.9. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu	69
2.3. İŞLEM	71
2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER	73
3.1.1. MI İle İlgili Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler	73
3.1.2. Araştırma Değişkenleri İle İlgili Betimsel İstatistiksel	75
3.1.2.1. Psikolojik Sıkıntılar	75
3.1.2.2. Travma Sonrası Gelişim	76
3.1.2.3. Benlik Saygısı	76
3.1.2.4. İyimserlik	76
3.1.2.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı	77
3.1.2.6. Sağlık Bilişleri	77
3.1.2.7. Başa Çıkma Stratejileri	77
3.2. DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON ANALİZLERİ	78
3.2.1. Sosyo-Demografik Değişkenler ve Hastalık Değişkenleri İle Psikolojik Sıkıntılar ve Travma Sonrası Gelişim Arasındaki İlişkiler	78
3.2.2. Bağımlı Değişkenler İle Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler	81
3.3. GRUPLARARASI KARŞILAŞTIRMALAR	83
3.4. YOL ANALİZLERİ	86
3.4.1. Bilişsel Adaptasyon Kuramı, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon	87
3.4.2. Bilişsel Adaptasyon Kuramı, Sağlık Bilişleri Toplam Puanı, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon	89
3.4.3. Bilişsel Adaptasyon Kuramı, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı	91
3.4.4. Bilişsel Adaptasyon Kuramı, Sağlık Bilişleri Toplam Puanı, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı	93

3.4.5. İyimserlik, Problem Odaklı Baş Etme Stratejileri, Sağlığa İlişkin İşlevsel Olmayan İnançlar ve Travma Sonrası Gelişim	94
--	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Örneklemeye İlişkin Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Betimleyici İstatistikler	95
4.2. Örneklemeye İlişkin Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Betimleyici İstatistikler İle Psikolojik Sıkıntılar	98
4.2.1. Depresyon	98
4.2.2. Kaygı	102
4.3. Örneklemeye İlişkin Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Betimleyici İstatistikler İle Travma Sonrası Gelişim	104
4.4. Bağımlı Değişkenler İle Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler	107
4.4.1. MI Tanısı Alan Kişilerde Depresyonun Yordayıcıları	107
4.4.2. MI Tanısı Alan Kişilerde Kaygının Yordayıcıları	112
4.4.2. MI Tanısı Alan Kişilerde Travma Sonrası Gelişimin Yordayıcıları	116
4.5. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	119
SONUÇ	122
KAYNAKÇA	127
EKLER	

KISALTMALAR

AGFI	Adjustment Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi)
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
BAK	Bilişsel Adaptasyon Kuramı
BÇSÖKF	Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFI	Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
KAH	Koroner Arter Hastalığı
MI	Miyocardial Infarction (Miyokard İnfarktüsü)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SBA	Sağlık Bilişleri Anketi
TSGE	Travma Sonrası Gelişim Envanteri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜMAR	Türkiye Akut Miyokard İnfarktüsü Araştırması

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Değişkenler	s. 59
Tablo 2: Katılımcılara İlişkin Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler	s. 74
Tablo 3: Araştırma Değişkenleriyle İlgili Betimleyici Analizlerden Elde Edilen Bulgular	s. 75
Tablo 4: Sosyo-demografik Değişkenler ve Hastalık Değişkenleri ile Psikolojik Sıkıntılar ve Travma Sonrası Gelişim Arasındaki Korelasyon Değerleri	s. 80
Tablo 5: Bağımlı Değişkenler ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri	s. 83
Tablo 6: Gelir Düzeylerinin Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 84
Tablo 7: Çalışma Durumunun Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Bağımsız Gruplar İçin T Testi Analizi Sonuçları	s. 84
Tablo 8: İlaç Kullanımı Ve Egzersiz Durumunun Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Bağımsız Gruplar İçin T Testi Analizi Sonuçları	s. 85
Tablo 9: Gelir Düzeylerinin Kaygı Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 85
Tablo 10: Beslenme Ve Egzersiz Durumunun Kaygı Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Bağımsız Gruplar İçin T Testi Analizi Sonuçları	s. 86
Tablo 11: Normallik Testi	s. 87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: İşlevsel Betimsel Model	s. 19
Şekil 2: Schafer ve Moos'un Travma Sonrası Gelişim Modeli	s. 21
Şekil 3: Organizmik Değerlendirme Modeli	s. 23
Şekil 4: Bilişsel Adaptasyon Kuramı	s. 28
Şekil 5: Şiddetli Sağlık Kaygısının Bilişsel Modeli	s. 55
Şekil 6: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon için Yol Analizi	s. 89
Şekil 7: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Sağlık Bilişleri, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon için Yol Analizi	s. 91
Şekil 8: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı için Yol Analizi	s. 92
Şekil 9: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Sağlık Bilişleri, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı için Yol Analizi	s. 94
Şekil 10: İyimserlik, Problem Odaklı Baş Etme Stratejileri, Sağlık Bilişleri Toplam Puanı ve Travma Sonrası Gelişim için Yol Analizi	s. 95

EKLER LİSTESİ

EK 1 Etik Kurul Onay Formu	ek s .1
EK 2 Bilgilendirilmiş Onam Formu	ek s .2
EK 3 Demografik Bilgi Formu	ek s. 3
EK 4 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	ek s. 8
EK 5 Travma Sonrası Gelişim Envanteri	ek s. 10
EK 6 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	ek s. 12
EK 7 Yaşam Yönelimi Testi	ek s. 13
EK 8 Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği	ek s. 14
EK 9 Sağlık Bilişleri Anketi	ek s. 16
EK 10 Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu	ek s. 18

GİRİŞ

Miyokard infarktüsü (MI), koroner arter damarlarında meydana gelen ve ölümle sonuçlanabilecek, ciddi fiziksel etkileri olabilecek bir hastalıktır (Mendis ve diğerleri, 2011: 140). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılında yayınladığı 'İlk 10 Ölüm Nedenleri' ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2014 yılı ölüm nedeni istatistiklerinde ölüm nedenleri arasında ilk sırada miyokard infarktüsünün de içinde yer aldığı dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır. Ancak dünyada ve Türkiye'de ölüm nedenleri arasında yaygın olan miyokard infarktüsü her zaman ölümle sonuçlanmamaktadır. Miyokard infarktüsü ölümle sonuçlanmasa bile sonrasında kişilerde olumsuz fiziksel etkilere yol açabilmektedir.

Miyokard infarktüsü sonrası iyileşme sürecinin fiziksel olduğu kadar psikolojik zorlukları da vardır. Bazı araştırmalar fiziksel iyileşme gerçekleşse bile MI geçirdikten sonra hastaların psikososyal uyum sürecinde bazı zorluklar yaşadıklarını tespit etmiştir (Gundle, 1980: 1591-1594; Moser ve Dracup, 1995: 27). MI sonrası bireylerin içinde bulunduğu zorlayıcı durumlarda gösterdikleri en yaygın belirtilerin depresyon ve kaygı olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Frasure-Smith ve diğerleri, 1999: 28; Watkins ve diğerleri, 2013: 1-10; de Jonge ve diğerleri, 2006: 32-39; Hanssen, ve diğerleri, 2009:651-659).

Miyokard İnfarktüsü sonrasında yaşanan tüm olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçların yanı sıra hastalar MI sonrası olumlu değişimler de yaşadıklarını belirtmişlerdir (Li ve diğerleri, 2018: 449; Aflakseir ve Manafi, 2018: 57; Dirik ve Karanci, 2008: 200; Yorulmaz ve diğerleri, 2010: 2315; Mols ve diğerleri, 2009: 583). Travmatik bir yaşantı sonucunda oluşan olumlu değişimler travma sonrası gelişim olarak kavramsallaştırılmaktadır. Travma sonrası gelişim, travmatik yaşantı ile yaşanan mücadele sonucunda bireyin travmatik yaşantıdan önceki mevcut durumunun ilerisine geçtiğini yani travmatik yaşantı sonrası olumlu değişimler yaşadığını belirten bir kavramdır. (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 4; Calhoun ve Tedeschi, 1999: 11).

Kronik bir hastalık sonrasında ortaya çıkan psikolojik sıkıntılar ya da travma sonrası gelişim gibi sonuçlar bireylerin hastalığa uyumlarıyla ilişkili olarak görülebilir.

Kronik bir hastalık tanısından sonra kişi tam olarak eski hayatına geri d nememez ve hayatını kronik hastalığa göre düzenlemesi gerekir. Bu durum kişileri hastalığa uyum süreci için harekete geçirmektedir (Czajkowska ve diğerleri, 2013: 379). Hastalığa uyum süreci ile ilişkili kuramlardan birisi Taylor'ın (1983) Bilişsel Adaptasyon Kuramıdır. Bilişsel Adaptasyon Kuramına (BAK) göre bireyler önceki psikolojik işlevsellik düzeylerine ulaşmak ya da önceki psikolojik işlevsellik düzeyini daha da geliştirmek için travmatik yaşantıya bilişsel olarak uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Kişiler travmatik yaşantıya uyum süreçlerinde 3 temel alana odaklanmaktadırlar. Bu temel alanlar kişinin yaşadığı olaya yönelik anlam arayışı, olay üzerinde yeniden kontrol sahibi olma ve benlik saygılarını genişletmektir (Taylor, 1983: 1161). Bilişsel Adaptasyon Kuramının  ne sürdüğü bu 3 temel alan literatürde iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı değişkenleri ile ele alınmaktadır. Taylor'ın meme kanseri hastaları ile yürüttüğü çalışmasında hastaların olayı anlamlandırmaya çalıştıklarını ve hastaların birçoğunun hayata, geleceğe yönelik yeni ve olumlu bir bakış açısı geliştirdiklerini belirtmiştir. Ayrıca bireylerin yaşadıkları hastalık üzerinde kontrol sahibi olmaya ve benlik saygılarını yükseltmeye çalıştıklarını belirtmektedir (Taylor, 1983: 1163). Bireyler bu 3 temel alanda pozitif illüzyonlar geliştirmekte ve geleceği olduğundan daha iyimser algıladıklarında, hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olduklarını düşündüklerinde ve benlik saygılarını y kselttiklerinde iyi oluşlarını da arttırmaktadırlar (Taylor ve Brown, 1988: 197). Bu şekilde kişiler hastalığa uyum süreçlerini gerçekleştirmektedirler.

Hastalık sonrası bireylerde oluşan psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilgili araştırılan değişkenlerden biri baş etme stratejileridir. Birey yaşadığı durumu stresli olarak değerlendirdiğinde baş etme ortaya çıkmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980: 223). Baş etme stratejileri ile psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma mevcuttur (Aslam ve Kamal, 2015: 1-5; Saniah ve Zainal, 2010:1-6; Elsheshtawy ve diğerleri, 2014: 97-102; Vadsaria ve diğerleri, 2017: 69-83; Naing ve diğerleri, 2010: 71-81; Garc a ve diğerleri, 2016: 59-65; Sheikh, 2004: 265-273; Büyükaşık- olak ve diğerleri, 2012: 471-483; Dirik ve Karanci, 2008: 193; Keckeisen ve Nyamathi, 1990: 25). Psikolojik sıkıntılar ile baş etme stratejilerinin ilişkisi incelendiğinde ise işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin (Aslam ve Kamal, 2015: 1-5; Saniah ve Zainal, 2010: 1), problem

odaklı baş etme stratejilerinin (Elshehawy ve diğeri, 2014: 97; Vadsaria ve diğeri, 2017: 69) ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin (Vadsaria ve diğeri, 2017: 69) psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Travma sonrası gelişim ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkide problem odaklı baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişimle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (García ve diğeri, 2016: 59-65; Sheikh, 2004: 265-273; Büyükaşık-Çolak ve diğeri, 2012: 471-483; Dirik ve Karanci, 2008: 193). Özetle, baş etme stratejileri psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunan bir değişkendir.

Mevcut araştırmada baş etme stratejilerine ek olarak sağlık kaygısının psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim ile ilişkisi incelenmiştir. Şiddetli sağlık kaygısının bilişsel modeline göre kişi önceki yaşantılarından yola çıkarak sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlar, varsayımlar üretmektedir. İnançlar, varsayımlar da dört kategoriye ayrılmıştır. Hastalığa yakalanma olasılığı, hastalığın korkutuculuğu, hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği bu dört kategoriyi oluşturmaktadır (Salkovskis ve Warwick (2001)'ten aktaran Hadjistavropoulos ve diğeri, 2012: 168). Yapılan araştırmalar sağlığa ilişkin işlevsel olmayan bu inançların yani sağlık kaygısının psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (Kehler ve Hadjistavropoulos, 2008: 150; Janzen Claude ve diğeri, 2013: 312-322; Tang ve diğeri, 2007: 2821; Uçar ve diğeri, 2015: 679; Kirby ve Yardley, 2009: 324).

Bu çalışmanın amacı miyokard infarktüsü geçiren bireylerde Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenleri çerçevesinde (iyimserlik, kontrol, benlik saygısı) psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim düzeyini ve ilişkili değişkenleri incelemektir. Bu araştırmada Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenleri ile sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ve baş etme stratejilerinin psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim üzerindeki etkisinin incelenmesinin özellikle kardiyak rehabilitasyon programlarının içeriğinin oluşturulmasında önemli katkılarının olacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1. Miyokard İnfarktüsü İle İlgili Genel Bilgiler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılında yayınladığı 'İlk 10 Ölüm Nedenleri' verileri incelendiğinde 2000 yılındaki ve 2016 yılındaki ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada kardiyovasküler (kalp-damar) hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Amerikan Kalp Derneği (AKD)'nin yayınladığı 2016 Kalp Hastalığı ve İnme İstatistikleri incelendiğinde ise 20 yaşından büyük 15.5 milyon kişinin kardiyovasküler hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2019 yılında açıkladığı bilgilere göre 2017 ve 2018 yılında gerçekleşen ölümlerin büyük çoğunluğunu dolaşım sistemi rahatsızlıkları oluşturmaktadır. Dolaşım sistemi rahatsızlıkları arasında en yaygın ve en çok ölüme neden olan hastalığın ise kardiyovasküler hastalıklar içerisinde yer alan Koroner Arter (kalbi besleyen damarlar) Hastalığı (KAH) olduğu bilinmektedir.

KAH, koroner arterlerin tıkanması ile karakterize olan bir hastalıktır. Bu arterler kalbe oksijen bakımından zengin olan kanı taşımaktadırlar. Bu koroner arter damarlarında oluşan ateroskleroz (damar sertliği) ya da aterosklerotik plakların oluşumu yavaş yavaş damarların daralmasına ve kalp kasına giden kan akışının azalmasına neden olmaktadır (Itkowitz, 2001: 4). Miyokard İnfarktüsü (Miyocardial Infarction=MI) koroner arter hastalıkları içerisinde yer almaktadır. Miyokard kalp kasına verilen ad, infarktüs ise bir organı besleyen atardamarın tıkanması sonucu oluşan doku ölümüne verilen addır (Türk Dil Kurumu (TDK), 2020). MI, koroner arter tıkanması sonucu oluşan, kalp kasının belirli bir bölgesine giden kan akımının tamamen kesilmesi ya da önemli derecede azalması sebebiyle kalp kasının ölmesi olarak tanımlanır (Suri ve diğerleri, 2012: 123). KAH içerisinde sadece MI verileri incelendiğinde her yıl yaklaşık 660.000 Amerikalı ya ilk kez MI tanısı almakta ya da MI sebebiyle ölmektedir. Bu bireyler içerisindeki yaklaşık 305.000 Amerikalının

tekrar eden MI öyküsü bulunmaktadır. Bu duruma ek olarak yaklaşık 160000 Amerikalı MI geçirdiğini fark etmemektedir. Yani her 34 saniyede 1 Amerikalı MI tanısı almakta ve yaklaşık her 1 dakika 24 saniyede 1 Amerikalı bu sebeple hayatını kaybetmektedir (Mozaffarian ve diğerleri, 2016: 451). Türkiye’de 2000’li yılların başında 52 merkezde yapılan çalışmada TÜMAR (Türkiye Akut Miyokard İnfarktüsü Araştırması) verilerine göre ülkemizde MI tanısıyla yılda toplam 220.000 kişi hastaneye yatmaktadır (TÜMAR Çalışmacılarından aktaran Özkan, 2013: 2).

Miyokard infarktüsü geçiren bireyler göğüste, çenede, sırtta, boyunda, kollarda ağrı, nefes alamama, terleme, mide bulantısı, bayılma hissi gibi belirtiler yaşamaktadırlar (AHA, 2016). Belirtiler spesifik olarak MI belirtileri olmadığı için gastrointestinal (mide-bağırsak sistemi), nörolojik, pulmoner (akciğer atardamarı) veya kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi tanı gruplarından yanlış tanı konulabilmektedir. MI tipik belirtilerle oluşabilirken belirti olmadan da oluşabilir. Böyle durumlarda MI sadece EKG, kardiyak görüntüleme veya biyobelirteç yükseltilebilir. Miyokard infarktüsü yaşam boyu görülen hastalıklar içerisinde çok küçük bir olay olabilir hatta fark edilmeyebilir ama aynı zamanda ani ölümle ya da ciddi dolaşım sistemi bozulmasıyla sonuçlanabilir (Thygesen ve ark, 2007: 2526).

Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri belirlenmiştir. Sigara kullanımı, sağlıksız besin tüketimi, hareketsizlik, hipertansiyon ve diyabet bunlardan bazılarıdır. Aynı zamanda erkek olmak ve yaşlılık kardiyovasküler hastalıklar için güçlü risk faktörleri arasındadır (WHO, 2007: 1, 11). Yapılan bir araştırmada erkeklerin kadınlara kıyasla 3 kat daha fazla MI geçirdiği tespit edilmiştir (Bhatnagar ve diğerleri, 2015: 1182). Ayrıca tüm yaş grupları içerisinde erkekler kadınlardan daha fazla MI geçirmektedir. Yaşa göre MI geçirme sıklığı incelendiğinde ise 45 yaşın altındaki erkeklerde MI geçirme sıklığı %0.6 iken 75 yaşın üstündeki erkeklerde %2.46 olarak belirlenmiştir (Jayaraj ve diğerleri, 2019: 9-18). Yani yaş arttıkça MI geçirme riski de artmaktadır. Özetle sigara kullanımı, sağlıksız besin tüketimi, hareketsizlik, hipertansiyon ve diyabetin yanında erkek olmak ve yaşın MI geçirme riskini arttırdığı söylenebilmektedir.

1.2.Miyokard İnfarktüsü ve Psikolojik Sıkıntılar

MI sonrası bireyler psikososyal uyum sürecinde bazı zorluklar yaşayabilmektedir. Yapılan bir çalışmada 176 MI geçiren hastanın en az % 25'inin fiziksel problemlerinden bağımsız olarak uzun süre psikososyal uyum güçlükleri yaşadığı belirlenmiştir (Moser ve Dracup, 1995: 273-280). Bireylerin yaşadığı psikososyal uyum sürecindeki zorlukların sebebini bir araştırma şu şekilde açıklamıştır. MI sonrası hastalarda aşırı fiziksel aktiviteden kaynaklanan başka bir kriz geçirme korkusunun varlığı belirtilmiştir. Bu korkunun hastaların işyerinden erken emeklilik veya düşük verime, cinsel işlevlerde azalmaya ve zaman zaman günlük yaşam aktivitelerinden tamamen geri çekilme gibi sonuçlara sebebiyet verdiği tespit edilmiştir (Stern ve diğerleri, 1976: 514). Bu bulguları destekler nitelikteki bir başka çalışmada koroner arter ameliyatı öncesi ve sonrasındaki psikososyal uyum güçlüklerini belirlemek için 30 hastayla görüşmeler yapılmıştır. Ameliyattan önceki ve ameliyattan sonraki görüşmelerin sonucunda hastalarda iyi fiziksel duruma rağmen zayıf işlevsellik görülmüştür. Katılımcıların % 83'ünün işsiz ve % 57'sinin cinsel işlev problemleri olduğu belirlenmiştir (Gundle, 1980: 1591-1594). Bu bilgiler MI sonrası bireylerin iyileşme sürecinde sadece fiziksel iyi oluşla ilgili engellerle karşılaşmadığını aynı zamanda psikososyal iyi oluşla ilgili engellerle de karşılaşabildiğini göstermektedir (Moser ve Dracup, 1995: 27).

Miyokard infarktüsü (MI), bireyin yaşam tarzını derinden değiştirebilecek beklenmeyen, sarsıcı ve yaşamı tehdit eden bir hastalıktır (van Driel ve den Velde, 1995: 152). MI gibi akut kardiyak olaylar, bireyler için korkutucu deneyimler olabilmekte ve hastaların önemli bir kısmı bu deneyimleri sırasında şiddetli psikolojik sıkıntı ve ölüm korkusu tarif etmektedirler (Croog ve Levine'den aktaran Steptoe ve diğerleri, 2011: 2405). Yapılan bir çalışmada 185 koroner arter hastalığı tanısı olan kişinin %21,7 si yüksek düzeyde , % 51.6'sı orta düzeyde sıkıntı ve ölüm korkusu belirtirken % 26.6'sı ölüm korkusu belirtmemiştir. MI sırasındaki yaşanan sıkıntı ve ölüm korkusunun, bireyi özellikle kaygı ve depresyon semptomlarına neden olabilecek şekilde etkilediği belirlenmiştir (Whitehead ve diğerleri, 2005; 1514). Çeşitli araştırmalarda da MI sonrası depresyon ve kaygının yaygın olduğu tespit edilmiştir

(Watkins ve diğerkleri, 2013: 1-10; de Jonge ve diğerkleri, 2006: 32-39; Hanssen ve diğerkleri, 2009: 651-659).

MI ile ilgili tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte daha fazla hasta MI sonrası hayatta kaldıkça psikolojik faktörlerle ilgili daha fazla çalışma yapılabilmektedir (Petrie ve diğerkleri, 1996: 1191). MI sonrası yaşanan psikolojik sıkıntılar içerisinde kaygı ve depresyonun, ölümcül ve ölümcül olmayan kardiyak olaylar, hastane yatışı ve tüm nedenlere bağlı ölüm gibi olumsuz kardiyak olaylarda risk artışıyla ilişkisi olduğu yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir (Larsen ve diğerkleri, 2014: 739-746; Roest ve diğerkleri, 2010: 563-569). Psikolojik faktörlerle ilgili yapılan çalışmalar MI hastalarının iyileşme sürecini yönetmede psikolojik faktörlerin en az tıbbi faktörler kadar önemli olduğunu göstermiştir (Petrie ve diğerkleri, 1996: 1191). Bu nedenle psikolojik faktörleri inceleyen araştırmalar yapılması çok önemlidir.

1.2.1. Miyokard İnfarktüsü ve Depresyon

Kardiyovasküler hastalıklarda depresyon ve mortalite (ölüm oranı) ilişkisini inceleyen birçok araştırma yapılmıştır (Bush ve diğerkleri, 2001: 337-341; Ho ve diğerkleri, 2005: 1255-1259; Carney ve diğerkleri, 2002: 897-902; Blumenthal ve diğerkleri, 2003: 604-609.) Miyokard İnfarktüsü sonrası iyileşme sürecinde olan kişiler ile yapılan çalışmalarda duygu durum bozukluklarının mortaliteyi arttırdığına dair bilgilerin varlığı bu konuya olan ilginin ve çalışmaların artmasına neden olmuştur (Thombs ve diğerkleri, 2006: 30). Yapılan bir çalışmada hafif düzeyde depresyonun bile mortaliteyi arttırdığı tespit edilmiştir (Bush ve diğerkleri, 2001: 337-341). Bir meta analiz çalışmasında 1983-2010 yılları arasındaki 29 araştırma incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda MI sonrası depresyonun tüm nedenlere bağlı ölüm riskini 2.25 kat, kardiyak ölüm riskini 2.71 kat arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Meijer ve diğerkleri, 2011: 203-216). Başka bir çalışmada da depresyonu tekrar eden ya da yeni başlayan akut koroner sendrom hastalarının depresyonu olmayan hastalardan daha yüksek düzeyde mortalite oranlarının olduğu tespit edilmiştir (Osler ve diğerkleri, 2016: 218-

226). Bu çalışmaların yanı sıra depresyonun özellikle MI sonrasında kardiyak morbidite (hastalık oranı) ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Carney ve Freedland, 2003: 241-247; Bush ve diğerleri, 2001: 337-341). Yukarıdaki bilgileri destekler nitelikte, yapılan bir derleme çalışmasında geçtiğimiz 20 yılda yapılan araştırmalarda, kalp hastalarında depresyonun kardiyak morbidite ve mortalite için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Huffman ve diğerleri, 2013: 1).

Miyokard İnfarktüsü ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda MI geçiren hastaların depresyon düzeylerinin sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Holahan ve diğerleri, 1995: 152–163; Daniel ve diğerleri, 2018: 1118-1124; Moser ve diğerleri, 2010: 378-385; Goldfeld ve diğerleri, 2015: 439-448; Manoj ve diğerleri, 2018: 86-92). Literatürde MI sonrası depresyonu 14000’den fazla hastayla inceleyen bir makalede MI sebebiyle hastane yatırılan 5 hastadan 1’inde majör depresyon olduğu tespit edilmiştir (Thombs ve diğerleri, 2006: 35). Ülkemizde MI geçirmiş olan 506 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların % 8.9’unda depresyon görülmezken % 57.1’inde sınırdaki, % 34’ünde ise ciddi düzeyde depresyon olduğu tespit edilmiştir (Özer ve diğerleri, 2009: 557-562). Yine ülkemizde 40 MI geçirmiş olan kişi ve 40 kontrol grubunda yer alan kişi ile yapılan bir çalışmada MI sonrası ikinci haftada uygulanan Beck Depresyon Ölçeğine göre hastaların % 50’sinde, Hamilton Depresyon Ölçeğine göre % 82’sinde depresif belirtiler olduğu belirlenmiştir (Sevim ve diğerleri, 2007: 74-77). MI geçiren bireylerde algılanan stresin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada ise literatürle çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Araştırmada demografik bilgi formunda hastalara MI sonrası duygu durumları hakkında sorular sorulmuştur. Araştırma 202 erkek 98 kadın olmak üzere İstanbul’da bir eğitim ve araştırma hastanesi kardiyoloji polikliniğinde yatan 300 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılardan sadece 60 (% 20) kişinin depresif belirtilerinin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan 240 (% 80) kişinin depresif belirtiler yaşamadığı belirlenmiştir (Bayrak ve diğerleri, 2019: 133). Ancak bu araştırmada depresif belirtiler herhangi bir ölçekle ölçülmemiştir. Demografik bilgi formunda yer alan bir soru ile ölçülmüştür. Bu sebeple sonuçlar literatürden farklı bulunmuş olabilir. Özetle, MI geçirdikten sonra bireylerin depresif belirtiler yaşama olasılıkları oldukça yüksektir.

MI geçiren kişilerde depresyon ile ilişkisi incelenen diğer bir faktör de sosyodemografik değişkenlerdir. Sosyodemografik değişkenlerden biri olan cinsiyet MI ile ilişkisi incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre daha fazla depresyon ve kaygı belirtileri olduğu tespit edilmiştir (Akhtar ve diğerleri, 2004: 615-618; Serpytis ve diğerleri, 2018: 676-683; Carvalho ve diğerleri, 2016: 1-10; Deveci ve diğerleri, 2012: 179-183). Düşük gelire sahip olmanın depresif belirtileri anlamlı derecede yordadığı belirlenmiştir (Bjerkeset ve diğerleri, 2005: 153-161; Akhtar ve diğerleri, 2004: 615-618; Alexandrai ve diğerleri, 2017: 90-99). Yaş değişkeniyle ilgili literatürde farklı bilgiler mevcuttur. Bir araştırmada yaş ile depresyon arasında hiçbir ilişki bulunamamışken (Geiser, 2017: 162-168), başka bir araştırmada 45-64 yaş aralığındaki kişilerin depresyon için yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir (Feng ve diğerleri, 2016: 1-8). Başka bir çalışmada da MI sonrası depresyonun erkeklerde yaşla beraber arttığı görülürken kadınlarda her yaşta depresyonun benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Serpytis ve diğerleri, 2018: 676). Özetle, MI geçiren kişilerde depresif belirtiler, cinsiyet ve gelir durumu ile ilişkili bulunurken yaş değişkeni ile ilgili literatürde çelişkili bulgulara rastlanmıştır.

Miyokard infarktüsü geçirmiş kişilerde depresyon düzeyi psikiyatrik tanı öyküsünün olması ve kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur. Örneğin bir kişi daha önceden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmiş ise bu kişilerde depresyon riski artmaktadır (Haworth ve diğerleri, 2005: 803-808; De Hert, 2018: 31-40). Bir başka faktör olan kişilik özelliklerinin de depresyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Kişilik özellikleri ile ilgili yapılan araştırmalarda D tipi kişiliğin kalıcı depresif belirtiler için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Martens ve diğerleri, 2008: 257-264; Doyle ve diğerleri, 2011: 224-231). Bir başka çalışmada ise MI geçiren bireylerde nörotisizm ile depresyon arasında pozitif, dışa dönüklük ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Dirik ve Şahin, 2008: 249-266). Nörotisizm ve depresyon ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada nörotisizmin MI sonrası hastalarda kalıcı depresyonu belirleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir (Menon ve diğerleri, 2012: 1). Özetle, MI geçirmiş bireylerde depresif belirtiler için psikiyatrik geçmiş, D tipi kişilik, nörotisizm ve dışadönüklük değişkenlerinin önemli değişkenler olduğu tespit edilmiştir.

MI geçiren hastalarda depresyon ile ilişkisi incelenen bir diğer değişken ise sosyal destektir. MI geçirmiş bireylerde sosyal destek ve depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda düşük sosyal desteği olan bireylerin daha fazla depresif belirti gösterdiği tespit edilmiştir (Leifheit-Limson ve diğerleri, 2010: 143-150; Frasure-Smith ve diğerleri, 2000: 1919-1924). Yapılan bir araştırmada ilk miyokard infarktüsünü geçirdikten sonra olacak şekilde 112 MI tanısı konmuş hasta ile görüşülmüştür. Araştırmanın sonucunda düşük sosyal desteğin depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riskini arttırdığı belirlenmiştir. Bunların yanında düşük sosyal desteği olan bireylerin daha fazla sağlık şikayeti belirttiği tespit edilmiştir (Pedersen ve diğerleri, 2002: 1171). Kısaca, sosyal destek ile depresif belirtilerin ilişkili olduğu söylenebilmektedir.

MI geçiren kişilerin depresyonları ile ilişkili bulunan diğer faktörler ise iyimserlik (Scheier ve diğerleri, 1989: 1024-1040; Millstein ve diğerleri, 2016: 17-22), kontrol algısı (Blair ve diğerleri, 1999: 140-144), benlik saygısı (Sharma Dhital ve diğerleri, 2018: 5) ve baş etme yollarıdır (Gomez, 1998: 325). Bu değişkenlerin incelendiği araştırma bulgularına bilişsel adaptasyon kuramı başlığı altında yer verilecektir.

1.2.2. Miyokard İnfarktüsü ve Kaygı

Koroner Arter Hastalığı (KAH) ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu depresyonun rolü üzerine odaklanmış olsa da kaygının da depresyondan bağımsız olarak KAH gidişatı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Rothenbacher ve diğerleri, 2007: 547-554; Grace ve diğerleri, 2004: 344-352). Yapılan bir çalışmada sağlıklı grup, kanser hastası ve MI tanısı konmuş 180 kişinin ölüm kaygısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda MI tanısı konmuş bireylerin ölüm kaygısı düzeylerinin kanser tanısı konmuş veya sağlıklı bireylerden oluşan gruptan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın sonucunda MI geçirmiş olan bireylerin ölüm kaygısının yüksek oluşu hastalığın ani ve

beklenmedik bir şekilde kişileri ölümle yüzleştirmesiyle açıklanmıştır (Şahan ve diğerleri, 2018: 143-147).

MI sonrasında bireylerdeki depresyon ve kaygı düzeylerini araştıran bir araştırmada MI sonrası ilk 15 gün içinde, 4 ay ve 12 ay sonra 288 katılımcıdan Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile ölçüm alınmıştır. İlk ölçümde katılımcıların % 26.1'i, 4 ay sonraki ölçümde katılımcıların % 41.8'i yüksek düzeyde durumluk kaygı bildirmiştir. MI'dan 12 ay sonra alınan ölçümlerde kaygı yaygınlığının % 40 olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 51'inde depresyon ve kaygının komorbid olduğu belirlenmiştir (Lane ve diğerleri, 2002: 11-21). Başka bir çalışma MI'yı takip eden 18 ayda bireylerin kaygı ve depresyon belirtilerini değerlendirmek ve belirlenen Norveç referans grubuyla MI geçirmiş olan bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak için yapılmıştır. Çalışmada 288 hasta ile 3, 6, 12 ve 18. aylarda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile ölçüm alınmıştır. Sonuç olarak MI hastaları % 19.7'si yüksek düzeyde kaygı ve % 13.6'sı yüksek düzeyde depresif belirtiler bildirmiştir. Başlangıçta alınan ölçümde MI hastaları referans popülasyonla kıyaslandığında anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak depresyon düzeylerinde bir farklılık olmadığı görülmüştür (Hanssen ve diğerleri, 2009: 651-659). Her iki çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde MI geçiren bireylerde kaygının yaygın olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Kaygı bireylerde hem işlevsel hem de işlevsel olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Kalp hastalarının yaşadığı kaygı, bireylerin tekrar oluşabilecek kardiyak belirtileri hızlı bir şekilde fark etmelerine neden olabilir ve oluşabilecek olumsuz kardiyak sonuçlar için daha hızlı tedavi almalarını sağlayabilir. Ancak, kaygı kalıcı veya şiddetli olduğunda, öngörülen tedavilere uymada, önerilen yaşam tarzı değişikliklerini yapmada, riskli davranışları değiştirmede zorluklar yaşanabilir ve akut kardiyak olaylar ve hastane sonrası komplikasyonların artması gibi tıbbi veya psikolojik sonuçlara neden olabilir (Moser, 2007: 361). Yapılan bir çalışmada daha önce akut miyokard infarktüsü (AMI) tanısı konmuş hastalarda kaygı düzeyi yüksek olan hastaların kaygı düzeyi düşük olan hastalara göre 4.9 kat daha fazla komplikasyon riski olduğu belirlenmiştir (Moser ve Dracup, 1996: 395-401). Başka bir çalışma 110 akut MI hastası ile yapılmıştır. Hastaneye akut MI ile gelen hastalara 72 saat içerisinde Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve SCID uygulanmıştır. Araştırmanın

sonucunda MI sonrası yaşanan kaygının depresyondan bağımsız olarak hastanedeki kardiyak komplikasyonlarla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Huffman ve diğerleri, 2008: 557–563). Kısaca yapılan araştırmalar doğrultusunda MI geçiren bireylerde kaygı düzeyinin yüksek olmasının komplikasyon riskini arttırdığı söylenebilir.

Miyokard İnfarktüsü tanısı olan kişilerde kaygı, sosyodemografik değişkenler ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde birçok araştırmada MI tanısı olan kadınlarda kaygı yaygınlığının MI tanısı olan erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Serpytis ve diğerleri, 2018: 676-683; AbuRuz ve diğerleri, 2017: 538–543; Moser, 2007: 361-369; Kim ve diğerleri, 2000: 245-253). Diğer bir değişken olarak eğitim düzeyi ile kaygı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bir araştırmada lise mezunu ve ya daha düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin, eğitim seviyesi üniversite ve ya daha yüksek düzeyde olan bireylere göre kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Moser ve diğerleri, 2010: 378-385). Bir diğer araştırmada da düşük eğitim seviyesi ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Hosseini ve diğerleri, 2014: 370-377). Başka bir araştırmada yaş ve eğitim yılındaki artış ile durumluk kaygı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Lane ve diğerleri, 2002: 11-21). Medeni durum ile kaygı arasındaki ilişkisinin incelendiği bir araştırmada bekar, hiç evlenmemiş, boşanmış ya da ayrılmış ve birlikte yaşayan bireylerin kaygı düzeylerinin evli ya da dul bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (An, 2002: 999-1008). Özetle MI tanısı olan kişilerde kaygının cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

MI geçirmiş olan bireylerde kaygı mortalite ile de ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve kaygının mortalite ile ilişkisini incelemek amacıyla 934 koroner arter hastası ile görüşülmüştür. Araştırmanın sonucunda kaygının özellikle depresyon ile birlikte görüldüğünde koroner arter hastalarında mortalite riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Watkins ve diğerleri, 2013: 1). Yapılan bir meta analiz çalışmasında MEDLINE, EMBASE ve PSYCINFO veri tabanları referans alınarak 1975-2009 yılları arasında yayınlanmış ilgili makaleler incelenmiştir. En az 6 aylık izlem çalışmalarına ve kaygının MI sonrası 3 ay içerisinde değerlendirildiği 12 çalışma araştırmaya dahil edilmiştir. MI sonrası kaygı ile kardiyak gidişat arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaların izlem ortalamaları 2.6 yıldır ve toplamda 5750 hasta

verisi incelenmiştir. MI sonrası kaygının bireylerde tüm nedenlere bağlı ölüm ve kardiyak rahatsızlıklar nedeniyle gerçekleşen ölüm ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca MI sonrası kaygının olumsuz kardiyak olay riskini % 36 arttırdığı tespit edilmiştir (Roest ve diğerleri, 2010: 563-569). Kısaca, MI geçirmiş kişilerin kaygı düzeyinin yüksek olması ciddi sağlık sorunlarına ve yüksek düzeyde ölüm oranlarına yol açabilmektedir.

MI tanısı olan bireylerdeki kaygının mortaliteyi arttırdığına dair çalışmalar olmasının yanı sıra kaygının mortalite üzerinde etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Akut miyokard infarktüsü (MI) nedeniyle yatan hastalarda depresyon ve kaygı belirtilerinin mortalite ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek için bir çalışma yapılmıştır. 288 hastaya Beck Depresyon Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği tanı konduktan 2 ila 15 gün içerisinde uygulanmıştır. Bu ölçeklerin yanında yaşam kalitesi 12 ay sonunda Dartmouth COOP çizelgesi ile değerlendirilmiştir. 12 ayın sonunda 27'si kardiyak nedenlere bağlı 31 ölüm gerçekleşmiştir. Ancak depresyon ve kaygının mortalite ile ilişkisi bulunmamıştır. Ancak araştırmada depresyon ve kaygının 12 ay sonra ölçülen yaşam kalitesi ile ilişki olduğu görülmüştür (Lane ve diğerleri, 2001: 221-230). Benzer başka bir çalışma kaygı ve depresyonun MI sonrası fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlar üzerindeki etkilerini araştırmak için yapılmıştır. 347 kişiden 3 ay ve 12 ay sonra olmak üzere iki kere ölçüm alınmıştır. Araştırmada 36-SF Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Bu Ölçeklerin yanında demografik bilgiler, günlük aktiviteler ve yaşam stilindeki değişikliklere yönelik ölçümler de alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda depresyon ve kaygı ile mortalite arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bunun yanında ilk ölçümde depresyon ve kaygı düzeyinin yüksek olmasının kişilerde 3 ay ve 1 yıl sonundaki yaşam kalitesindeki olumsuz sonuçları yordadığı görülmüştür (Mayou ve diğerleri, 2000: 212-219). Özetle, literatürde kaygı ile mortalite arasında çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Bazı çalışmalarda kaygı mortalite riskini artırır iken bazı çalışmalarda ise kaygı mortalite ile ilişkili bulunmamıştır.

1.3. Travma Sonrası Gelişim ve Travma Sonrası Gelişim Kuramları

Travmatik deneyim yaşamak insan yaşamının kaçınılmaz bir parçasıdır (van der Kolk ve McFarlane'den aktaran Gershuny ve Thayer, 1999: 634). İnsan olmanın kaçınılmaz ve önemli bir parçası olarak görülen travma çeşitli kişi ve kurumlar tarafından farklı şekilde tanımlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 2013 yılında yayımlanan DSM-5'e göre travmaya sebebiyet verecek yaşantılar gerçek ya da korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma olarak belirtilmektedir. Ayrıca DSM-5 bir olayın travmatik bir yaşantı olarak kabul edilmesi için şu şartları taşıması gerektiğini belirtmiştir: 1) Bu yaşantılar doğrudan birey tarafından yaşanabilir, 2) Bu yaşantılara tanıklık edebilir, 3) Bir başkasından aile yakını ya da yakın bir arkadaşının başına bahsedilen yaşantıların geldiğini öğrenebilir, 4) Birey işi gereği travmatik yaşantıların ayrıntılarıyla yineleyici ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalabilir. Judith Herman ise travmayı, insan hayatını altüst eden, genel olarak bireyin hayatını ve beden bütünlüğünü bozmaya yönelik tehditleri kapsayan olağandışı yaşantılar olarak tanımlamaktadır (Herman, 2016: 41).

Travmatik yaşantılar rahatsız edicidir ve travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerde olumsuz tepkilere, sıkıntı verici duygulara sebebiyet verebilmektedir. Özellikle fiziksel iyi oluşu tehdit eden yaşantılarda kaygı ve korku yaygın tepkilerdir. Fiziksel tehdidin yoğunluğuna, şiddetine ve süresine bağlı olarak tehdit geçtikten uzun bir süre sonra da birey kaygı tepkisi göstermeye devam edebilir. Üzüntü ve depresyon da travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerin yaygın tepkileri arasındadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 2). Travmatik yaşantı sonrası görülen olumsuz sonuçların yanı sıra çoğu zaman olumlu değişiklikler de meydana gelmektedir. Bu olumlu değişiklikler yapılan araştırmalarda yakın kaybından sonra (Büchi ve diğerleri, 2007: 106-114; Albuquerque ve diğerleri, 2018: 199-207; Engelkemeyer ve Marwit, 2008: 344-346), depresyon sonrasında (Xu ve Liao, 2011: 274-280; Taku ve diğerleri, 2015: 563-569; Jin ve diğerleri, 2014: 67-73), cinsel saldırı sonrasında (Ullman, 2014: 219-224; Grubaugh ve Resick, 2007: 145-155; Frazier ve diğerleri, 2004: 19-30), kanser tanısından sonra (Weiss, 2002: 65-80; Tomich ve Helgeson, 2012: 567-573; Cordovave diğerleri, 2007: 308-319), koroner arter hastalık tanısından sonra (Bluvstein ve diğerleri, 2013: 164-

172; Leung ve diğeri, 2010: 1049-1063) gibi çeşitli travmatik yaşantılardan sonra gerçekleşebilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda travmatik yaşantı sonrası bireylerde hem olumlu hem olumsuz değişimlerin yaşandığı söylenebilmektedir. Yaşanan olumlu değişimler farklı isimlerle adlandırılmakla birlikte sıklıkla travma sonrası gelişim olarak kavramsallaştırılmaktadır. Literatürde bu olumlu değişimi yani travma sonrası gelişimi açıklayan birden fazla model mevcuttur. Bu modellerden biri olan işlevsel betimsel model bu çalışmada temel olduğu için bu model daha ağırlıklı olmak üzere ve çalışmalarda önemli bir yeri olan diğeri iki model (Schafer ve Moos'un Modeli ve Organizmik Değerlendirme Kuramı) ise daha kısa olarak anlatılacaktır.

1.3.1. İşlevsel Betimsel Model

Travmatik yaşantı sonrası oluşan olumlu değişimler literatürde travma sonrası gelişim kavramı ile açıklanmaktadır. Travma sonrası gelişim terimi literatürde ilk kez Tedeschi ve Calhoun'un 1996 yılında yayınladığı makalede kullanılmıştır. Travma sonrası gelişim, travmatik yaşantı sonrası bireyin sadece hayatta kalmadığını aynı zamanda önemli değişimler yaşadığını ve bireyin travmatik yaşantıdan önceki mevcut durumunun ilerisine geçtiğini açıklayan bir kavramdır (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 4). Kısacası travma sonrası gelişim travmatik yaşantı ile mücadele sonucu bireyde oluşan olumlu değişimler olarak tanımlanmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1999: 11).

Bireylerin travmatik yaşantı sonrası algıladıkları yarar ilk olarak 3 ana kategoride tanımlanmıştır; kendilik algısında değişim, kişilerarası ilişkilerde değişim ve yaşam felsefinde değişim (Tedeschi ve Calhoun, 1996: 456). Tedeschi ve Calhoun 1996 yılında travma sonrası gelişimi değerlendirmek amacıyla Travma Sonrası Gelişim Envanteri'ni geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin faktör analizi sonuçlarına göre travma sonrası gelişim 5 faktörlü bir yapıya sahiptir. Bu faktörler 'yeni olasılıklar', 'diğeri ile ilişkiler', 'bireysel güçlülük', 'manevi değişim' ve 'yaşamın kıymetini anlama'dır (Tedeschi ve Calhoun, 1996: 460). Travmatik yaşantı sonrası değişim oluşan alanlardan biri yeni olasılıklardır. Travmatik yaşantı sonucu bazı bireyler hayatlarında yeni olasılıklar, yeni ilgiler, uğraşlar, aktiviteler oluştuğunu, hayatlarına

yeni bir yön verdiklerini bildirmişlerdir. Bireylerin değişim yaşadığı bir diğer alan bireysel güçlülük alanıdır. Travmatik yaşantı sonrası bireylerde oluşan yaygın değişimlerden biri dünyanın öngörülemeyen, tehlikeli bir yer olduğu ve kendisinin savunmasız olduğu bilgisinin daha net ve belirgin hale gelmesidir. Ayrıca bazı bireyler zorlu yaşam olaylarından sonra kurtulan birinin gerçekten güçlü olabileceğine dair inanca sahip olması bireysel güçlülük olarak görülebilmektedir. Bir diğer değişim alanı ise diğerleri ile ilişkilerdir. Travmatik yaşantı sonrası bireyler diğer insanlara ve özellikle acı çeken diğer insanlara yönelik artan bir şefkat duygusu belirtmişlerdir. Yaşanan değişimlerden biri de manevi değişimdir. Bireyler travmatik yaşantı sonrası hayatın amacı hakkında varoluşsal sorularla yüzleşebilmektedir ve bireylerde manevi konuda olumlu değişimler oluşabilmektedir. Son olarak yaşanan başka bir değişim de yaşamın kıymetini anlamadır. Travmatik yaşantı sonrası bireyler hayatlarında önceliklerini değiştirebilmektedir. Örnek verilecek olursa aile ilişkileri paradan daha önemli hale gelebilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2006: ss. 5-6). Kısaca, bireyler pek çok alanda olumlu değişimler yaşayabilmektedirler.

Çeşitli araştırmalarda stres ile travma sonrası gelişim arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (McDonough ve diğerleri, 2014: 114; Wild ve Paivio, 2004: 97). Başka bir ifadeyle bireyin yaşadığı durum birey için ne kadar çok stres verici ise travma sonrası gelişim oluşma ihtimali o kadar artmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2006: 9). Travma sonrası gelişim sürecini Tedeschi ve Calhoun şu şekilde açıklamaktadır. Bireyler yaşadıkları olayların nedenlerini ve sonuçlarını anlayabilecekleri, onlara dünya hakkında rehberlik edebilecek, güvendikleri inançlar ve varsayımlar geliştirirler. Bu inançlar ve varsayımlar bireylere dünya hakkında genel bir anlam ve amaç sağlar (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 5). Stresli yaşam olayları da bu inançları ve varsayımları temelden sarsmaktadır (Janoff-Bulman, 1989: 114). Tedeschi ve Calhoun bu süreci ‘deprem’ metaforuyla açıklamaktadır. Bireyin önceden oluşturduğu inançlar ve varsayımlar bir yapı olarak düşünüldüğünde deprem yaşantısından sonra yapılar zarar görebilmekte hatta yıkılabilmektedir. Yıkılan yapıların ardından depremden sonra inşa edilen yapılar gelecekteki sarsıntılara daha dayanıklı olacak şekilde tasarlanabilmektedir. İnançların ve varsayımların sarsılması hatta yıkılması sonrasında yeni gerçeğe uyum sağlamada bireyler sarsılmaya daha

dirençli yeni inanç ve varsayımlar oluşturabilmektedirler (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 5). Yaşanan bu süreç ise travma sonrası gelişim süreci olarak adlandırılmaktadır.

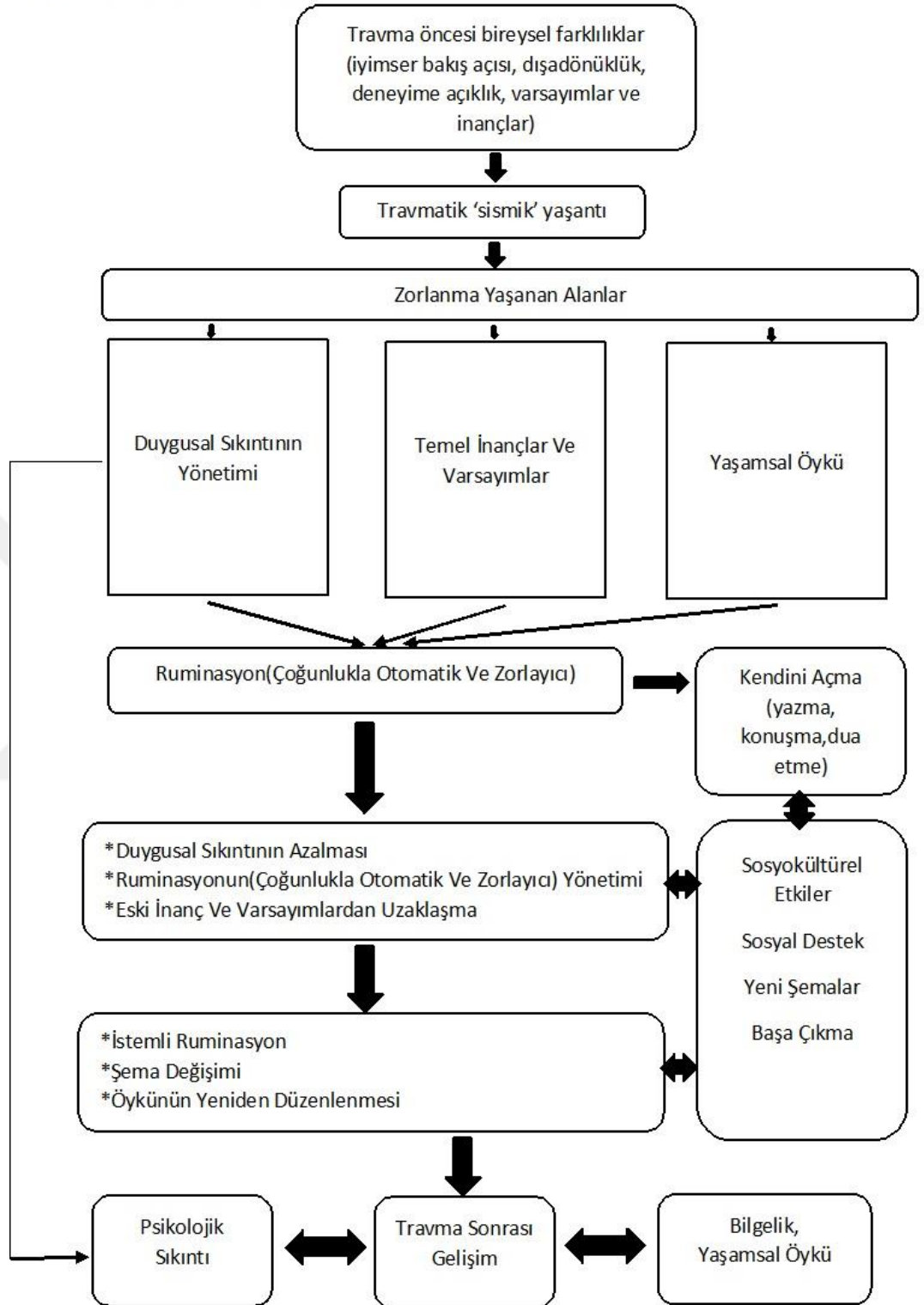
Travma sonrası gelişimin gerçekleşmesi sürecinde birçok faktör rol oynamaktadır. Özellikle yeni inanç ve varsayımlar oluşturmada ruminasyonun önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2006: 9; Nightingale ve diğerleri, 2010: 460). Ruminasyon ortak bir tema etrafındaki tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlanmaktadır (Martin ve Tesser, 1996: 7). Ruminasyon yalnızca intrusif (istemsiz olarak zihni meşgul eden) düşüncelerden oluşmamaktadır. Ayrıca hatırlama, problem çözme, olayları anlamlandırma gibi işlevlerde de yer almaktadır (Martin ve Tesser, 1996: 21-24). Travmatik yaşantı ile inanç ve varsayım dünyası sarsılan birey, olay hakkında tekrarlayıcı bir şekilde düşündüğü bilişsel bir sürecin içine girmektedir (Lindstrom ve diğerleri, 2013: 50). Krizden hemen sonra yaşanan bu süreç istemli düşüncelerden daha çok istemsiz (intrusif) düşünceleri içermektedir. Kriz sonrası gerçekleşen bu istemsiz (intrusif) düşünceler ise krize verilen normal bir tepkilerdir (Calhoun ve Tedeschi, 2006: 10; Cann ve diğerleri, 2011: 138). İstemsiz ruminasyonlar bireyin aklına getirmek istemediği ancak tekrarlı şekilde aklına gelen düşüncelerdir. İstemli ruminasyonlar ise bireyin bilinçli olarak aklına getirdiği düşüncelerdir. İstemli ruminasyonlar bireyin içinde bulunduğu durumu anlamaya çalışmasının sonucudur (Cann ve diğerleri, 2011: 138). Birçok araştırmada da istemli ruminasyonların travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Taku ve diğerleri, 2008: 428; Cann ve diğerler, 2010: 151).

Travma sonrası gelişim kuramı içerisinde yaşamsal öykü kuramının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bir olayın travmatik olup olmadığını anlamanın iyi yollarından biri yaşamsal öyküyü bozucu etkisi olup olmadığına bakmak olabilir. Kişi yaşadığı olumsuz olaydan sonra hayatını ‘yaşantıdan önce ve sonra’ olarak ayıran ifadeler kullanıyorsa bu olumsuz olay birey için travmatik bir yaşantıdır (Tedeschi ve Calhoun, 2006: 9). Travma sonrası gelişim sürecinin başlayabilmesi için yaşamsal öykünün temeli olarak gördüğümüz bireyin kimlik özelliklerini oluşturan hayatın anlamı ve amacını var eden şemaların, varsayımların ve inançların travmatik yaşantı ile derinden sarsılması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında bireylerin yaşadıkları bu kimlik sorununa nasıl tepki verdikleri travma sonrası gelişimin anahtarını oluşturmaktadır (Pals ve McAdams, 2004: 66). Özetle, travmatik olaylar bireylerin

yaşam öykülerini gözden geçirmelerine sebep olmaktadır (McAdams'dan aktaran Uy ve Okubo, 2018: 221). Bu gözden geçirmenin sonucunda da travma sonrası gelişimin oluşması için travmatik yaşantıların bireylerin kimliklerine ve yaşam öykülerine entegre edilmesi gerekmektedir (Neimeyer'den aktaran Jirek, 2016: 3).

Bireylerin travmatik yaşantıyı anlatma şeklinde bazı özelliklerin etkili olduğu öne sürülmektedir. Tedeschi ve Calhoun, kişilik özelliklerinden deneyime açıklık, duygusallık ve dışadönüklük faktörlerinin travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğunu öne sürmektedirler. Kişi öncelikle travmatik yaşantıya duygusal tepki vermekte sonra aktif olarak, istemli şekilde iyi hissetmek için çaba sarf etmektedir. Travmatik yaşantı sonrası oluşan bilişsel süreç, bireylerin sosyal çevrelerinde kendini açması ile de desteklenmektedir. Bu süreçte bireyin kendini açmasının empatik olarak kabul gördüğü bir sosyal çevreye sahip olması travma sonrası gelişim için önemli faktördür (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 12). Yapılan araştırmalarda sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (McDonough ve diğerleri, 2014: 114; Weiss, 2004: 260; Senol-Durak ve Ayvasik, 2010: 150). Bunun yanında Tedeschi ve Calhoun dua etmek ve yazmak gibi özelliklerin de travma sonra gelişimi kolaylaştırdığını öne sürmektedir (Pals ve McAdams, 2004: 67). Kısaca, kişilik özellikleri, dua etmek, duygu ve düşüncelerin yazılı ifade edilmesi, sosyal destek almak travma sonrası gelişimi etkileyen değişkenler olarak belirlenmiştir. İşlevsel Betimsel Model Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: İşlevsel Betimsel Model



Kaynak: Calhoun, Tedeschi ve Cann, 2013

1.3.2. Schafer ve Moos'un modeli

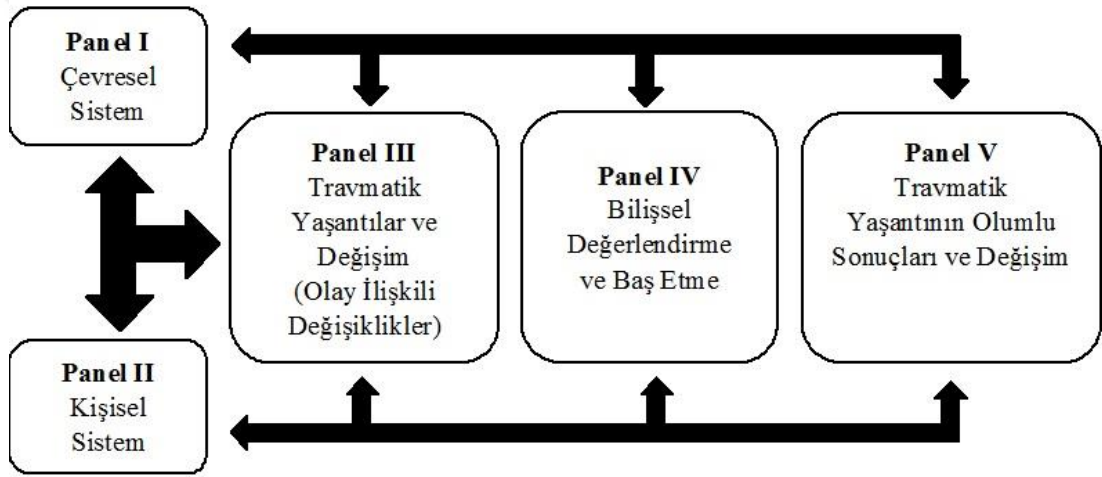
Schafer ve Moos, bireylerin travmatik yaşam olaylarına uyum sağlama sürecini açıklayan bir model geliştirmişlerdir (Moos ve Schafer, 1984). Daha sonra bu modeli travmatik yaşam olayları ve değişimin olumlu sonuçlarını incelemek için uyarlamışlardır (Moos ve Schafer, 1992: 151).

Schafer ve Moos'un (1992) kuramına göre çevresel ve kişisel sistemler, travmatik yaşam olayını veya değişimi birlikte etkilemektedirler. Çevresel sistem (Panel I), bireyin görece stabil olan finansal, ev ve toplum yaşamından, aile, iş ve arkadaş ilişkilerinden oluşmaktadır. Kişisel sistem (Panel II), bireyin sosyodemografik özelliklerini ve bilişsel yetenek, sağlık durumu, motivasyon ve öz yeterlilik gibi kişisel kaynaklarını içermektedir. Travmatik yaşantı (Panel III) tipik olarak, fiziksel yaralanma veya hastalık gibi devam eden kişisel faktörlerde veya eşin ölümü gibi çevresel faktörlerde meydana gelen değişiklikleri yansıtmaktadır. Bu gibi travmatik yaşantılardan sonra bireyler genelde baş etme yolları (Panel IV) oluştururlar. Bu baş etme yollarını Schafer ve Moos 3 ana alana ayırmıştır; değerlendirme odaklı baş etme, problem odaklı baş etme, duygu odaklı baş etme. Değerlendirme odaklı baş etme durumu tanımlamayı, yorumlamayı ve anlamayı içermektedir. Problem odaklı baş etme bilgi aramayı ve çözüm için harekete geçmeyi içermektedir. Son olarak duygu odaklı baş etme ise bireyin duygularını düzenleyerek, öfkesini ifade ederek ve durumu kabul ederek duygusal tepkilerini yönetebilmesini içermektedir. Bu baş etme yöntemleri çevresel, kişisel ve olay ilişkili faktörlerden etkilenebilmektedir. Aynı zamanda baş etme yolları travmatik yaşantı sonrası olumlu sonuçlar oluşma ihtimalini arttırabilmektedir (Moos ve Schafer, 1992: 151).

Travmatik yaşantı sonrası oluşan olumlu sonuçlar (Panel V) Schafer ve Moos'a göre 3 kategoride toplanmaktadır. Oluşan 3 kategori de kendi içinde alt başlıklara ayrılmıştır. Bu kategoriler şunlardır. 1) Gelişmiş sosyal kaynaklar; güvenli bir ilişkinin gelişimi, aile üyeleri ve arkadaşlarla daha iyi ilişkiler, yeni destek ağlarının oluşumu, 2) Gelişmiş kişisel kaynaklar; bilişsel ve entelektüel farklılaşma, kendine güven ve kendini anlama, empati, fedakarlık ve olgunluk, temel değerler ve önceliklerde değişiklikler, 3) Yeni baş etme yollarının gelişmesi; bilişsel baş etme becerileri,

problem çözme ve destek arama becerileri, etki düzenleme ve kontrol yeteneği. Üç ana başlıkta toplamda 10 olumlu değişiklik belirtilmiştir (Moos ve Schafer, 1992: 152). Özetle çevresel sistem ve kişisel sistem bireyin yaşadığı travmatik yaşantıyı, baş etme yollarını ve travmatik yaşantı sonrası olumlu sonuçları ve değişimi etkiler. Ayrıca kişi travmatik yaşantı sonrası baş etme yolları geliştirebilir ve geliştirdiği baş etme yolları da travmatik yaşantı sonrası olumlu sonuçları ve değişimi etkileyebilmektedir. Şekil 2’de Schafer ve Moos’un TSG modeli verilmiştir.

Şekil 2: Travma Sonrası Gelişim Modeli



Kaynak: Schafer ve Moos, 1992

1.3.3. Organizmik Değerlendirme Kuramı

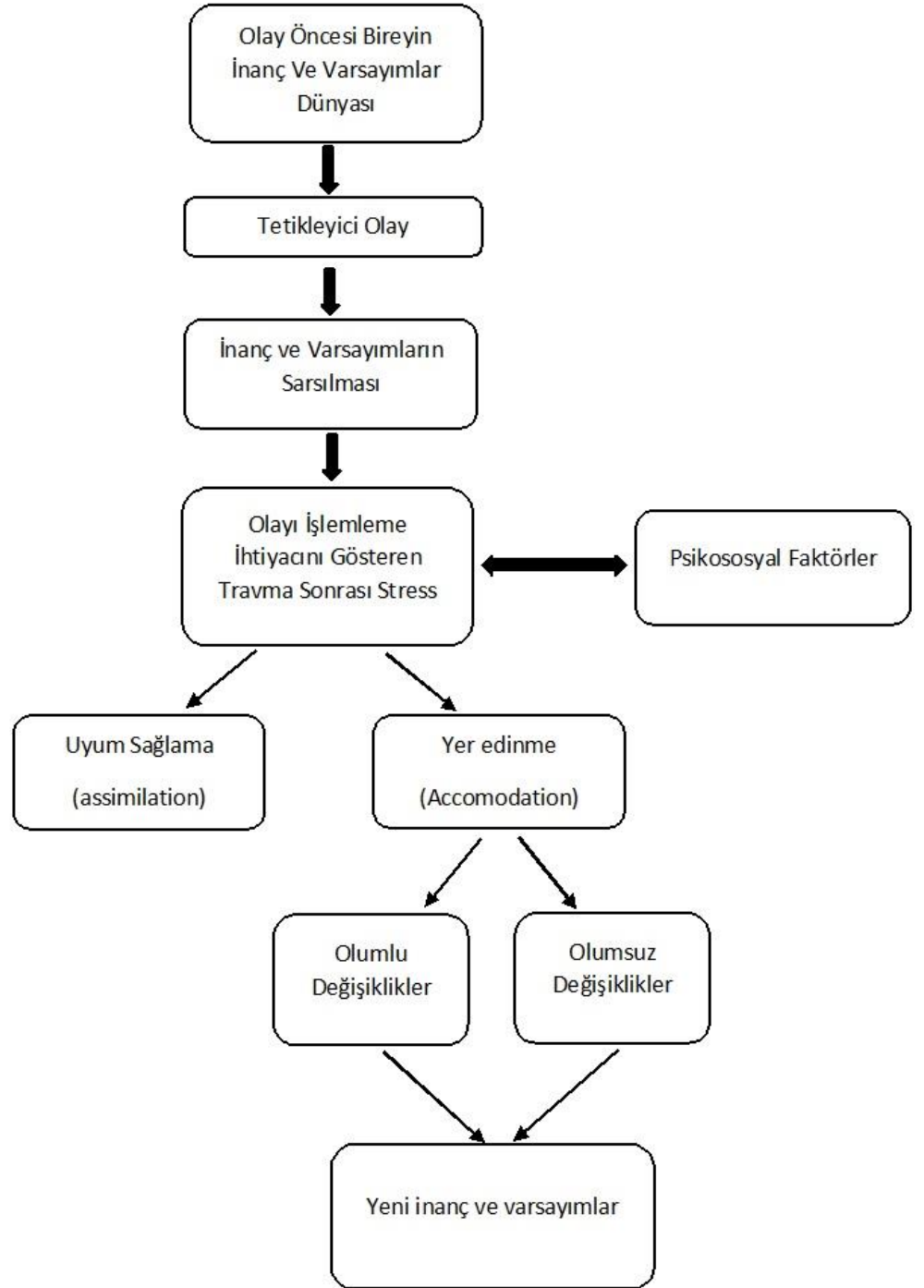
Travma sonrası gelişimi açıklayan başka bir model Organizmik Değerlendirme Modelidir (Joseph ve Linley, 2005). Model psikososyal çerçeveye tutarlı, insanların içsel olarak gelişmeye motive olduklarını temel alan, birey merkezli bir modeldir. Ayrıca model, değerlendirme süreci ve bireyin varsayımları arasındaki ilişkiyi daha ayrıntılı incelemek için pozitif psikoloji literatürüne dayanmaktadır (Joseph ve Linley, 2008: 12).

Modele göre birey değerlendirme, duygusal durum, baş etme ve daha fazla değerlendirme döngüsü içindedir. Bu döngü içinde travmayla ilişkili yeni bilgi sadece iki yolla işlenebilir. Bu yollardan biri travmayla ilişkili yeni bilgiyi bireyin varsayımlar dünyasına uyumlu (assimilation) hale getirmektir. Bir diğer yol ise travmayla ilişkili yeni bilgiye bireyin varsayımları içerisinde yer verilmesi (accomodation)dir.

Yeni bilginin asimilasyonu için yani var olan varsayımların ve inançların sürdürülmesi için kompleks bilişsel stratejiler gereklidir. Kendini suçlama bu stratejilerden biridir. Eğer bireyler kendi talihsizlikleri olarak kendilerini suçlarsa dünya hakkındaki eski varsayım ve inançları aynı şekilde kalır. Buna karşın birey travma ile ilişkili yeni bilginin önceden var olan inançlara ve varsayımlara uymadığını değerlendirerek, kabul ederek dünyaya ilişkin inançları ve varsayımlarını değiştirmelidir. Yani birey yeni bilgiye inançları ve varsayımları arasında yer vermelidir. Bilgiyi bu şekilde işleyen bireyler artık dünyayı adil olarak görmezler. Bu travma ile ilişkili yeni bilgi (örneğin, dünyada bu rastlantısal olaylar olur ve böyle kötü şeyler her an olabilir) birey için olumlu (örneğin, hayat şimdi ve burada dolu dolu yaşanmalı) ya da olumsuz (umutsuzluk ve umutsuzluğun depresif tepkileri) olabilmektedir. Yani bireyin inanç ve varsayımları arasında travma ile ilişkili yeni bilgiye yer verme işlemi bireyde psikopatoloji gibi olumsuz sonuçlara ya da travma sonrası gelişime sebebiyet verebilmektedir (Joseph ve Linley, 2008: ss. 12-13).

Organizmik değerlendirme kuramı, travma ile ilgili zorlukların psikolojik çözümüne ilişkin üç bilişsel sonuç ortaya konmuştur. İlki travmatik yaşantının eski inanç ve varsayımlar dünyasına uyumlu hale getirilmesidir. Bu durum aynı zamanda bireyi gelecekteki yeniden oluşabilecek travmatik yaşantılar için savunmasız kılmaktadır. Kuram ayrıca bu bireylerin gelecekteki travmatik yaşantılara daha katı savunma geliştireceklerini ve travma sonrası stres geliştirmede daha savunmasız olduklarını öne sürmektedir. İkinci bilişsel sonuç, bireyin inanç ve varsayımlarında travma ile ilişkili yeni bilginin olumsuz şekilde yer verilmesidir. Bu durumun bireyde borderline kişilik bozukluğu, depresyon ve umutsuzluk gibi psikopatolojilerin ortaya çıkmasına sebep olduğu belirtilmektedir. Üçüncü bilişsel sonuç ise bireyin inanç ve varsayımları arasında travma ile ilişkili yeni bilgiye olumlu şekilde yer verilmesidir. Bu da bireyde travma sonrası gelişime neden olmaktadır (Joseph ve Linley, 2008: ss. 13-14). Şekil 3'te Organizmik Değerlendirme Modeli verilmiştir.

Şekil 3: Organizmik Değerlendirme Modeli



Kaynak: Joseph ve Linley, 2008:13

1.3.4. Travma Sonrası Gelişim ve Miyokard İnfarktüsü

Hayatı tehdit edici bir fiziksel hastalığın olması, çoğu insanın yaşamında büyük bir stres faktörüdür. Ciddi bir hastalık tanısı alan kişiler, sağlıklarının değişmiş olduğu gerçeğine uyum sağladıkları ve hastalığın günlük yaşamlarını ve gelecek planlarını nasıl etkileyeceğini belirlerken sık sık kargaşa ve şaşkınlık yaşarlar. Genellikle, bu sürecin çoğu, gelecekteki plan ve hedeflerdeki değişikliklerin yanı sıra, bir işlev kaybına uyum sağlamayı da içermektedir (Petrie ve diğerleri, 1999: 536). Kronik bir hastalık sebebiyle yaşanan bütün bu zorlukların yanı sıra bazı araştırmalar kronik hastalığı olan bireylerin travma sonrası gelişim gösterdiğini tespit etmiştir (Li ve diğerleri, 2018: 449; Aflakseir ve Manafi, 2018:57; Dirik ve Karanci, 2008: 200; Yorulmaz ve diğerleri, 2010: 2315; Mols ve diğerleri, 2009: 583). Özetle kronik hastalığı olan bireyler yaşadıkları zorlukların yanında travma sonrası gelişim de yaşayabilmektedir.

Miyokard İnfarktüsü de koroner arter hastalıkları içerisinde yer alan kronik bir hastalıktır. Miyokard infarktüsünün ani ve beklenmedik olması, yaşamı tehdit eden bir deneyim olması açısından travmatik yaşantıya birçok yönüyle benzemektedir (Łosiak ve Nikiel, 2014: 257). Kronik hastalıklarda travma sonrası gelişimin tespit edildiğine dair yapılan araştırmalara paralel olarak MI geçirmiş olan bireylerde de travma sonrası gelişim tespit edilmiştir. Yapılan bir araştırmada MI geçiren ve meme kanseri tanısı alan bireylerde olumlu etkiler ve değişiklikler incelenmiştir. Araştırma 143 MI geçiren ve 52 meme kanseri tanısı alan birey ile gerçekleştirilmiştir. İki gruba da tanı aldıktan yaklaşık 3 ay sonra tek bir açık uçlu soru sorulmuştur. Bireyler ‘Hastalık tanısından sonra yaşamınızda herhangi olumlu bir değişiklik oldu mu?’ sorusunu yazılı olarak cevaplamışlardır. Bu cevaplar 3 uzman tarafından okunmuş ve yedi ana tema belirlenmiştir. Yaklaşık olarak iki grupta da % 60 oranında hastalık şiddetinden bağımsız olarak hastalık sonrası olumlu değişiklik bildirilmiştir. MI geçiren bireylerde en fazla olumlu değişikliğin olduğu alan sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri (% 68) olurken kanser hastalarında diğerleriyle yakın ilişkiler kurma (% 33) olarak tespit edilmiştir (Petrie ve diğerleri, 1999: 537).

Başka bir araştırma yaşlı kadınlarda miyokard infarktüsünün olumlu etkilerini, olumlu etkilerin sıklığını ve doğasını araştırmak için yapılmıştır. Araştırmaya 62-80 yaş aralığında 145 hasta katılmıştır. Miyokard infarktüsünün üzerinden en az 3 ay ve en fazla 5 yıl geçmiş bireylerle görüşülmüştür. Demografik bilgi formu ve sağlık kayıtlarının yanında bir önceki araştırmaya benzer şekilde hastalara tek bir açık uçlu soru solmuştur. ‘ MI sonrası hayatınızda herhangi olumlu bir değişim oldu mu?’ sorusu bireylere yöneltilmiştir. Araştırmanın sonucunda kadınların büyük bir çoğunluğu (%65) MI sonrası olumlu değişiklik bildirmiştir. Bu olumlu değişiklikler dört ana temada toplanmıştır: Yaşamı takdir etmek (% 55), Sağlık hizmeti almak (İyi tedavi, bakım almak ve kontrollere gitmek) (% 42), Yaşam biçimi değişikliği yapmak (% 36) ve Kendine ve diğerlerine daha çok bakım vermek (% 29) (Norekvål ve diğerleri, 2008: 80). Kısaca MI geçirdikten sonra kişilerin hayatlarında olumlu değişiklikler yaşadıkları tespit edilmiştir.

Başka bir çalışmada MI geçirdikten 12 ve 21 haftalar arasında 84 erkek hastayla yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır. 84 hastadan 28 hasta (A grubu) MI sonrası önemli ölçüde veya bir miktar yaşam durumlarının iyileştiğini bildirmişlerdir. Diğer katılımcılardan 39 hasta (B grubu) hiçbir değişiklik belirtmezken 17 hasta (C grubu) ise yaşam durumlarının önemli ölçüde ya da bir miktar kötüleştiğini belirtmişlerdir. Bütün gruptaki hastaların iş stresi, fiziksel aktivite ve kilo alımı ile ilgili değişiklikler yaptığı tespit edilmiştir. Hastaların % 60’ı ya sigarayı bırakmış ya da azaltmışlardır. Aynı zamanda hastaların % 19’unun alkol tüketimini azalttığı tespit edilmiştir. Hastaların %50’si hayatta olmak ile ilgili memnuniyetlerinde artış olduğunu belirtmişlerdir (Lærum ve diğerleri, 1988: 67). Bu çalışmanın devamı olarak hastalarda değişikliklerin kalıcı olup olmadığını araştırmak amacıyla 84 hastadan hayatta olan 75 hasta ile 2-4 yıl sonra tekrar görüşülmüştür. İlk ölçümde hastaların % 33’ü MI sonrası önemli ölçüde veya bir miktar yaşam durumlarının iyileştiğini bildirmişken sonraki ölçümde bu oran % 29’a düşmüştür. Değişiklik olmadığını belirten grup % 47 oranıyla aynı kalmıştır. MI sonrası yaşam durumlarının kötüleştiğini belirten grup hastaların % 20’sini oluştururken bu grubun oranı % 24’e çıkmıştır. Bütün gruptaki hastaların iş stresi, fiziksel aktivite ve kilo alımı ile ilgili yaptığı değişikliklerin 2-4 yıl sonunda da devam ettiği tespit edilmiştir. Yapılan iki araştırmanın sonucunda MI sonrası görülen psikososyal ve yaşam tarzı

faktörlerindeki olumlu değişikliklerin genellikle 2-4 yıl sonra sürdüğü sonucuna varılmıştır (Laerum ve diğerleri, 1991: 229).

Başka bir araştırma MI geçiren bireylerde yaşam doyumu ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılmıştır. MI geçiren 86 kişi (62 erkek, 24 kadın) ile görüşülmüştür. Katılımcılara Travma Sonrası Gelişim Envanteri ve Yaşam Doyumu Ölçeği uygulanmıştır. Dört katılımcıdan birinin yüksek düzeyde travma sonrası gelişim gösterdiği tespit edilmiştir. Ancak yaşam doyumu ile travma sonrası gelişim arasında zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ogińska-Bulik, 2014: 105).

MI geçirmiş olan bireylerde sosyodemografik değişkenler ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Araştırmalarda travma sonrası gelişim düzeyleri ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Petrie ve diğerleri, 1999: 54; Laerum ve diğerleri, 1987: 303; Łosiak ve Nikiel, 2014: 256; Ogińska-Bulik, 2014: 105).

1.4. PSİKOLOJİK SIKINTI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

1.4.1. Bilişsel Adaptasyon Kuramı

Kronik bir hastalık tanısı almanın farklı bireyler üzerinde değişik etkileri olabilmektedir. Ancak birçok kişi için hayatı kronik hastalığa göre düzenleme gerekliliğinin olması, bireyleri hastalığa uyum konusunda harekete geçirmekte yeterli olabilmektedir (Czajkowska ve diğerleri, 2013: 379). Tehdit edici bir olaydan sonra yeni gerçeğe uyum sağlama konusunda öne çıkan teorilerden biri, Shelley E. Taylor'ın Bilişsel Adaptasyon Kuramıdır.

Taylor 1983 yılında Bilişsel Adaptasyon Kuramını (BAK) geliştirmiştir. Bilişsel Adaptasyon Kuramı Taylor'ın 78 meme kanseri hastası ve onların aileleriyle yaptığı nitel çalışma temel alınarak oluşturulmuştur (Taylor, 1983: 1161-1173). Bu nedenle BAK temel alınarak alanda yapılan çalışmaların çoğu kronik hastalığa sahip

bireylerde hastalığa uyumla ilgilidir. Örneğin cilt kanseriyle (Czajkowska ve diğerleri, 2013: 377-392), diyabet hastalarıyla (Helgeson ve diğerleri, 2014: 484-491), kanser hastalarıyla (Christianson ve diğerleri, 2013:266-281), koroner arter hastalarıyla (Helgeson, 1999: 561-569, 2003: 30-38) yapılan çalışmalar mevcuttur.

BAK, kronik hastalık gibi zorlu yaşam olayları yaşayan bireylerin önceki psikolojik işlevsellik düzeylerine dönmek ya da kendilerini daha da geliştirmek için travmatik yaşantıya bilişsel olarak uyum sağlamaya çalıştıklarını savunmaktadır. Taylor, yaşamı tehdit eden yaşantılardan sonra bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri ve yeniden hayata uyum sağlayabilmeleri için üç temel alana odaklandıklarını belirtmektedir. Bunlar: 1) Yaşanılan olaya yönelik anlam arama, 2) Olay üzerinde yeniden kontrol sahibi olma, 3) Benlik saygısını arttırmaktır (Taylor, 1983: 1161). Taylor ve Brown bu bilişsel çarpıtmaları pozitif illüzyon (gerçekçi olmayan olumlu kendilik algısı, olay üzerinde abartılmış kontrol algısı ve gerçekçi olmayan iyimserlik) olarak adlandırmıştır (Taylor ve Brown, 1988: 193). Travmatik yaşantı sonrası bireylerin uyum süreci, bahsedilen üç alana yönelik pozitif illüzyonlar yaratılarak kişinin duruma ilişkin bakış açısını değiştiren ve bu şekilde kişinin iyi oluşunu arttıran bilişsel bir süreci içermektedir (Taylor ve Brown, 1988: 197). Şekil 4'te Bilişsel Adaptasyon Kuramı verilmiştir.

Şekil 4: Bilişsel Adaptasyon Kuramı



Kaynak: Taylor, 1983

BAK'ını temel alarak kronik hastalıkları olan bireyler ile yapılan birçok araştırma mevcuttur. Venöz tromboembolik hastalık (VTH) tanısına sahip 123 hasta ile bir çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmanın amacı yakın zamanda VTH tanısı almış bireylerin psikolojik tepkilerini değerlendirmek ve Bilişsel Adaptasyon Kuramını VTH tanısı almış bireylerde test etmektir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri iyimserlik, kontrol, benlik saygısı ve anlam arayışıdır. Bağımlı değişkenler olarak kaygı, depresyon, tromboz endişesi ve yaşam kalitesi belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda VTH tanısı almış bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonucunda yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde bile BAK'nın değişkenlerinin kaygı, depresyon, tromboz endişesi ve yaşam kalitesini önemli miktarda bir varyansla açıkladığı görülmüştür. Beklenildiği gibi iyimserlik, kontrol ve benlik saygısının hastalığa uyumla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmada literatürün aksine anlam arayışıyla psikolojik sıkıntı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Moore ve diğerleri, 2006: 2395-2406).

Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (koroner anjiyografi sonrasında saptanmış olan kalbi besleyen damarlardaki daralma ya da tam tıkanmaların tedavisinde kullanılan yöntemler) uygulanan 298 Koroner Arter Hastalığı olan hastayla BAK'ın psikolojik ve fiziksel sağlık sonuçları üzerinde uzun dönem etkisini araştıran bir çalışma yapılmıştır. Katılımcılarla anjiyo sonrası görüşülmüştür. Ardından taburcu olduktan 6 ay sonra evlerinde ve 12 ay sonra telefonla görüşülmüştür. Araştırmanın sürdüğü geri kalan 3 yıl boyunca her yıl düzenli olarak mail yoluyla iletişime geçilmiştir. Araştırmanın sonucunda BAK değişkenlerinin hastalarda daha iyi akıl sağlığı ve olumlu sağlık algılarını yordadığı tespit edilmiştir. Ayrıca BAK değişkenlerinin sadece ameliyat sonrası hastalığa uyumu değil 4 yıl sonundaki hastalığa uyumu da yordadığı tespit edilmiştir (Helgeson, 2003: 30-38).

Yapılan başka bir çalışmada 1 ile 9 ay önce kanser tanısı konmuş 67 kişiyle çalışılmıştır. Radyasyon tedavisine başlayacak olan 67 hastadan radyasyon tedavisinden 1 hafta önce, radyasyon tedavisi tamamlandıktan 2 hafta sonra ve radyasyon tedavisi tamamlandıktan 3 ay sonra olmak üzere 3 farklı zamanda veri toplanmıştır. Kontrol grubu aynı bölgede yaşayan 50 kişiden seçilmiş, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş ve kontrol grubuyla mail yolu üzerinden hasta

grubuyla aynı şekilde 3 farklı zamanda veri toplanmıştır. Veriler Yaşam Yönelimi Testi, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Pearlin ve Schooler'ın Kontrol Ölçeği, CES-D Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı ölçekleri ile toplanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre sağlıklı grupta hasta grubu karşılaştırıldığında hasta grubun daha fazla iyimserlik ve yüksek benlik saygısı rapor ettiği ve zamana göre değişim açısından bakıldığında hasta grupta iyimserlik ve benlik saygısı düzeylerinin farklı zaman ölçümlerinde hep yüksek kaldığı görülmüştür. Bu bilgiler doğrultusunda hasta grubun hastalığa bilişsel uyum çabasını sürdürebildiği belirlenmiştir. Bu araştırmada sadece kontrol ve iyimserliğin kaygı seviyesini yordadığı görülmüştür. Ayrıca kontrol ise 3 ay sonraki depresif belirtileri de anlamlı bir şekilde açıklamaktadır (Stiegelis ve diğerleri, 2003: 303-318).

Psikoloji tarihi boyunca çeşitli ruh sağlığı görüşleri içerisinde baskın olan psikolojik olarak sağlıklı bir insanın gerçeklikle yakın temasta bulunan kişi olduğu görüşüdür. Bu görüş göz önüne alındığında oluşan temel paradoks şudur: Bireylerin gelen bilgileri doğru ve gerçekliğine uygun bir şekilde işlemleri önemliyken kendilerine ve çevreye yönelik pozitif illüzyonlar yaratmaları nasıl adaptif bir süreç olabilir? (Taylor ve Brown, 1988: 193). Oluşan bu soruyla kuramın kavramlarına daha ayrıntılı bakmak gerekmektedir. Bilişsel adaptasyon kuramında yukarıda bahsedilen 3 temel alan literatürde iyimserlik, benlik saygısı ve kontrol kavramlarıyla bütünleşmiş ve bu 3 kavram üzerinden araştırılmaktadır. Bu nedenle bu üç kavrama aşağıda detaylı olarak yer verilmiştir.

1.4.1.1. İyimserlik (Optimizm)

Bilişsel Adaptasyon Kuramına göre korkutucu yaşam olayları ile karşılaşan bireyler (kronik bir hastalık tanısı almak gibi) iyimser bir bakış açısı geliştirmekte ya da var olan iyimser bakış açısını sürdürmektedirler. Bireyler, duruma bakış açılarını değiştirecek pozitif illüzyonlar yaratarak iyi oluşlarını arttırmaktadırlar (Taylor ve Brown, 1988: 193). BAK'nda üç temel alandan biri yaşanılan olaya yönelik anlam arayışıdır. Taylor duruma yönelik anlam arayışının iki süreci içerdiğinden bahsetmektedir. Bu süreçlerden ilki olayın neden gerçekleştiğinin anlaşılmasıdır. İkincisi ise olayın, bireyin hayatı üzerinde nasıl bir etkisi olduğunun anlaşılmasıdır.

Taylor'ın meme kanseri hastaları ile yürüttüğü çalışmasında kanser hastalarının % 95'inin neden kanser olduklarını anlamaya çalıştıkları ve kanserin nedenlerine dair açıklamaları olduğu tespit edilmiştir (Taylor, 1983: 1162). Olayın neden olduğunu anlamaya çalışmalarının yanı sıra hastalar olayın hayatları üzerindeki etkilerini de anlamlandırmaya çalışmışlardır. Bu süreçte de Taylor'ın araştırmasında katılımcıların yarısının kanser tanısı aldıktan sonra hayatlarını yeniden değerlendirdikleri sonucuna varılmıştır (Taylor, 1983: 1163).

Zorlayıcı durumlar karşısında bireyler olayın neden olduğunu anlamaya ve açıklamaya çalışmaktadırlar. Olayı anlamlandırma sürecinde bireyler olaya yönelik nedensel atıflarda bulunmaktadırlar. Olayın neden ortaya çıktığına dair oluşan bilgiler bireyin hayatına dair iyimser bir tavır benimsemesine yardımcı olmaktadır (Czajkowska ve diğerleri, 2013: 379). Taylor'ın araştırmasında da herkes kanser deneyiminden olumlu bir anlam çıkarmasa da birçok hastanın kanser dolayısıyla hayata yeni ve olumlu bir bakış açısı geliştirdikleri tespit edilmiştir. Bireylerin geliştirdikleri olumlu bakış açısının iyi psikolojik uyum ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Taylor, 1983: 1163). Daha sonra Taylor ve Brown'un yayınladığı makalede de bireylerin geliştirdiği geleceğe yönelik olumlu bakış açısının yani iyimserliğin iyi oluş, motivasyon, üretkenlik ve sağlık üzerinde doğrudan etkileri olduğu öne sürülmüştür (Taylor ve Brown, 1988: 193-210).

İyimserlik (optimizm) gelecekte olumlu durumlarla karşılaşılacağına dair beklentiler olarak tanımlanmıştır (Carver ve diğerleri, 2010:879). Bireylerin gelecek yönelimli olduğuna dair bir çalışma yürütülmüştür. Yapılan çalışmada bireylerin % 57'sinin şimdiye ve geleceğe yönelik olduğu, % 33'ünün öncelikle geleceğe yönelik olduğu, % 9'unun yalnızca şimdiye yönelik olduğu ve % 1'inin de geçmişe yönelik olduğu belirlenmiştir (Gonzales ve Zimbardo'dan aktaran Taylor ve Brown, 1988: 196). Geleceğe yönelik olmanın yanında sağlıklı bireylerin birçoğunun iyimser olmaya yönelik olduğu da görülmüştür. Yapılan bir çalışmada sağlıklı insanların geleceğe yönelik tahminlerinde olayların iyi olmasını beklerken hafif depresyonu olan kişilerin böyle bir beklenti içinde olmadığı ve şiddetli depresyonu olan kişilerin olayların daha kötü olacağı beklentisinde olduğu görülmüştür (Strunk ve diğerleri, 2006: 861-882). Kısaca, araştırma sonuçları sağlıklı olma hali ile iyimserlik arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

İyimserlik, hem fiziksel hem de zihinsel sağlıkla ilişkili bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada 75 kanser hastası bireyde iyimserlik, baş etme yolları, işlevsellik düzeyi ve psikolojik uyumun ilişkisi incelenmiştir. Bireylerden 3 ayrı ölçüm alınmıştır. Ölçümlerin ilki kanser tanısından ortalama 10.2 ay sonra alınmıştır. Daha sonra ikinci ölçüm ilk ölçümünden 2 ay sonra ve üçüncü ölçüm ilk ölçümünden 4 ay sonra alınmıştır. Araştırmanın sonucunda iyimserlik ve baş etme yollarının psikolojik uyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca iyimserliğin psikolojik iyi oluş ile pozitif yönde, psikolojik sıkıntı ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Miller ve diğerleri, 1996: 115-130). Yine kanser hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada iyimserliğin fiziksel yaşam kalitesini attırdığı belirlenmiştir (Christianson ve diğerleri, 2013: 266). Koroner arter hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada iyimserliğin ameliyat sonrası yüksek yaşam kalitesi, düşük hostilite ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Scheier ve diğerleri, 1989: 1024-1040).

Literatürde MI ile iyimserlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da mevcuttur. İyimserliğin yakın zamanda MI geçirmiş olan bireyler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. 70 erkek hasta ile yapılan çalışma 2 görüşmeden oluşmaktadır. İlk görüşme MI'dan 4-5 gün sonra, ikinci görüşme ise 1 ay sonra olacak şekilde planlanmıştır. Ayrıca ilk görüşmede tıbbi iyileşme düzeyi doktorlar tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmada pozitif yaşam yönelimi (İyimserlik), algılanan iyileşme, beklenen iyileşme, kişisel kontrol ve duygu durum hakkında bilgiler toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda iyimserlik puanlarının algılanan iyileşme, beklenen iyileşme, tıbbi iyileşme, kişisel kontrol ve duygu durumu ile pozitif, çaresizlik ile negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (Agarwal ve diğerleri, 1995: 125-130). Özetle, araştırmada bireylerin iyimserlik düzeyleri ile MI sonrası olumlu sonuçlar arasında pozitif yönde, olumsuz sonuçlar ile ise negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Başka bir çalışma koroner arter bypass ameliyatı olan 51 erkek hasta ile yürütülmüştür. Hastalarla 3 görüşme yapılmıştır. İlk ameliyattan önce, ikincisi ameliyattan 6-8 gün sonra ve üçüncüsü de ameliyattan 6 ay sonradır. Görüşmelerde duygudurum, ameliyata yönelik tepkiler, baş etme yolları ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Araştırmada istatistiksel olarak medikal (tıbbi) faktörler kontrol edilmiştir. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde iyimserliğin problem odaklı başa

çıkma ile pozitif, inkar (işlevsel olmayan baş etme) ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda iyimserliğin hastane yatışı sırasında daha hızlı iyileşme ve normal yaşam aktivitelerine daha hızlı dönme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Son olarak iyimserlik ile 6 ay sonraki yaşam kalitesi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Scheier ve diğerleri, 1989: 1024-1040).

Yapılan bir diğer çalışma ise iyimserlik ve minnettarlık ile akut koroner sendrom sonrası sağlık davranışları, fiziksel işlevsellik ve duygusal iyi oluş arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. 156 hasta ile yapılan çalışmada katılımcılardan akut koroner sendromdan 2 hafta sonra ve 6 ay sonra olmak üzere iki farklı ölçüm alınmıştır. Bu ölçümler ile sağlık tavsiyelerine uyum gösterme, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, fiziksel işlevsellik, depresyon ve kaygı ile ilgili konularda bilgi almak amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucunda 2 hafta sonra alınan ölçümdeki iyimserlik ve minnettarlığın 6 ay sonraki sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde gelişmeleri ve depresyon ve kaygı düzeyindeki azalmayı yordadığı görülmüştür (Millstein ve diğerleri, 2016: 17-22). Özetle kalp hastaları ile yapılan ve yukarıda belirtilen araştırmalarda iyimserlik ile algılanan iyileşme, beklenen iyileşme, tıbbi iyileşme, kişisel kontrol, duygu durumu, yaşam kalitesi, depresyon, kaygı ve baş etme değişkenleri arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

1.4.1.2.Kontrol

Ani tehdit edici bir olay, bir insanın vücudu ve hayatı üzerindeki kontrolünü kolayca zayıflatabilmektedir. Bilişsel adaptasyon sürecinin ikinci kavramı bireyin tehdit edici olay ve hayatı üzerinde yeniden kontrol sahibi olma çabasıdır. Kurama göre bireyler tehdit edici olayı yönetmek veya tekrar olmasını önlemek için olay üzerindeki kontrol hissini yeniden kazanmaya çalışmaktadırlar (Taylor, 1983: 1163). Taylor'ın meme kanseri bireylerle yaptığı çalışmasında hastaların üçte ikisi kanserlerinde veya kanserin nüksünde en azından biraz kontrol sahibi olduklarına inanmaktadır. Katılımcıların % 37'si kanserleri üzerinde çok fazla kontrolleri olduğuna inanmaktadırlar. Diğer katılımcıların üçte biri de kişisel olarak kanseri

kontrol edememelerine rağmen, doktor tarafından veya tedavilerin devam etmesiyle kontrol altına alınabileceğine inanmaktadırlar (Taylor, 1983: 1163). Başka bir ifadeyle, çoğunlukla bireyler hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olduklarına inanmaktadırlar.

Kontrolün psikolojik sağlık ve iyi oluş için en önemli değişkenlerden biri olduğunu savunan Shapiro, Schwartz ve Astin (1996) kontrolün fiziksel ve psikolojik sonuçları ile ilgili literatürü gözden geçirmişlerdir. Makalede özellikle normal işlevselliğe sahip bireylerin bir durum için sahip oldukları kontrol miktarını abartma eğiliminde oldukları ve aynı zamanda gelecekle ilgili kontrole sahip olmaları konusunda daha iyimser oldukları görüşüne yer verilmiştir. Kontrol ve fiziksel hastalık arasındaki ilişki incelendiğinde kontrolün hastalığa uyum konusundaki faydaları üzerinde durulmuştur (Shapiro ve diğerleri, 1996: 1213-1230).

Kontrol ve psikolojik ve fiziksel iyi oluş ile ilgili yapılan bazı araştırma sonuçları şöyledir: Yapılan bir çalışmada sağlık kontrol odağı ve iyi oluş arasında benzerlikler ve farklılıkları belirlemek amacıyla 60 yaş üstü 110 dahiliye hastası, 196 kanser hastası ve 80 sağlıklı kontrol grubu ile görüşülmüştür. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde en yüksek iç sağlık kontrol odağı puanının dahiliye hastası olan grupta olduğu görülmüştür. Ayrıca bütün gruplarda yüksek iç sağlık kontrol odağının olumlu duygulanımı yordadığı görülmüştür (Knappe ve diğerleri, 2009: 201). Bir başka çalışmada kontrol odağı ile yaşam kalitesi, kaygı ve depresyon arasındaki ilişki 118 meme kanseri tanısı almış katılımcı üzerinde incelenmiştir. Araştırma sonucunda yüksek iç kontrol odağına ve düşük dış kontrol odağına sahip hastaların yüksek yaşam kalitesi, düşük depresyon ve kaygı belirtileri yaşadığı tespit edilmiştir (Sharif, 2017: 28). Başka bir çalışma iç sağlık kontrol odağının hastalık süreci içerisindeki değişimleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 207 kronik böbrek hastasıyla yapılmıştır. Boylamsal yöntemi kullanan çalışmada yaklaşık 16 ay arayla iki ölçüm alınmıştır. Araştırmanın sonucunda hastalarda iç sağlık kontrol odağındaki artışın hastalığın prognozu iyiye gitmeyen hastalarda düşük depresyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç iç sağlık kontrol odağındaki değişikliklerin kronik hastalığı ilerleyen ya da hayatını tehdit eden bireyler için önemli bir özellik olabileceğini göstermektedir (Cvengrosve diğerleri, 2005: 677). Ancak bahsedilen araştırmaların sonuçlarıyla çelişkili olacak şekilde literatürde yapılan bazı araştırmalarda da kontrol

odağı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (De Valck ve Vinck, 1996: 179; Andrykowski ve Brady, 1994: 439). Kısacası her ne kadar kontrol ile psikolojik ve fiziksel iyi oluş arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmalar literatürde çoğunlukta olsa da bu ilişkiyi desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur.

Bilişsel Adaptasyon Kuramına göre bireyler hastalığa gerçekçi olmayan iyimserlik, kontrol algısı ve benlik saygısı ile bilişsel olarak uyum sağlamaktadır. BAK'nın hastalığa uyumla ilgili potansiyel bir problemi vardır. Kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarında nüks veya gerileme yaşayabilmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlarda bu durumla ilgili şöyle bir soru sorulmuştur. Hastalıklarının seyri üzerinde kontrol hissini kazanan ve geleceğe iyimser bakış açısıyla bakan meme kanseri olan kadınlar nüks yaşadıklarında ne yaparlar? Bu sorunun cevabı iki ihtimal üzerinden verilmektedir. İlki bireylerin benliğe, geleceğe ve kontrol algılarına yönelik olumlu bilişlere sahip olmaları onları psikolojik strese karşı daha savunmasız yapmaktadır. Diğer ihtimal, benliğe, geleceğe ve kontrol algılarına yönelik olumlu bilişlere sahip olan bireylerin nüks etme ve ya gerileme durumlarına diğer bireylerden daha iyi uyum sağlayabilecekleri düşünülmektedir (Taylor ve Armor, 1996). Bir araştırmada ilk görüşü destekleyen sonuçlar ortaya çıkmıştır. Araştırmada 1.,2. ve 3. evre meme kanseri tanısı konan 70 hastada bilişsel adaptasyon kuramının bileşenleri(iyimserlik, kontrol, benlik saygısı) ile yaşam kalitesi ve yarar bulma değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. 70 hastadan 35'i son 5 yıl içerisinde hastalığı ile ilgili nüks yaşamıştır. Diğer 35 kişi ise nüks yaşamayan ve yaş, cinsiyet, hastalık evresi olarak nüks yaşayan 35 kişi ile eşleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçları hastalık üzerindeki kişisel kontrol algısı, hastalığı nüks eden bireylerde kötü fiziksel ve zihinsel işlevsellik ve daha az yarar bulma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Tomich ve Helgeson, 2006: 980). Özetle, hastalığı nüks eden kişilerde kişisel kontrol algısının olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu bireylerin hastalıkları üzerindeki kontrol algılarına yönelik olumlu bilişlere sahip olmalarının onları nükse karşı daha savunmasız yaptığını doğrulamaktadır.

MI gibi beklenmedik akut hastalıklar bireyin sağlığı üzerinde kontrol sahibi olduğu inancına açıkça meydan okumaktadır. Bireylerin kontrol algılarını kader ya da şans gibi dışsal atıflar yapması MI sonrası rehabilitasyon programı için bireyleri zorlayabilmektedir. Buna karşılık, bireyin sağlığı üzerinde kişisel kontrolünün olduğu

inancına sahip olması bireylerin hastalık sonrası yaşam biçimindeki değişiklikleri benimsemeleri için motive edici olabilmektedir (Blair ve diğerleri, 1999:140). Blair ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MI sonrası bireyin sağlığı üzerindeki kontrolüne yönelik atıfları ile duygudurumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Kardiyak rehabilitasyon programına katılan 62 MI hastasından programın başında (1. Ölçüm), programın bitiminde (2. Ölçüm) ve programın bitiminden yaklaşık 12 hafta sonra (3. Ölçüm), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ve Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ile ölçüm alınmıştır. Araştırmanın sonuçları Johnston, Wright ve Weinman'ın (1995) yaptığı araştırmadaki sağlıklı grubun çok boyutlu sağlık kontrol odağı puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda iç sağlık kontrol odağı puanlarında 1 ve 2. ölçümler arasında anlamlı bir artış ve şans sağlık kontrol odağı puanlarında 2. ve 3. ölçümler arasında azalma görülmüştür. Ayrıca kaygı düzeyindeki değişiklikler ile iç sağlık kontrol odağı puanlarındaki değişiklikler arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Yani kaygı düzeyinde azalma olduğunda iç sağlık kontrol odağında artış görülmektedir (Blair ve diğerleri, 1999:140-144). Yapılan başka bir araştırmada MI geçiren 36 hasta ile görüşülmüştür. Araştırmada kardiyak tehdit algısı, depresyon, kontrol ve baş etme değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Hastalardan MI sonrası 5-15 gün içinde ilk ölçüm, 6-8 hafta sonrasında ikinci ölçüm ve 6 ay sonrasında üçüncü ölçüm alınmıştır. Araştırmanın sonucunda ilk ölçüm için anlamlı çıkmaya da ikinci ve üçüncü alınan ölçümlerde yüksek iç kontrol odağının düşük depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Vögele ve diğerleri, 2012: 1-6). Özetle, iç sağlık kontrol odağının depresyon ve kaygıyı azaltıcı bir rolü vardır.

Sağlık kontrol odağı boyutları ile koroner arter bypass ameliyatı geçiren bireylerde operasyon sonrası sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. Katılımcılardan ameliyattan önce, ameliyattan 1 yıl sonra ve 7 yıl sonra olmak üzere 3 ölçüm alınmıştır. İlk ölçümde 208 kişiden veri toplanmıştır. 1 yıl ve 7 yıl sonraki ölçümü 128 kişi tamamlamıştır. 7 yıl sonraki ölçümden sonra 5 yıl sonra da mortalite için takip çalışması yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda bireylerin operasyon öncesi hazırlık döneminde ve operasyondan sonra rehabilitasyon döneminde sağlık kontrol odağı puanlarındaki değişimler dikkat çekmiştir. Bireylerin operasyona hazırlık döneminde sağlık kontrol odağı puanlarının daha dışsal (daha çok sağlıksız sonuçlar ile ilgili) ve operasyon sonrası rehabilitasyon

programında daha içsel (daha çok sağlıklı sonuçlar ile ilgili) kontrol odağına sahip oldukları görülmektedir (Rideout ve diğerleri, 2017: 46-56). Kısaca, kardiyak rehabilitasyon programları sonrası bireylerde içsel sağlık kontrol odağı düzeyi artırmakta ve içsel sağlık kontrol odağı da olumlu sağlık sonuçlarına yol açmaktadır.

1.4.1.3. Benlik Saygısı

Taylor'ın Bilişsel Adaptasyon Kuramında tanımladığı üçüncü faktör benlik saygısıdır. William James (1890) benlik kavramını ben veya benim olarak deneyimlenen hislerin ve düşüncelerin bütünü olarak ifade etmiştir (James'den aktaran Rosenberg, 1976: 2). Rosenberg'e göre ise benlik saygısı, bireyin kendisine yönelik olumlu ya da olumsuz tutumlarının bütünüdür (Rosenberg, 1965: 30).

Taylor'a göre tehdit edici olaylar, bireylerin kontrolünün ötesinde dış güçlere atfedilebilse bile, genellikle bireylerin özgüveninde belirleyici bir düşüşe sebep olmaktadır. Böyle bir düşüşten sonra bireyler benlik saygılarını yeniden eski haline getirebilmek için bilişsel bir çaba içine girmektedirler (Taylor, 1983: 1164). Taylor'ın meme kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastalığa uyum sürecinde bireylerin benliklerini genişletme çabası ve benliklerini eski haline getirmeye çalıştıkları tespit edilmiştir (Taylor, 1983: 1162).

İyimserlik ve kontrol kavramlarında farklılıklar olduğu gibi benlik saygısı kavramında da geleneksel ruh sağlığı görüşüyle bilişsel adaptasyon kuramının görüşü arasında çelişki olduğu görülmektedir. Geleneksel ruh sağlığı anlayışı, mental olarak sağlıklı olan bireyin benliğinin hem olumlu hem de olumsuz yönlerinin farkında olması ve kabullenmesini içeren bir anlayışa sahiptir (Taylor ve Brown, 1988: 195). Ancak bu görüşe karşıt olarak yüksek düzeyde benlik saygısının daha iyi sağlık ve sosyal davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulguyu destekler nitelikte düşük düzeyde benlik saygısının da çok çeşitli zihinsel bozukluklar ve sosyal problemlerle ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Mann ve diğerleri, 2004: 357). Bireylerin sahip olduğu benlik algısı, geleneksel ruh sağlığı modellerinin önerdiği kadar dengeli değildir. Benliğin hem olumlu hem de olumsuz yönlerine dikkat etmek

yerine, normal bireyler güçlü yanlarını çok iyi bilir ve zayıflıklarını, hatalarını çok daha az fark ederler (Taylor ve Brown, 1988: 195). Yapılan araştırmalar çoğu kişinin kendilerini ortalama bir kişiden daha iyi gördüğünü tespit etmişlerdir (Brown, 1986: 353; Brown, 2012: 209). Bu bilgiler bireylerin kendilerine yönelik aşırı olumlu bakış açısının illüzyon olarak adlandırılmasına sebebiyet vermiştir (Taylor ve Brown, 1988: 196).

Bireyin, benliğini genişletme ve eski benlik saygısını geri kazanmasına yönelik illüzyonlar üretmesinde sosyal karşılaştırmanın önemli bir yeri vardır. Yapılan bir çalışmada benlik saygısı düzeyi düşük olan bireylerde aşağı yönlü karşılaştırmanın olumlu ruh hali ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Benlik saygısı düzeyi yüksek olan grupla karşılaştırıldığında benlik saygısı düzeyi düşük olan bireyler aşağı yönlü karşılaştırmanın ardından gelecek için daha fazla umutlu olduklarını bildirmişlerdir (Aspinwall ve Taylor, 1993: 714). Bu bulgu aşağı yönlü karşılaştırma teorisini de desteklemektedir. Aşağı yönlü karşılaştırma teorisi benlik saygısı düşük olan bireylerin aşağı yönlü karşılaştırma yaparak iyi oluşlarını arttırdıklarını savunmaktadır (Wills, 1981: 245). Taylor'ın meme kanseri hastaları ile yaptığı çalışmasında da hastaların kendilerini kendileriyle aynı ya da daha az şanslı gördükleri bireylerle karşılaştırdıkları bulunmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda aşağı yönlü karşılaştırmalar yapmanın tehditlere karşı bir kendini koruma yöntemi gibi işlev gördüğü belirtilmektedir (Taylor, 1983: 1165).

Benlik saygısı hastalığa uyum ile ilişkili bir faktördür. Bu nedenle bu iki değişken arasındaki ilişki pek çok çalışmada incelenmektedir (Nagyova ve diğerleri, 2005: 55; Schroevers ve diğerleri, 2003: 375; Vickery ve diğerleri, 2008: 179). Yapılan bir çalışmada benlik saygısının ve hastalığa uyumun, Romatoid Artrit (RA) hastalarında ağrı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye aracılık edip edemediği incelenmiştir. Araştırma 160 yeni RA tanısı almış bireyle yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda benlik saygısı yüksek düzeyde olan bireylerin daha az psikolojik sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir (Nagyova ve diğerleri, 2005: 55) Başka bir çalışma 457 kanser hastası ve 255 kanser hastası olmayan kişi ile yürütülmüştür. Kanser hastası kişilerden tanıdan 3 ay ve 15 ay sonra olmak üzere iki ölçüm alınmıştır. Kanser hastası olmayan kişilerden de iki farklı zamanda ölçüm alınmıştır. Araştırmanın sonucuna göre düşük düzeyde benlik saygısının güçlü bir şekilde yüksek düzey depresyon ile

ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda benlik saygısının gelecekteki depresif belirtileri de yordadığı bulunmuştur (Schroevers ve diğerleri, 2003: 375). Başka bir çalışmada ise yatan akut inme hastalarında benlik saygısı ve depresyonu kontrol grubu ile karşılaştırmak için yapılmıştır. 80 inme tanısı olan hasta ve 80 kişinin oluşturduğu kontrol grubu ile yapılan çalışmada benlik saygısının inmeden olumsuz şekilde etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca benlik saygısının güçlü bir şekilde depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Vickery ve diğerleri, 2008: 179). Kısaca, araştırma sonuçlarına göre düşük benlik saygısı ile depresyon ve psikolojik sıkıntılar arasında bir ilişki bulunmaktadır.

Mağduriyet deneyimi (ciddi hastalık, suç, felaket vb.) yaşayan bireyler sıklıkla benlik saygısında düşüş yaşamaktadırlar (Taylor ve diğerleri, 1991: 247). Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin benlik saygısı düzeyleri incelendiğinde literatürde çelişen sonuçlara ulaşılmaktadır. Bilişsel adaptasyon kuramına göre bireyler benlik saygılarında oluşan bu düşüş sonrası bilişsel illüzyonlar yaratarak iyi oluşlarını arttırmaya çalışmaktadırlar (Taylor, 1983: 1164). Yapılan bir çalışmada benlik saygısındaki artışın depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğunu gösteren bilgilere ulaşılmıştır. Kardiyovasküler hastalık tanısı olan 120 bireyle yapılan çalışmada kaygı ve depresyon belirtileri gösteren bireylerin benlik saygısı düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (Carvalho ve diğerleri, 2016: 1). Carvalho ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın yanı sıra benlik saygısı arttıkça depresyonun düştüğünü tespit eden çalışmalar da mevcuttur (Sharma Dhital ve diğerleri, 2018: 5; Schroevers ve diğerleri, 2003: 375; Vickery ve diğerleri, 2008: 179). Kısaca literatürde mağduriyet deneyimi yaşayan bireylerde benlik saygısı düşer bilgisi ile BAK'daki mağduriyet deneyiminden sonra bireylerin hastalığa uyum süreçlerinde benlik saygısı yükselir bilgisi çelişmektedir. Bu çelişkili bulgu araştırmalar tarafından da desteklenmektedir.

Bu araştırmaların yanı sıra MI geçiren bireylerde benlik saygısı ile iyi oluş arasında ilişkinin varlığını gösteren araştırmalar da mevcuttur. Kadınlarda MI sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek için 96 MI geçirmiş olan kadın hasta ile bir araştırma yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda MI sonrası iş hayatına geri dönen, yüksek düzeyde sosyal destek ve benlik saygısı olan bireylerin yüksek düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir (Wingate, 1995: 467). Başka bir çalışma benlik saygısı, stres ve sosyal desteğin kardiyovasküler hastalık tanısı aldıktan 12 ay

sonraki fiziksel ve psikososyal işlevsellik ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. 502 hastadan alınan ölçümlerde benlik saygının bireyin işlevselliğiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Forthofer ve diğerleri, 2001: 19). Özetle benlik saygısı ile koroner arter hastaları ile yapılan çalışmalarda literatürde çelişkili sonuçlar tespit edilmiştir. Benlik saygısı ile kaygı ve depresyon arasında bir ilişki olduğu belirtilirken bu ilişkinin yönü hakkında çelişkili bulgulara ulaşılmıştır.

1.4.1.4. Bilişsel İllüzyon

Taylor, tehditlere karşı başarılı bir uyum sürecinin sadece güncel tehditlere değil aynı zamanda gelecekte oluşabilecek engellere karşı illüzyonları sürdürme ve farklı durumlarda illüzyonları değiştirebilme becerisi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Yukarıda da bahsedildiği gibi bu illüzyonların da üç temayı içerdiği görülmektedir; gerçekçi olmayan olumlu benlik saygısı, abartılmış kontrol algısı ve gerçekçi olmayan iyimserlik (Taylor, 1983: 1161).

İllüzyon kavramına sosyal psikoloji perspektifinden bakmanın kavramı daha iyi açıklayacağı düşünülmektedir. Bazı kuramcıların görüşüne göre kişi verileri tarafsız bir şekilde toplamakta, mantıklı, tanımlanabilir bir şekilde birleştirmekte ve genellikle iyi, doğru çıkarımlara ve kararlara ulaşmaktadır. Ancak hızlı bir şekilde bu görüşün doğru olmadığı ve bireyin bilgi işleme sürecinin kısayollar, hatalar ve önyargılarla dolu olduğu görülmüştür. Bu sebeple ‘hata (error)’ ya da ‘önyargı (bias)’ kelimelerinin yerine daha geniş bir kavram olan ‘illüzyon (Illusion)’ kavramı kullanılmıştır (Taylor ve Brown, 1988: 194). İllüzyon kavramı sözlük anlamı olarak gerçekliğin farklı algılanmasını temsil eder. Bir illüzyon hatalı zihinsel imaj veya gerçek bir görünüşün yanlış yorumlanması veya hayal edilebilecek bir şey olarak tanımlanan bir kavramdır. İllüzyon hoş, zararsız veya yararlı bile olabilir (Stein’dan aktaran Taylor ve Brown, 1988: 195).

İllüzyonların bireylerde yaygın, kalıcı ve sistematik olduğu öne sürülmektedir (Taylor ve Brown, 1988: 194). Ayrıca illüzyonların sağlıklı bireylerde olumlu psikolojik sağlığın bir özelliği olduğu vurgulanmaktadır (Taylor ve Brown, 1988: 197). Ancak bilişsel illüzyon kavramı ile ilgili çelişkilerden bahsedilmektedir.

Bahsedilen çelişkilerden ilki, bir yandan büyük ölçüde psikiyatri ve klinik psikoloji alanlarından gelen zihinsel sağlık ile ilgili, kişinin kendisini, koşullarını ve geleceğini doğru algılamasının önemini vurgulayan görüşlerdir. Öte yandan bilişsel psikoloji ve sosyal psikoloji alanlarından gelen bulgular bu görüşlerden farklılaşmaktadır (Taylor ve Brown, 1988: 200). İllüzyonların mutlulukla, zihinsel sağlıkla, yaratıcılık kapasitesiyle ve üretkenlikle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Taylor ve Brown, 1988: 198). Bu iki bulgu birbiriyle çelişmektedir. İkinci çelişki ise illüzyonların işlevselliği ile ilgili endişelerdir. Bir yandan pozitif illüzyonlar yaygın, önemli ve zihinsel sağlıkla ilgili olumlu sonuçlarla ilişkili görünmektedir. Öte yandan bireylerin hayatta kalmak için gerçekliği izlemesi gerekliliği çelişki yaratmaktadır. Bu nedenle, pozitif illüzyonların nasıl korunabileceğini ve daha önemlisi, çevreden gelen gerçekçi ve çoğu zaman çelişkili kanıtlar karşısında nasıl işlevsel olabileceğini düşünmenin önemli olduğu vurgusu yapılmaktadır (Taylor ve Brown, 1988: 200). İlk çelişkinin uzlaştığı nokta şöyle açıklanmaktadır. Günlük yaşantıda belirli görevleri başarmada gerçeklikle ilişki kurmanın önemli olduğu belirtilmektedir. Bu bilginin yanında sosyal biliş tarafından tanımlanan hatalar ve önyargılar bütün çıkarımsal görevlere hâkim olursa, insan organizmasının nasıl öğrenebileceğini anlamak da zor olacaktır. Bu sebeple iki görüşü bütünleştirmek için pozitif illüzyonların hangi durumlarda kullanışlı olduğunu anlamak gerekmektedir. Bu kısımda da pozitif illüzyonların bireylerde en çok olumsuz durumlarda ortaya çıktığı görülmektedir. Taylor'ın kanser hastalarıyla yaptığı çalışma bu görüşü desteleyen bulgular sağlamaktadır (Taylor, 1983: 1161-1173). İkinci çelişkinin uzlaştığı nokta ise şöyle açıklanmaktadır. Bir dizi sosyal ve bilişsel süzgecin, çevreden gelen gerçekçi ve çelişkili kanıtları bir şekilde olumlu kıldığı ve bu süzgeçlerden kaçan olumsuz bilgilerin olabildiğince zarar vermeyecek şekilde temsil edildiği düşünülmektedir. Bireylerin sosyal ve bilişsel ortamlarının pozitif illüzyonlar oluşturmakla kalmadığı aynı zamanda çeşitli mekanizmalarla bu illüzyonların korunmalarına ve hatta güçlenmelerine yardımcı olabildikleri öngörülmektedir (Taylor ve Brown, 1988: 203). Özetle, illüzyonların, bireyin travmatik yaşantıya uyum sağlamasında sağlıklı bir süreç oluşturduğu belirtilmektedir.

Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenlerine ek olarak MI geçiren bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim üzerinde önemli etkileri olabileceği düşünülen diğer değişkenler ise baş etme stratejileri ve sağlık kaygısıdır.

Baş etme stratejilerinin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu birçok araştırmada tespit edilmiştir (Gomez, 1998: 325; Önder, 2012: 152; Aspinwall ve Taylor, 1992: 989; Carver ve diğerleri, 1993: 375; Büyükaşık-Çolak ve diğerleri, 2012: 471). Bu nedenle MI geçiren bireylerde baş etme stratejilerinin rolünü incelemek için baş etme stratejileri bu çalışmada incelenen değişkenlerden biridir. Bu araştırmada incelenecek olan diğer değişken ise sağlık kaygısıdır. Sağlık kaygısı değişkeni ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple sağlık kaygısı ile psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkinin incelenmesinin literatür açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bundan sonraki kısımda baş etme yolları ve sağlık kaygısının travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntılar ile ilişkisinin incelendiği araştırma bulgularına yer verilecektir.

1.4.2.Baş Etme Stratejileri

Baş etme literatürde farklı kişiler tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Baş etme, Pearlin ve Schooler (1978: 2) tarafından insanları psikolojik olarak zorlayan problemli sosyal deneyimlerden koruyan bir davranış olarak tanımlanmıştır. Psikanalitik psikolojide ise baş etme, stresi azaltan ve problemi çözen gerçekçi ve esnek düşünceler ve davranışlar olarak tanımlanmıştır (Lazarus ve Folkman, 1984: 118). Lazarus ve Folkman (1984: 141) ise baş etmeyi, stresli olarak değerlendirilen durumların iç ve dış taleplerini yönetmek için insanların kullandığı sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır. Bu baş etme çabaları iki işleve hizmet eder: stresin kaynağı olan insan-çevre ilişkisinin yönetimi veya değiştirilmesi (problem odaklı baş etme) ve duyguların düzenlenmesi (duygu odaklı baş etme) (Folkman ve Lazarus, 1980:223). Folkman ve Lazarus (1988) sekiz baş etme stratejisinden bahsetmektedir. Bu stratejiler yüz yüze başa çıkma, uzaklaşma, kendi kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluk alma, kaçma / kaçınma, planlama ve olumlu yeniden değerlendirmedir. Bu stratejiler problem odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejileri olarak iki ana başlık altında toplanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1988: 468). Duygu odaklı baş etme stratejileri iki alt kategoriye sahiptir; aktif

duygu odaklı baş etme stratejileri ve kaçınmacı duygu odaklı baş etme stratejileri. Akut dönemde duygu odaklı baş etme stratejileri adaptifken kaçınmacı duygu odaklı baş etme stratejileri adaptif olmayan stratejiler olarak belirlenmiştir (Holahan ve Moos, 1987: 946).

Baş etme bireyin durumu stresli değerlendirdiği zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca değerlendirme ve baş etme süreç boyunca birbirini etkilemektedir (Folkman ve Lazarus, 1980: 223). Bilişsel değerlendirme birincil ve ikincil değerlendirme olmak üzere iki bileşenli bir süreci içermektedir. Birincil değerlendirmede birey durumun ilgisiz, yararlı-olumlu ya da stresli olup olmadığına karar vermektedir. İlgisiz bir durumun bireyin iyi oluşuyla bir ilgisi yoktur. Yararlı-olumlu bir durum sadece iyi sonuçlarla ilişkilidir. Ancak stresli durumlar içinde değerlendirmeler zarar-kayıp, tehdit ya da zorlukla karakterize edilmiştir. Tehdit potansiyel zarar-kayıp olarak tanımlanırken zorluk potansiyel gelişme, ustalık ve kazanım olarak tanımlanmaktadır. Zarar-kayıp ise bir dostluğa, sağlığa ya da benlik saygısına zarar verme gibi olmuş olan yaralanmalar için tanımlanmaktadır. İkincil değerlendirmede ise birey baş etme stratejilerini ve seçeneklerini değerlendirmektedir. Birey 'Ben ne yapabilirim?' sorusuna cevap aramaktadır. Genellikle duygu odaklı baş etme stratejileri zararlı, tehdit eden ya da zorlayıcı çevresel koşullar için hiçbir şey yapılamayacağını düşünüldüğünde kullanılmaktadır. Problem odaklı baş etme stratejileri ise bu çevresel koşullarının değiştirilebilir olduğu düşünüldüğünde ortaya çıkmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1985: 152).

Folkman ve Lazarus'tan farklı olarak Carver ve arkadaşları (1989) bireylerin strese tepkilerini değerlendirmek amacıyla çok boyutlu bir baş etme stratejileri ölçeği geliştirdiler. Carver ve arkadaşlarının ilk geliştirdiği ölçek 15 faktörlü bir yapıdayken bu çalışmada kullanılan kısa formu 14 faktörlü bir yapıdadır. Bu 14 faktör, aktif baş etme, planlama, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, şakaya vurma, dini baş etme, duygusal destek kullanımı, araçsal destek kullanımı, zihinsel boş verme, inkar, duyguları açığa vurma, madde kullanımı, kendini suçlama ve davranışsal boş vermedir (Carver, 1997). Ölçeğin literatürde 2 faktörlü ve 3 faktörlü yapılarda kullanıldığı belirlenmiştir. Literatürde kullanılan 2 faktörlü yapıda problem odaklı baş etme (aktif başa çıkma, planlama, araçsal sosyal destek arama, duygusal sosyal destek arama, olumlu yönde yeniden yorumlama, kabul etme, din, mizah) ve duygu odaklı baş etme

(duyguları açığa vurma, inkar, madde kullanımı, davranışsal uzaklaşma, dikkatini dağıtma, kendini suçlama) olarak kullanıldığı tespit edilmiştir (Meyer, 2001: 265-277). Literatürde kullanılan 3 faktörlü yapı ise şu şekildedir. Problem odaklı baş etme stratejileri (aktif başa çıkma, planlama, araçsal sosyal destek arama), duygu odaklı baş etme stratejileri (duygusal sosyal destek arama, olumlu yönde yeniden yorumlama, kabul etme, din, mizah) ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri (duyguları açığa vurma, inkar, madde kullanımı, davranışsal uzaklaşma, dikkatini dağıtma, kendini suçlama) olarak kullanılmaktadır (Coolidge ve diğerleri, 2000: 161; Cooper ve diğerleri, 2006: 15–20). Bu iki ve üç faktörlü yapı incelendiğinde iki faktörlü yapıda duygu odaklı baş etme stratejilerinin tamamen işlevsel olmayan baş etme stratejilerinden oluştuğu tespit edilmiştir.

Baş etme stratejileri ile psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma mevcuttur (Aslam ve Kamal, 2015: 1-5; Saniah ve Zainal, 2010: 1-6; Elsheshtawy ve diğerleri, 2014: 97-102; Vadsaria ve diğerleri, 2017: 69-83; Naing ve diğerleri, 2010: 71-81). Aslam ve Kamal'ın (2015: 1) yaptığı çalışmada inkar, madde kullanımı, mizah, kendini suçlama, davranışsal uzaklaşma, duyguları açığa vurma, dikkatini başka yöne yöneltme baş etme stratejileri psikolojik sıkıntı varyansının % 33'ünü açıklamıştır. Yapılan başka bir çalışmada kemoterapi alan meme kanseri hastalarında kaygı ve depresyon ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 141 meme kanseri hastası ile bir çalışma yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin daha fazla inkar, davranışsal uzaklaşma, duyguları açığa vurma baş etme stratejilerini kullandığı tespit edilmiştir. Depresyon düzeyi yüksek olan bireylerin ise kendini suçlama ve davranışsal uzaklaşma baş etme stratejilerini daha çok kullandıkları tespit edilmiştir (Saniah ve Zainal, 2010: 1). Meme kanseri hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada 56 kadın hasta ile görüşülmüştür. Araştırmanın sonucunda depresif belirtiler gösteren hastaların daha çok duyguları açığa vurma baş etme stratejisi kullandığı tespit edilirken kaygı seviyesi yüksek olan hastaların daha çok olumlu yeniden yorumlama, planlama ve duyguları açığa vurma baş etme stratejileri kullandığı belirlenmiştir (Elsheshtawy ve diğerleri, 2014: 97). Kanser hastası 488 kişi ile yürütülen bir başka çalışmada yaygın kullanılan baş etme stratejileri aktif baş etme, kabullenme, dini baş etme ve dikkatini başka yöne yöneltme olarak tespit edilmiştir. Depresyon ile baş etme stratejileri

arasında aktif baş etme, planlama, kendini suçlama, duyguları açığa vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve madde kullanımı depresyon ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Depresyon ile negatif yönde ilişkili bulunan baş etme stratejileri ise kabullenme, dini baş etme, mizah ve dikkatini başka yöne yöneltmedir (Vadsaria ve diğerleri, 2017: 69). Başka bir araştırma kanser hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda depresyon ve kaygı düzeyleri ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Kanser tanısı alan grup daha çok kabullenme baş etme stratejisini kullanırken kontrol grubunun daha çok dini baş etme stratejisini kullandığı tespit edilmiştir. Baş etme stratejilerinden araçsal sosyal destek kullanımı ile düşük kaygı seviyesi arasında ilişki olduğu belirlenirken mizah baş etme stratejisi ile düşük depresyon düzeyi arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kendini suçlama baş etme stratejisinin ise hem kaygı hem depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Naing ve diğerleri, 2010: 71). Yapılan bir araştırmada kalp yetmezliği olan hastalarda baş etme, yaşam kalitesi ve depresif belirtiler arasındaki ilişki incelenmiştir. 80 kalp yetmezliği olan hastanın katıldığı araştırmada baş etme stratejilerinden inkar, dikkatini başka yöne yöneltme, kendini suçlama ile depresif belirtiler arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Klein ve diğerleri, 2007: 22). Özetle, yapılan araştırmalarda kaygı ile inkar, olumlu yeniden yorumlama ve araçsal sosyal destek kullanımı ilişkili değişkenler olarak belirlenirken depresyon ile aktif baş etme, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, dini baş etme ve mizah baş etme stratejileri ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hem depresyon hem de kaygı ile ilişkili bulunan baş etme stratejileri planlama, duyguları açığa vurma, davranışsal uzaklaşma, kendini suçlamadır.

Literatürde travma sonrası gelişim ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalar da mevcuttur. Yapılan birçok araştırmada problem odaklı baş etme ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (García ve diğerleri, 2016: 59-65; Sheikh, 2004: 265-273; Büyükaşık-Çolak ve diğerleri, 2012: 471-483; Dirik ve Karanci, 2008: 193; Keckeisen ve Nyamathi, 1990: 25; Scignaro ve diğerleri, 2010: 823; Hashemi ve HajiAlizadeh, 2017: 260; Karanci ve Erkam, 2007: 315; Karanci ve Acarturk, 2005: 307). Literatürde duygu odaklı baş etme stratejilerinin de travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Göral ve diğerleri, 2006: 297; Sheikh, 2004: 270). Kısaca, literatürde

problem odaklı baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar çoğunlukta olsa da duygu odaklı baş etme stratejileri ile travma sonrası gelişim arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.

Literatürde yer alan çalışmalarda problem odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejilerinden birkaçının travma sonrası gelişim ile ilişkisi daha çok desteklenmiştir (Schroevers ve Teo, 2008: 1239; Butler ve diğerleri, 2005: 260; Urcuyo ve diğerleri, 2005: 175; Aslam ve Kamal, 2015: 1). Yapılan bir çalışmada travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntılar ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 113 kanser hastası ile bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda hastaların çoğunluğunun travma sonrası gelişimin ‘hayatın değerini anlama’ alt boyutunda gelişim yaşadıkları belirlenmiştir. Baş etme stratejilerinden araçsal sosyal destek arama, olumlu yeniden yorumlama ve mizah travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunmuştur (Schroevers ve Teo, 2008: 1239). Yapılan bir başka araştırmada olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme baş etme stratejileri ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Park ve diğerleri, 1996: 71). Başka bir araştırmada aktif baş etme ve planlama baş etme stratejileri travma sonrası gelişimin ‘yeni olasılıklar’ alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilirken ‘diğerleri ile ilişkiler’ ve ‘manevi değişim’ alt boyutları ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Butler ve diğerleri, 2005: 260). Yapılan bir başka araştırmada 230 erken dönem kanser hastasıyla gerçekleştirilmiştir. Ameliyatlarından bir yıl sonra bireylerden alınan ölçümlerde bireylerde olumlu yeniden yorumlama ve dini baş etme stratejileri ile yarar bulma arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Urcuyo ve diğerleri, 2005: 175). Yapılan başka bir araştırma Pakistan’da sel taşkınyndan etkilenen bireylerle gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda aktif baş etme, araçsal sosyal destek kullanımı, olumlu yeniden yorumlama, planlama, dini baş etme ve kabullenme baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişim varyansının %31’ini açıkladığı tespit edilmiştir (Aslam ve Kamal, 2015: 1). Özetle, baş etme stratejilerinden araçsal sosyal destek arama, olumlu yeniden yorumlama, mizah, kabullenme, aktif baş etme, planlama ve dini baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

MI geçiren bireylerde baş etme stratejilerinin rolü literatürde araştırılan konulardan biridir. MI sonrası bireylerde ve MI ya da kardiyovasküler rahatsızlık

geçmişı olmayan bireylerde stresle baş etme stratejilerini araştıran bir çalışma yürütülmüştür. 220 hasta grubu ve 220 kontrol grubu olmak üzere toplamda 440 kişi çalışmaya katılmıştır. Araştırmanın sonucunda 118 MI hastası kişinin duygu odaklı baş etme stratejisi kullandığı belirlenmiştir. Duygu odaklı baş etme stratejisi kullanan 118 kişiden 97'sinin olumsuz algılanan stresin yüksek olduğu ve 118 kişiden 71'inin de yüksek düzeyde stres yaşadığı tespit edilmiştir. Özetle araştırmanın sonucunda MI hastası bireylerin yüksek düzeyde stres yaşadığı ve bu stresle duygu odaklı baş etme stratejileriyle başa çıkmaya çalıştıkları belirlenmiştir. Ayrıca yüksek düzeyde stres yaşandığında daha çok işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin kullanıldığı tespit edilmiştir (Sadr ve diğerleri, 2018: 35). Başka bir çalışma ilk kez MI geçiren bireylerde 6 ay içerisinde baş etme, duygusal ve algılanan sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır. 3 farklı zamanda katılımcılardan veri toplanmıştır. Katılımcılardan hastanede yatış sırasında (128 kişi), 2 ay sonra (100 kişi) ve 6 ay sonra (74 kişi) olmak üzere öz değerlendirme ölçekleri ile veri toplanmıştır. İlk ölçümde hastanede yatan bireylerde duygu odaklı baş etme stratejileri ile olumsuz duygulanım arasında ve olumlu duygulanım ile kabul odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ilk ölçümde kaygı kaçınmacı baş etme ile pozitif yönde ilişkiliyken kabul odaklı baş etme stratejileriyle negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. 2 ay sonra hastalardan alınan ölçümlerde ise kaygı ve olumsuz duygulanım ile sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri ve kaçınma odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine aynı ölçümde olumlu duygulanım ile sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri ve kaçınma odaklı baş etme stratejileri ile sağlık şikayetleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. 6 ay sonra hastalardan alınan ölçümlerde de kaygı ve olumsuz duygulanım ile sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 6 ay sonra alınan ölçümlerde sağlık şikayetleri ile sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son olarak bireylerde olumlu duygulanım problem odaklı baş etme stratejileri ile pozitif yönde sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri ile negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Lowe ve diğerleri, 2000: 337–350). Özetle MI geçiren bireylerde olumlu sonuçlar ile duygu odaklı baş etme stratejilerinin ilişkili

olduğu belirlenirken olumsuz sonuçlarla sosyal/duygu odaklı baş etme stratejileri ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Taylor ve Brown (1988) iyimserlik, kontrol ve benlik saygısının psikolojik iyilik, motivasyon, üretkenlik ve sağlık üzerinde doğrudan etkileri olduğunu öne sürmüşlerdir. Stresli yaşam olayına tepki olarak geliştirilen iyimserlik, kontrol ve benlik saygısının psikolojik iyilik, motivasyon, üretkenlik ve sağlık üzerindeki etkilerine baş etme stratejilerinin aracılık edebileceğini öne sürülmektedir (Aspinwall ve Taylor, 1992: 990). Aşağıda sırasıyla iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı değişkenlerinin baş etme değişkeni ile arasındaki ilişkiler açıklanmıştır.

İyimserlik, baş etme stratejilerini etkileyen bir değişken olarak belirlenmiştir. Yapılan bir araştırma 59 meme kanseri hasta ile yürütülmüştür. Bireylerden ameliyattan 1 gün önce, ameliyattan 10 gün sonra, 3 ay sonra, 6 ay sonra ve 12 ay sonra olmak üzere tekrarlı ölçümler alınmıştır. Bu ölçümler sonucunda kabul etme, olumlu yeniden yorumlama ve dini baş etmenin en yaygın baş etme stratejilerinden olduğu tespit edilmiştir. En az kullanılan baş etme becerileri ise inkar ve davranışsal geri çekilmedir. Kabul etme ve mizah baş etme stratejilerini (duygu odaklı baş etme stratejileri) kullanan bireylerde daha düşük düzeyde psikolojik sıkıntı görülürken inkar ve geri çekilme (işlevsel olmayan baş etme stratejileri) baş etme stratejilerini kullanan bireylerde yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı belirlenmiştir. Ayrıca iyimserlik ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkide alınan tekrarlı ölçümlerde kabul etme, inkar ve geri çekilme baş etme stratejilerinin aracılık rolü olduğu tespit edilmiştir (Carver ve diğerleri, 1993: 375). Parkinson hastaları ile yapılan bir çalışmada 35 kadın 35 erkek hasta ile görüşülmüştür. Araştırmada baş etme stratejileri ile depresyon arasındaki ilişkide iyimserlik ve kötümserliğin aracı etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda iyimserliğin problem odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejileri ile pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Anzaldi ve Shifren, 2019: 231-249). Yapılan başka bir araştırmada 82 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. 4 hafta ara ile öğrencilere Yaşam Yönelimi Testi ve Baş Etme Stratejileri Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda aktif baş etme ve planlama (problem odaklı baş etme), olumlu yönde yeniden yorumlama ve duygusal sosyal destek arama (duygu odaklı baş etme) iki ölçümde de pozitif yönde iyimserlik ile ilişkili bulunmuştur. İşlevsel olmayan baş etme stratejilerinden davranışsal uzaklaşma ise iki ölçümde de iyimserlik ile negatif yönde

ilişkili bulunmuştur (Billingsley ve diğerleri, 1993: 91–97). Özetle iyimserlik ile problem ve duygu odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki varken işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Baş etme aynı zamanda iyimserlik ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye aracılık eden bir faktör olarak belirlenmiştir. İyimserlik ile travma sonra gelişim arasındaki ilişkiye baş etme stratejilerinin aracılık edip etmediğini incelemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. Katılımcılar ameliyat geçirmiş 90 meme kanseri hastadan oluşmaktadır. Regresyon analizi sonucunda problem odaklı baş etmenin iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında aracı rolü olduğu belirlenmiştir. Ancak duygu odaklı baş etme ile bir ilişki bulunamamıştır. Özetle, iyimserlik düzeyi yüksek olan meme kanseri hastaları ameliyat sonrası daha fazla problem odaklı baş etme becerisi kullanmakta ve bu da bireylerde travma sonrası gelişime neden olmaktadır (Büyükaşık-Çolak ve diğerleri, 2012: 471). Kısaca, iyimserliğin problem odaklı baş etme değişkeni ile ilişkili olduğu ve baş etme stratejilerinin iyimserlik ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu görülmektedir.

Baş etmeyi etkileyen bir diğer değişken kontrol odağı olarak belirlenmiştir. Sürekli kaygı ve stresle başa çıkmanın kontrol odağına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla 514 kişiyle bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda iç kontrol odağı yüksek bireylerin dış kontrol odağı yüksek bireylerden daha fazla problem odaklı baş etme yöntemleri kullandıkları tespit edilmiştir (Arslan ve diğerleri, 2009: 791). Bu bulgularla çelişkili olarak 58 MI geçiren bireyle yürütülen bir çalışmada MI sonrası bireylerde kontrol odağı ve baş etme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda MI geçiren bireylerde kontrol odağı fark etmeksizin problem odaklı baş etme stratejilerinin kullanıldığı tespit edilmiştir (Niemeyer, 1990: 34). Özetle literatürde kontrol odağı ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında çelişkili bulgular yer almaktadır.

Yapılan başka bir araştırmada 14 ve 17 yaş aralığındaki 468 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda dış kontrol odağı ve kaçınmacı baş etmenin kaygı ve depresyonu yordadığı tespit edilmiştir. Kaçınmacı baş etmenin kontrol odağı ile kaygı ve depresyon arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği belirlenmiştir. Aynı zamanda kontrol odağının da kaçınmacı baş etme ve kaygı ve depresyon arasındaki

ilişkiye kısmen aracılık ettiği tespit edilmiştir (Gomez, 1998: 325). Yapılan başka bir çalışmada ise problem odaklı baş etme, duygu odaklı baş etme ve sosyal destek aramanın kontrol ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiye aracılık ettiği belirlenmiştir (Önder, 2012: 152). Özetle, baş etme stratejileri kontrol, travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntı değişkenleri arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.

Benlik saygısı baş etmeyi etkileyen bir diğer değişkendir. Yapılan bir çalışmada benlik saygısı, sosyal destek ve baş etme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma 101 MS hastası ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda benlik saygısı ve problem odaklı baş etme arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (O'Brien, 1993: 54). Başka bir çalışma diyaliz hastalarında benlik saygısı ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür. Yapılan çalışmanın sonucunda benlik saygısı ve problem odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken duygu odaklı baş etme stratejileri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Salehi ve Rezaei, 2016: 1). Yapılan başka bir araştırmada kanser hastalarında yaşın baş etme stratejileri ile ilişkisini ve bu stratejilerin de benlik saygısı ile ilişkisini açıklamak için yürütülmüştür. Araştırmaya 30 ile 77 yaş aralığında 121 meme kanseri hasta katılmıştır. Araştırmanın sonucunda olumlu yönde yeniden yorumlama, kabul etme, duygusal sosyal destek kullanımı (duygu odaklı baş etme) ve aktif başa çıkma (problem odaklı baş etme) ile benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca işlevsel olmayan baş etme stratejilerinden inkar, davranışsal uzaklaşma, kendini suçlama stratejileri ile benlik saygısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani benlik saygısı düşük olan kişiler işlevsel olmayan baş etme stratejilerini daha fazla kullanmaktadırlar (Joaquín-Mingorance ve diğerleri, 2019: 188-194). Özetle, benlik saygısının problem odaklı baş etme ile pozitif yönde, işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile negatif yönde bir ilişki içinde olduğu ve duygu odaklı baş etme stratejileri ile literatürde çelişkili sonuçların olduğu belirlenmiştir.

Yapılan başka bir araştırmada baş etme stratejilerinin iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı ve stresli olaylar ile uyum arasındaki ilişkideki rolü incelenmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada uzun süreli uyumun belirleyicisi olarak iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı faktörlerinin rolü olduğu belirlenmiştir. Daha fazla kaçınmacı baş etme yerine daha fazla aktif baş etmenin ve sosyal destek

aramanın uyum ile iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı faktörleri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna varılmıştır (Aspinwall ve Taylor, 1992: 989).

Yukarıda baş etme stratejilerinin psikolojik sıkıntılar, travma sonrası gelişim, iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı değişkenleri ile ilgili ilişkisini açıklayan araştırmalara yer verilmiştir. Pek çok araştırma baş etme stratejileri ile psikolojik sıkıntılar, travma sonrası gelişim, iyimserlik, kontrol ve benlik saygısı değişkenlerinin ilişkili olduğunu göstermiştir.

1.4.3. Sağlık Kaygısı

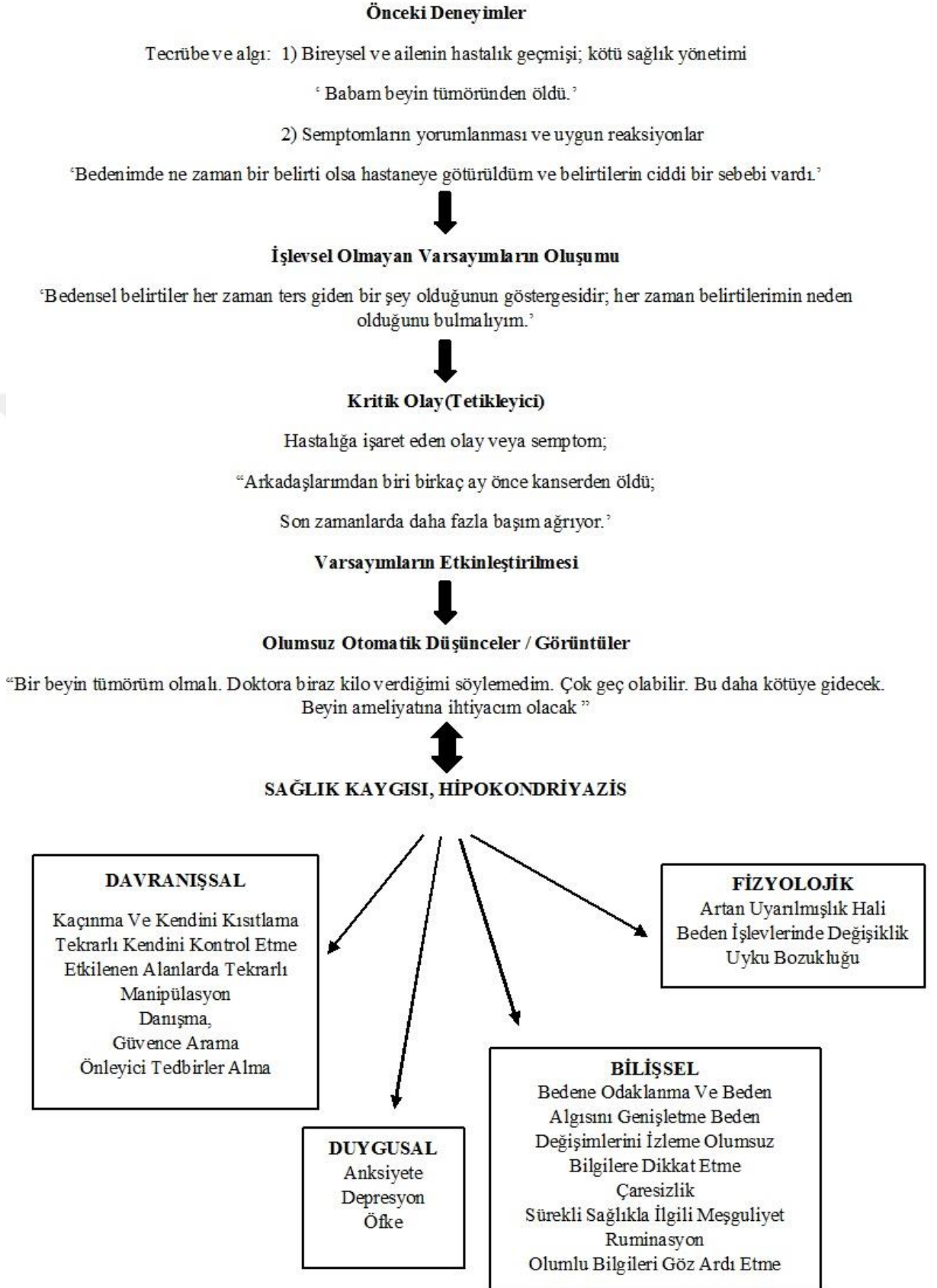
Kaygı tehdit algısına verilen bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal bir tepkidir. Kaygı, kişinin algıladığı tehditle başa çıkabileceğinden şüphe ettiğinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık kaygısı ise zararsız bedensel ipuçlarının ve duyumlarının ciddi bir hastalığın belirtileri olarak yanlış anlaşılmasından kaynaklanan uygun olmayan ve sağlıkla ilişkili yoğun korkulardır (Abramowitz ve Braddock, 2008: 13).

Sağlık kaygısı ve hipokondriyazisin bilişsel hipotezi, bedensel belirti ve semptomların gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılandığını öne sürmektedir. Bilişsel hipotez ayrıca bireylerin belirli bir hastalığın oluşma ihtimalini gerçekte olduğundan daha muhtemel gördüklerini öne sürmektedir (Warwick ve Salkovskis (1989)'ten aktaran Warwick ve Salkovskis 1990: 110). Şekil 5'te yer alan modele göre önceki deneyimler işlevsel olmayan varsayımların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Daha sonra tetikleyici olay işlevsel olmayan varsayımları etkinleştirmektedir. İşlevsel olmayan varsayımların etkinleşmesi sonucu bireyde sağlık kaygısı veya hipokondriyasiz meydana gelmektedir. Bu yüksek düzeyde sağlık kaygısı veya hipokondriyazis bireylerde davranışsal, fizyolojik, bilişsel ve duygusal sonuçlara yol açmaktadır (Warwick ve Salkovskis 1990: 110).

Şiddetli sağlık kaygısının bilişsel modeline göre kişi önceki deneyimlerinden yola çıkarak sağlıkla ilgili işlevsel olmayan varsayımlar, inançlar oluşturmaktadır. Bu inançlar 4 kategoride toplanmaktadır. Bu kategoriler hastalığa yakalanma olasılığı, hastalığın korkutuculuğu, hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalığın tedavisinde tıbbi

hizmetlerin yetersizliği olarak adlandırılmaktadır (Salkovskis ve Warwick (2001)’ten aktaran Hadjistavropoulos ve diğerleri, 2012: 168). Hadjistavropoulos ve diğerleri (2012), bu dört inanç kategorisinin sağlık kaygısını yordayıp yordamadığını araştırmıştır. Bu araştırma için özellikle 4 inanç kategorisini ölçen bir kendini bildirim leği olan Sağlık Bilişleri Anketini geliştirmişlerdir. Araştırmanın sonucunda depresyon ve genel kaygı kontrol edildiğinde bu inançların hem tıbbi hem de tıbbi olmayan örneklemede sağlık kaygısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve diğerleri, 2012: 167-178). Başka bir araştırmada Salkovkis ve Warwick’in belirlediği sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısı ile ilişkisini destekler niteliktedir (Fergus, 2013: 248–259). Kısaca belirlenen işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. şekil 5’te şiddetli sağlık kaygısının bilişsel modeli verilmiştir.

Şekil 5:Şiddetli Sağlık Kaygısının Bilişsel Modeli



Kaynak: Warwick ve Salkovskis, 1990:111

Fiziksel iyi oluş hayatta kalmamız için önemli bir konudur. Bu sebeple birçok bireyin zaman zaman hastalık odaklı düşünceleri ve endişeleri olabilmektedir (Looper ve Kirmayer, 2001: 577). Avustralya’da sağlık kaygısının yaygınlığını belirlemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda sağlık kaygısının popülasyonun yaklaşık olarak % 5.7’sini etkilediği belirlenmiştir (Sunderland ve diğerleri, 2013: 56). Almanya’da yapılan başka bir çalışmada ise popülasyonun % 6’sının yüksek düzeyde sağlık kaygısı bildirdikleri tespit edilmiştir (Bleichhardt ve Hiller, 2007: 511). Medikal örnekleme sağlık kaygısının yaygınlığını belirlemek için yürütülen bir çalışmada ise kardiyoloji, gastroenteroloji, nöroloji, endokrinoloji ve solunum yolu kliniklerindeki hastalardan veri toplanmıştır. 28.991 hastadan 5747 (% 19,8) hastanın sağlık kaygısı olduğu tespit edilmiştir. Tıbbi kliniklere göre sağlık kaygısı oranları şu şekilde belirlenmiştir; nöroloji (% 24.7), gastroenteroloji (% 19.5), solunum sistemi ile ilgili klinik (% 20.9), kardiyoloji (% 19.1) ve endokrinoloji (% 17.5) (Tyrer ve diğerleri, 2011: 392). Özetle sağlık kaygısının farklı popülasyonlarda hem medikal olmayan örnekleme hem de medikal örneklemelerde yaygın olduğu belirlenmiştir.

Tıbbi bir tanısı olan kişiler önemli düzeyde sağlık kaygısı yaşamaktadırlar ve sağlık kaygısı çeşitli değişkenler ile ilişkilidir. Yapılan bir araştırmada MS tanısı almış 246 kişide sağlık kaygısı ile kaygı, depresyon ve baş etme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda yüksek düzeyde sağlık kaygısı olan bireylerin daha çok sosyal destek ve duygusal baş etme stratejisi kullandığı ve daha az problem odaklı baş etme stratejisi kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca sağlık kaygısı düzeyi yüksek olan hastaların, sağlık kaygısı normal düzeyde olan hastalara göre genel kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kehler ve Hadjistavropoulos, 2008: 150). Yapılan bir araştırmada sağlık kaygısı ile sürekli kaygı, diyabet komplikasyonları korkusu ve fiziksel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla toplamda 414 tip 1 ve tip 2 diyabet hastası ile görüşme yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda sağlık kaygısı ile yaş ve diyabet tanısı üzerinden geçen süre arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yüksek düzeyde sağlık kaygısının genç yaş, bekar olma, tanının üzerinden geçen sürenin kısa olması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların erkeklerden daha fazla sağlık kaygısı belirttiği tespit edilmiştir. Bu sonuçların yanında sağlık kaygısı ile sürekli kaygı düzeyi ile

sağlık kaygısı arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilirken sağlık kaygısı ile fiziksel yaşam kalitesi arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Janzen Claude ve diğerleri, 2013: 312-322). Özetle sağlık kaygısı düzeyi yüksek olan bireylerin daha çok duygu odaklı baş etme stratejisi kullanırken daha az problem odaklı baş etme stratejisi kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin daha fazla genel kaygı yaşadıkları belirlenmiştir.

Sağlık kaygısının yukarıda da belirtilen bilişsel modeline göre sağlık kaygısı sonucunda kaygı ve öfkenin yanında depresyon da bireylerde görülen bir diğer psikolojik sıkıntıdır (Warwick ve Salkovskis, 1990: 111). Yapılan bir araştırmada yüksek sağlık kaygısı yaşayan 20 kronik sırt ağrısı tanısı olan hasta, düşük sağlık kaygısı yaşayan 20 kronik sırt ağrısı tanısı olan hasta ve ağrı yaşamayan 20 kontrol grubunda yer alan kişi ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda yüksek sağlık kaygısı ve düşük sağlık kaygısı olan hastaların kontrol grubundaki kişilerden daha fazla kaygı ve depresyon belirttikleri tespit edilmiştir (Tang ve diğerleri, 2007: 2821). Yapılan bir diğer araştırmada fibromiyalji sendromu (Kronik ağrı ve yorgunluk sendromu) yaşayan bireylerde sağlık kaygısı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma 95 fibromiyalji sendromu tanısı alan hasta ve 95 sağlıklı kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda fibromiyalji sendromu tanısı alan hastaların kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişilerden daha fazla sağlık kaygısı ve depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (Uçar ve diğerleri, 2015: 679). Bir diğer araştırmada meniere (işitme kaybı, kulak çınlaması ve vertigo üçlüsü ile karakterize olan bir bozukluk.) tanısı konan bireylerde sağlık kaygısı, travma sonrası stres bozukluğu, belirsizliğe tahammülsüzlük, depresyon ve kaygı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. 800 meniere tanısı alan hasta ile 484 sağlıklı kontrol grubundan veri toplanmıştır. Sağlık kaygısının kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Hasta grubun daha fazla kaygı, depresyon ve sağlık kaygısı rapor ettiği belirtilmiştir (Kirby ve Yardley, 2009: 324). Özetle kontrol grubu ile yapılan araştırmalarda tanı alan grupta kontrol grubundan daha fazla sağlık kaygısı, kaygı ve depresyon belirtileri olduğu belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi sağlık kaygısı ile ilişkili olarak belirlenen bir diğer faktördür. Sağlık kaygısının MS hastalarında yaşam kalitesine etkisini incelemek ve bilişsel faktörlerin sağlık kaygısını sürdürücü rolünü değerlendirmek amacıyla bir çalışma

yürütülmüştür. Yapılan araştırmada MS tanısı konan toplam 84 kişiden veri toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda yüksek düzeyde sağlık kaygısı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi belirttiği tespit edilmiştir (Hayter ve diğerleri, 2016: 371). Fiziksel hastalığı olan 328 bireyle yapılan başka bir araştırmada da sağlık kaygısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Zhang ve diğerleri, 2017: 185–191). Yapılan başka bir çalışmada da yüksek düzeyde sağlık kaygısı bildiren bireylerin düşük düzeyde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi belirttiği tespit edilmiştir (Bleichhardt ve Hiller, 2007: 511). Kısaca bireylerin yaşadığı sağlık kaygısının yaşam kalitelerini etkilediği tespit edilmiştir.

Demografik değişkenler, sağlık kaygısı ile ilişkisi incelenen değişkenler arasındadır. Yapılan bir araştırmada cinsiyet ile sağlık kaygısı arasında ilişki bulunmamıştır (Abramowitz ve diğerleri, 2007: 89). Başka bir araştırmada sağlık kaygısının yaş ile negatif yönde bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Yani yaş küçüldükçe bireylerde sağlık kaygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine aynı araştırmada bekar olmanın sağlık kaygısını arttırdığı tespit edilmiştir (Janzen Claude ve diğerleri, 2013: 316). Bu bilgilerle çelişkili olarak bir diğer araştırmada yaş ile sağlık kaygısı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Hayter ve diğerleri, 2016: 377; Rode ve diğerleri, 2006: 159). Kısaca, araştırmalarda sağlık kaygısı ve demografik değişkenler arasındaki ilişkide çelişkili bulgulara ulaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde sağlık kaygısı ile baş etme, depresyon, kaygı ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Kehler ve Hadjistavropoulos, 2008: 150; Uçar ve diğerleri, 2015: 679; Kirby ve Yardley, 2009: 324). Ancak sağlık kaygısı ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple MI geçiren bireylerde Bilişsel Adaptasyon Kuramına ek olarak sağlık kaygısının psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkisini inceleyecek olan araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın MI geçiren bireylerde BAK'nın yanı sıra sağlık kaygısının bireydeki olumlu ya da olumsuz sonuçlarla ilişkisinin geleceğe yönelik MI hastaları ile yapılan çalışmalarda ya da kardiyak rehabilitasyon programlarında kullanılabileceği düşünülmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacı miyokard infarktüsü geçiren bireylerde Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenlerine (iyimserlik, kontrol, benlik saygısı) ek olarak baş etme stratejileri ve sağlık bilişlerinin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkisini incelemektir. Araştırmanın amaçlarından biri de Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Sağlık Bilişleri Anketi'nin tıbbi bir tanısı olan grup için hazırlanmış formunun MI geçiren bireylerde kullanılmasıdır. Araştırmanın amacı ve hipotezleri belirlenirken Bilişsel Adaptasyon Kuramı ve literatürde yer alan çalışmalar incelenmiştir. İncelenen araştırmalar doğrultusunda altı hipotez oluşturulmuştur. Bu hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

- 1) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı arttıkça depresyon düzeylerinin azalması beklenmektedir.
- 2) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasındaki ilişkide baş etme stratejileri ile sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.
 - a) Benlik saygısı ile depresyon arasında problem odaklı baş etme ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - b) İyimserlik ile depresyon arasında problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - c) İç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - d) Benlik saygısı, iyimserlik ve iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolünün olması beklenmektedir.
- 3) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı arttıkça kaygı düzeylerinin azalması beklenmektedir.
- 4) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasındaki ilişkide Baş etme stratejileri ile sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.

- a) Benlik saygısı ile kaygı arasında problem odaklı baş etme ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - b) İyimserlik ile kaygı arasında problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - c) İç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - d) Benlik saygısı, iyimserlik ve iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolünün olması beklenmektedir.
- 5) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik düzeyi arttıkça travma sonrası gelişim düzeylerinin artması beklenmektedir.
- 6) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkide problem odaklı baş etme stratejisi ile sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.
- a) İyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.
 - b) İyimserlik ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.
 - c) İyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji ve Kalp-Damar Cerrahisi kliniklerine başvuran en az 3 ay önce miyokard infarktüsü geçirmiş 144 kişi oluşturmaktadır. MI ile travma sonrası gelişim düzeylerini inceleyen araştırmalar incelendiğinde 3 ay ve sonrasında ölçümlerin alındığı tespit edilmiştir (Garnefski ve diğerleri, 2008:270; Rahimi ve diğerleri, 2016: 19). 144 katılımcının % 75.7'si (n= 109) kardiyoloji polikliniğine başvuran kişilerden ve % 24.3'ü (n= 35) kalp ve damar cerrahi polikliniğine başvuran kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların % 15.3'ü kadın (n= 22), % 84.7'si erkektir (n= 122). Yaşları 36-80 arasında değişen katılımcıların yaş ortalaması 63.88'dir. Katılımcıların % 84.7'si evli (n= 122), % 52.1'i (n= 75) ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 76.4'ü (n= 110) çalışmayan, çekirdek aileyle (% 81.9, n= 118) ve büyükşehirde (% 72.2, n= 104) yaşayan katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcılara ait detaylı sosyodemografik değişkenler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Değişkenler

Değişkenler	S	%	Ort.	SS	Aralık
Cinsiyet					
Kadın	22	15.3			
Erkek	122	84.7			
Yaş(N=144)			63.88	9.43	36-80
Kadın			67.05	8.55	46-80
Erkek			63.30	9.50	36-80
Medeni Durum					

Evli	122	84.7
Bekar	4	2.8
Boşanmış	8	5.6
Dul	10	6.9

Eğitim Düzeyi

Okuryazar	6	4.2
İlkokul	48	33.3
Ortaokul	21	14.6
Lise	38	26.4
Lisans	29	20.1
Lisansüstü	2	1.2

Çalışma Durumu

Çalışıyor	34	23.6
Çalışmıyor	110	76.4

Gelir Düzeyi

0-999 TL	8	5.6
1000-1999 TL	30	20.8
2000-2999 TL	34	23.6
3000-3999 TL	26	18.1
4000 ve üstü	46	31.9

Yerleşim Yeri

Büyükşehir	104	72.2
Şehir	24	16.7
İlçe	14	9.7
Köy	2	1.4

Sigara Kullanımı

Var	24	16.7
Yok	120	83.3

Alkol Kullanımı

Var	27	18.8
Yok	117	81.3

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada yer alan katılımcıların sosyo-demografik bilgileri hakkında bilgi edinmek amacıyla Demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Demografik Bilgi Formuna ek olarak araştırmanın değişkenleri göz önünde bulundurularak katılımcılara Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Gelişim Envanteri, Yaşam Yönelimi Testi, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Sağlık Bilişleri Anketi, Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu, uygulanmıştır. Uygulanan tüm ölçüm araçları hakkında bir sonraki kısımda ayrıntılı bilgi verilmiştir.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Bu form katılımcıların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Form iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yer, kimlerle beraber yaşanıldığı, alkol ve sigara kullanma durumu, eşlik eden kronik hastalığın olup olmadığı, psikiyatrik yardım alma durumu ile ilgili sosyo-demografik bilgilerine yönelik sorulardan oluşmaktadır. İkinci kısım kalp krizi sayısı, kalp krizinin ne zaman geçirildiği, hastane yatışının olup olmadığı, izlenen tedavi yöntemleri, ilaç kullanma, düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme ile ilgili hastalıkla ilgili bilgilere yönelik sorulardan oluşmaktadır. Formda toplamda 24 soru bulunmaktadır. Formun bir örneği EK-3'de yer almaktadır.

2.2.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Zigmond ve Snaith tarafından (1983) geliştirilmiştir. Fiziksel hastalığı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçekte toplam 14 madde bulunmaktadır. Bu maddelerden 7 tanesi (1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13.) anksiyete ve 7 tanesi (2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14.) depresyon düzeyini ölçmektedir. Ölçek 4'lü derecelendirme tipi ile 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeleri giderek azalan şiddeti gösterir ve 3,2,1,0 şeklinde puanlanır. Diğer yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0,1,2,3 şeklinde puanlanmaktadır. Her iki alt ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek düzeyde anksiyete ve depresyonu işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formu için Cronbach alfa güvenirlik değeri depresyon için .70 ve anksiyete için .74 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin orijinal formunda anksiyete maddelerinin iç tutarlılığı .76 ile .41 arasında değişirken depresyon maddeleri için iç tutarlılık .30 ile .60 arasında değişmektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Aydemir tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Çalışma 3 aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada ölçek Türkçe'ye çevrilmiştir. İkinci araştırmada çalışmaya 213 üniversite öğrencisi katılmıştır. Son aşamada bir eğitim hastanesinin dahili kliniklerinde yatan 136 hasta birey çalışmaya katılmıştır. Öğrenci örnekleminde yapılan çalışmada Cronbach alfa depresyon alt boyutu için .60 bulunurken kaygı alt boyutu için .74 olarak belirlenmiştir. Çalışmada bedensel hastalığı olan grup için ölçeğin Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için .85 ve depresyon alt ölçeği için .78 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete için .82 ile .85 arasında değişirken depresyon alt ölçeği için .74 ile .78 arasında değişmektedir. Ölçeğin iki yarım güvenirliği anksiyete alt ölçeği için .85 ve depresyon alt ölçeği için .81 olarak hesaplanmıştır. Bedensel hastalık grubu için yapılan geçerlik çalışmasında anksiyete alt ölçeği ile sürekli kaygı envanteri puanları arasındaki korelasyon .75 iken depresyon alt ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki korelasyon .72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında

anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10 ve depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7 olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada MI geçiren bireylerde psikolojik sıkıntıları ölçmek için kullanılan Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin güvenirlik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin depresyon alt boyutu için Cronbach alfa güvenirlik değeri .90 ve anksiyete alt boyutu için Cronbach alfa güvenirlik değeri .89 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada iki alt boyut da kullanılmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin MI geçiren bireylerde kullanılabilecek güvenilir bir ölçek olduğu göstermektedir. Ölçeğin bir örneği EK-4’de verilmiştir.

2.2.3. Travma Sonrası Gelişim Envanteri (TSGE)

Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından tehdit edici yaşam olaylarından sonra bireylerdeki olumlu değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Alt boyutları “yeni olasılıklar”, “diğerleriyle ilişkiler”, “kişisel güçlenme”, “manevi değişim” ve “hayatın değerini bilme” olan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek altılı derecelendirme (0= hiç yaşamadım, 1= çok az yaşadım, 2= az derecede yaşadım, 3= orta derecede yaşadım, 4= oldukça fazla yaşadım, 5= aşırı derecede yaşadım) ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-105 arasında değişmektedir. Orijinal ölçeğin güvenirlik çalışması 199 erkek 405 kadın üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Ölçekten alınan puanların artması travma sonrası gelişimin arttığına işaret etmektedir. Toplam ölçek için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .90, yeni olasılıklar alt boyutu .84, kişilerarası ilişkiler alt boyutu .85, kişisel güçlenme alt boyutu .72, ruhsal değişim\güçlenme değişim alt boyutu .85 ve yaşamın kıymetini anlama alt boyutu .65 olarak hesaplanmıştır. 21 maddelik ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .71 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar için test-tekrar test güvenirliği kişisel güçlenme ($r = .37$) ve yaşamın kıymetini anlama ($r = .47$) alt boyutları hariç .65 ile .74 arasında değişmektedir.

Ölçek ilk kez Kılıç tarafından 2005 yılında Türkçe’ye çevrilmiştir. Kılıç tarafından geliştirilen ölçek orijinal ölçekten farklı olarak beşli derecelendirme ile

puanlanmaktadır. Ayrıca ölçekte 4 boyutlu bir yapı kullanılmıştır. Araştırmada kullandığımız ölçeğin ön çalışmasında orijinal ölçek Türkçeye çevrilmiş ve Kılıç'ın Türkçe çeviri ile karşılaştırılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çeviri ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi çalışması Dirik ve Karanci tarafından 2008 yılında 117 romatoid artrit hastası ile yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda orijinal ölçeğin 5 faktör yapısına sahip olduğu bulunmuş iken Türkçe formun 3 faktöre yüklendiği belirlenmiştir. Bu 3 faktör “Kendilik algısındaki değişim (1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. madde)”, “Diğerleriyle ilişkilerdeki değişim (6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. Madde)” ve “Hayat felsefesindeki değişim (3, 7, 11, 14 ve 17. Madde)” diye adlandırılmıştır. Orijinal ölçekteki gibi altılı derecelendirme ile puanlanmaktadır. Tüm ölçek için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .94, kendilik algısındaki değişim alt boyutu için .88, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim alt boyutu için .86 ve hayat felsefesindeki değişim alt boyutu için ise .87 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada MI geçiren bireylerin travma sonrası gelişim düzeylerini ölçmek için kullanılan ölçeğin güvenirlik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin kendilik algısındaki değişim alt boyutu için güvenirlik değeri .90, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim alt boyutu için güvenirlik değeri .89 ve hayat felsefesindeki değişim alt boyutu için güvenirlik değeri .85 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam travma sonrası gelişim düzeyi için güvenirlik değeri .94 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada alt boyutlar kullanılmamıştır. Araştırmada sadece toplam travma sonrası gelişim puanı kullanılmıştır. Bu Cronbach alfa değerlerine dayanarak ölçeğin toplam ve alt boyutlarının MI geçiren bireylerde güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği tespit edilmiştir. Ölçeğin bir örneği EK-5’de yer almaktadır.

2.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Ölçek 1965 yılında M. Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Toplamda 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt testi vardır. Bunlar: 1-Benlik Saygısı, 2-Kendilik kavramının sürekliliği, 3-İnsanlara güvenme, 4-Eleştiriye duyarlılık, 5- Depresif duygulanım, 6-Hayalperestlik, 7-Psikomatik belirtiler, 8-Kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, 9-Tartışmalara katılabilme derecesi, 10-Ana-baba ilişkisi, 11- Babayla ilişki,

12- Psişik izolasyon. Bu çalışmada toplam 10 sorudan oluşan Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek beş olumlu (1., 2., 4., 6. ve 7. soru), beş olumsuz (3., 5., 8., 9. ve 10. soru) ifadenin yer aldığı toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Her soru ‘Çok Doğru=3’, ‘Doğru=2’, ‘Yanlış=1’ ve ‘Çok Yanlış=0’ olmak üzere 4’lü derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan 0’dır. Ölçekten alınan puanların yüksekliği benlik saygısının yüksekliğine işaret etmektedir. 15-25 arası puanlar normal düzeyde benlik saygısını gösterirken 15 puandan aşağısı ise düşük benlik saygısını ifade etmektedir. Ölçeğin orijinalinde iç tutarlılık katsayısı .77 ve .88 arasında, test-tekrar-test güvenirliği .82 ve .85 arasında değişmektedir. Yapı geçerliğinde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği anksiyete ile -.64, depresyon ile -.54 ilişkili bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Füsun Çuhadaroğlu tarafından 1985 yılında Ankara’da 205 lise öğrencisi ile yapılmıştır. Araştırmada tüm alt boyutların güvenirlik değerleri .46 ile .89 arasında olduğu belirlenmiştir. 10 maddelik Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeğinin 4 hafta ara ile yapılan test-tekrar-test güvenirlik katsayısı .75 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışması için psikiyatrik görüşmeler kullanılmış ve Benlik Saygısı Alt Ölçeğinin geçerlik katsayısı .71 olarak bulunmuştur.

Bu araştırma için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’nin güvenirlik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .79 olarak belirlenmiştir. Hesaplanan güvenirlik değerine dayanarak bu ölçeğin MI geçiren bireylerde güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği tespit edilmiştir. Ölçeğin bir örneği EK-6’da yer almaktadır.

2.2.5. Yaşam Yönelimi Testi (YYT)

Scheier ve Carver (1985) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek yaşama olumlu bakış açısına sahip olup olmamayı ölçen 12 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden 8 tanesi ana madde, 4 tanesi (2.,6.,7. ve 10. madde) dolgu maddesidir. Ölçekteki 8 ana maddenin 4 tanesi (1., 4., 5. ve 11. madde) olumlu, 4 tanesi (3., 8., 9. ve 12. madde) olumsuz yöndedir. Ölçekte her bir madde 5’li derecelendirme ile (0= Kesinlikle

Katılmıyorum, 1= Katılmıyorum, 2= Kararsızım, 3= Katılıyorum, 4= Kesinlikle Katılıyorum) puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan '0' en yüksek puan '32'dir. Ölçekten alınan yüksek puan iyimserliğe veya yaşama yönelik olumlu bir bakış açısına, düşük puan ise kötümserliğe veya yaşama yönelik olumsuz bir bakış açısına sahip olunduğuna işaret etmektedir.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında araştırmaya 624 üniversite öğrencisi katılmıştır. Ölçeğin orijinalinin iç tutarlılık katsayısı .76 olarak tespit edilmiştir. Orijinal ölçeğin test-tekrar test güvenirliği ise 142 üniversite öğrencisiyle yapılmıştır ve .79 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirliğinde iki test arasında 4 hafta süre geçmiştir.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydın ve Tezer tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Yaşam Yönelimi Testi 97 üniversite öğrencisine 4 hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı .77 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerlik çalışması için Beck Depresyon Ölçeği ile Yaşam Yönelimi Testi arasındaki korelasyon incelenmiştir. Üniversite öğrencilerinden oluşan 50 ve 97 kişilik iki farklı üniversite öğrencisine her iki ölçek de uygulanmış ve gruplar için korelasyon katsayıları sırasıyla -.56 ve -.45 olarak hesaplanmıştır. MI tanısı olan hastalar ile yapılan bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı .84 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bu güvenirlik değerine dayanarak MI geçiren hastalarda kullanılabilecek güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilmektedir. Ölçeğin bir örneği EK-7'de yer almaktadır.

2.2.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği

Wallston ve ark tarafından 1978 yılında kişinin sağlığı üzerinde algıladığı kontrol inancını ölçmesi amaçlanarak geliştirilmiştir. A.B ve C formu olmak üzere toplamda 3 formdan oluşan ölçek bir öz bildirim ölçeğidir. MI tanısı olan hastalar ile yapılan bu çalışmada ölçeğin 18 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşan A formu kullanılmıştır. Ölçek maddeleri 6'lı derecelendirme ile (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3=Katılmama Eğilimindeyim, 4= Katılma Eğilimindeyim, 5=

Katılıyorum, 6= Kesinlikle Katılıyorum) puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları: İç sağlık kontrol odağı, şans sağlık kontrol odağı ve güçlü diğerleri kontrol odağıdır. Alt ölçeklere dair iç tutarlık katsayıları iç sağlık kontrol odağı boyutu için .77, dış sağlık kontrol odağı boyutu için .67 ve şans sağlık kontrol odağı boyutu için .75 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Üstündağ-Budak ve Mocan-Aydın (2005) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışması sonucu orijinal ölçekteki şans sağlık kontrol odağı ölçeğinin iki alt ölçeğe bölündüğü görülmektedir; Kader Sağlık Kontrol Odağı Ve Şans Sağlık Kontrol Odağı. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği iç tutarlılık katsayıları İç Sağlık Kontrol Odağı alt boyutu için .68, Şans Sağlık Kontrol Odağı alt boyutu için .59, Güçlü Diğerleri Kontrol Odağı alt boyutu için .66 ve Kader Kontrol Odağı alt boyutu için .39 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar-test güvenirliği İç Sağlık Kontrol Odağı alt boyutu için .70, Şans Sağlık Kontrol Odağı alt boyutu için .70, Güçlü Diğerleri Kontrol Odağı alt boyutu için .65 ve Kader Kontrol Odağı alt boyutu için .56 olarak hesaplanmıştır. Tüm ölçeğin Cronbach alfa değeri .63 ve 4 hafta sonra değerlendirilen test-tekrar-test güvenirliği .70 olarak hesaplanmıştır. Orijinal ölçekten farklı olarak ortaya çıkan Kader Kontrol Odağı alt boyutu düşük güvenirliğe sahip olduğu için ölçek doğrulayıcı faktör analizi ile tekrar analiz edilmiştir. Bunun sonucunda 3 ve 4 alt boyutlu 2 model ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan modellerden 4 alt boyutlu modelin 3 alt boyutlu modelden datayla daha iyi bir uyum sağlayamadığı görülmüştür. Bu nedenle orijinal ölçekteki gibi 3 alt boyutlu model kullanılmıştır.

Bu araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği alt boyutları için güvenirlik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin iç sağlık kontrol odağı alt boyutu için güvenirlik değeri .87, güçlü ve diğerleri sağlık kontrol alt boyutu için .61 ve şans sağlık kontrol odağı için .68 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin alt boyutlarından sadece iç sağlık kontrol odağı alt boyutu kullanılmıştır. Ölçekten elde edilen güvenirlik değerlerine dayanarak ölçeğin tüm alt boyutlarının MI geçiren bireylerde güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği tespit edilmiştir. Ölçeğin bir örneği EK-8’de yer almaktadır.

2.2.7. Sağlık Bilişleri Anketi

Salkovskis ve Warwick sağlıkla ilişkili işlevsel olmayan dört inanç belirlemiştir (Salkovskis ve Warwick 2001'den aktaran Fergus, 2013:248). Bu dört inancın değerlendirilmesi amacıyla Hadjistavropoulos ve arkadaşları tarafından 2012 yılında sağlık bilişleri anketi geliştirilmiştir. Kişinin tıbbi bir tanısının olup olmamasına göre hazırlanmış 2 paralel formu vardır. Bu araştırmada tıbbi bir tanısı olan bireyler için hazırlanan 20 maddelik form kullanılacaktır. Ölçek maddeleri 5'li derecelendirme ile (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılıyorum, 3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) puanlanmaktadır. Ölçekte bulunan 2., 4., 7., 9., 10., 15., 19. ve 20. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması kişilerin sağlığa ilişkin işlevsiz inançlarının arttığına işaret etmektedir. Ölçek, kişilerin sağlık kaygısıyla ilgili işlevsel olmayan inançlarını 4 boyut üzerinden incelemektedir. Bu boyutlar: Hastalıkla baş etmede güçlük (2., 4., 6., 9., 10., 16., 19. ve 20. madde), Tıbbi hizmetlerin yetersizliği (7., 11., 15. ve 18. madde), Hastalık olasılığı (3., 5., 8. ve 12. madde) ve Hastalığın korkutuculuğu (1., 13., 14. ve 17. madde) olarak belirlenmiştir. Orijinal ölçekte tıbbi bir tanısı olmayan grup için iç tutarlık katsayıları boyutlara göre hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için .90, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu için .82, hastalık olasılığı boyutu için .72 ve hastalığın korkutuculuğu boyutu için .75 olarak tespit edilmiştir. Tıbbi bir tanısı olan grup için ise hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için .91, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu için .81, hastalık olasılığı boyutu için .75 ve hastalığın korkutuculuğu boyutu için .76 olarak belirlenmiştir.

Orijinal ölçeğin geçerlik analizinde Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Güvence Anketi puanları ile korelasyonları incelenmiştir. Sağlık Bilişleri Anketi ile Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form arasındaki ilişkide korelasyonlar fiziksel bir tanısı olmayan grupta .18 ile .46 aralığında; fiziksel bir tanısı olan grupta ise .36 ile .49 aralığında hesaplanmıştır. Sağlık Bilişleri Anketi faktörleri ve Güvence Anketi arasındaki ilişkide korelasyonlar fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta .22 ile .50 aralığında; fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise .21 ile .55 aralığında hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Yılmaz ve Dirik (2018) tarafından yapılmıştır. Araştırmaya tıbbi bir tanısı olmayan 190 ve tıbbi bir tanısı olan 153 kişi katılmıştır. Tıbbi bir tanısı olmayan grup için Cronbach alfa değerleri hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için .88, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu için .67 hastalık olasılığı boyutu için .66 ve hastalığın korkutuculuğu boyutu için .73 olarak tespit edilmiştir. Tıbbi bir tanısı olan grup için ise Cronbach alfa değerleri hastalıkla baş etmede güçlük için .87, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için .64, hastalık olasılığı için .72, hastalığın korkutuculuğu için .76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında test tekrar test güvenirliği 2-3 hafta ara ile tıbbi bir tanısı olan grupta 57 kişi ile tıbbi bir tanısı olmayan grupta 44 kişi ile yürütülmüştür. Test tekrar test güvenirliği için tıbbi bir tanısı olmayan grupta hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için .70, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için boyutu .45, hastalık olasılığı boyutu için .47, hastalığın korkutuculuğu boyutu için .45 olarak bulunmuştur. Tıbbi bir tanısı olan grupta ise hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için .62, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu için .51, hastalık olasılığı boyutu için .58, hastalığın korkutuculuğu boyutu için .35 olarak bulunmuştur.

Uyarlama çalışmasında ölçeğin eş zaman geçerlik analizinde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Formu puanları ile korelasyonları incelenmiştir. Tıbbi bir tanısı olan grup için hastalıkla baş etmede güçlük boyutu, hastalık olasılığı boyutu ve hastalığın korkutuculuğu boyutunun kaygı, depresyon ve sağlık kaygısı-ana kısmı ile pozitif bir ilişkide olduğu bulunmuştur. Tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun ise sağlık kaygısı-ana kısmı ile pozitif bir ilişkide olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırma için sağlık bilişleri anketi toplam puanı ve alt boyutları için güvenirlik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenirlik değerleri hastalıkla baş etmede güçlük alt boyutu için .90, tıbbi hizmetlerin yetersizliği alt boyutu için .70, hastalık olasılığı alt boyutu için .64 ve hastalığın korkutuculuğu alt boyutu için .85'tir. Ölçeğin toplam puanından elde edilen güvenirlik değeri ise .87 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin sadece toplam puanı kullanılmıştır. Hesaplanan güvenirlik değerlerine bakıldığında ölçeğin toplam puanı ve tüm alt boyutları için MI geçiren bireylerde kullanılabilecek güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin bir örneği EK-9'da yer almaktadır.

2.2.8. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF)

Ölçek Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk formu 60 maddeden oluşmaktadır. Öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin uzun formu Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin kısa formu Carver ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin kısa formu her bir faktörü 2 maddenin ölçtüğü 14 faktörlü bir yapıdadır. Bu çalışmada ölçeğin 28 maddeden oluşan kısa formu kullanılmıştır. Orijinal ölçekte faktör analizi sonuçlarında tüm faktörlerin toplam varyansın %72.4'ünü açıkladığı ve dokuz faktörün özdeğerinin 1.0'ın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca orijinal ölçekte alt faktörlerin Cronbach alfa değerlerinin dikkatini dağıtma boyutu için .71, aktif başa çıkma boyutu için .68, inkar boyutu için .54, madde kullanımı boyutu için .90, duygusal sosyal destek arama boyutu için .71, araçsal sosyal destek arama boyutu için .64, davranışsal uzaklaşma boyutu için .65, duyguları açığa vurma boyutu için .50, olumlu yönde yeniden yorumlama boyutu için .64, planlama boyutu için .73, mizah boyutu için .73, kabul etme boyutu için .57, din boyutu için .82, kendini suçlama boyutu için .69 olduğu bulunmuştur.

Ölçeğin kısa formunun Türkçe'ye uyarlama çalışması Tuna (2003) tarafından yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda orijinal ölçekteki yapıya uygun olarak 14 faktörlü ve her bir faktör 2 sorudan oluşan bir ölçeğe ulaşılmıştır. Ölçekte dikkatini dağıtma (1 ve 19. Madde), aktif başa çıkma (2 ve 7. Madde), inkar (3 ve 8. Madde), madde kullanımı (4 ve 11. Madde), duygusal sosyal destek arama (5 ve 15. Madde), araçsal sosyal destek arama (10 ve 23. Madde), davranışsal uzaklaşma (6 ve 16. Madde), duyguları açığa vurma (9 ve 21. Madde), olumlu yönde yeniden yorumlama (12 ve 17. Madde), planlama (14 ve 25. Madde), mizah (18 ve 28. Madde), kabul etme (20 ve 24. Madde), din (22 ve 27. Madde), kendini suçlama (13 ve 26. Madde) alt boyutları yer almaktadır. Ölçek 1= Bunu hiç yapmıyorum, 2= Bunu çok az yapıyorum, 3= Bunu orta derecede yapıyorum, 4= Bunu çok yapıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Her boyuttan alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek puan 8'dir. Bir boyutun puanının düşük olması o boyutun az kullanıldığını gösterirken bir boyutun puanının yüksek olması o boyutun daha fazla kullanıldığını ifade etmektedir. Uyarlama

çalışmasında elde edilen düşük madde-toplam korelasyonları nedeniyle araçsal sosyal destek arama boyutu çıkarılmıştır. Hesaplamalar 13 alt puan üzerinden yapılmıştır. Alt boyutların iç tutarlık katsayıları dikkatini dağıtma boyutu için .45, aktif başa çıkma boyutu için .50, inkar boyutu için .59, madde kullanımı boyutu için .91, duygusal sosyal destek arama boyutu için .72, davranışsal uzaklaşma boyutu için .64, duyguları açığa vurma boyutu için .26, olumlu yönde yeniden yorumlama boyutu için .73, planlama boyutu için .51, mizah boyutu için .73, kabul etme boyutu için .55, din boyutu için .82, kendini suçlama boyutu için .33 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada ölçek 3 faktörlü yapıda kullanılmıştır. Problem odaklı baş etme stratejileri (aktif başa çıkma, planlama, araçsal sosyal destek arama), duygu odaklı baş etme stratejileri (duygusal sosyal destek arama, olumlu yönde yeniden yorumlama, kabul etme, din, mizah) ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri (duyguları açığa vurma, inkar, madde kullanımı, davranışsal uzaklaşma, dikkatini dağıtma, kendini suçlama) olarak kullanılmıştır (Coolidge ve diğerleri, 2000: 161; Cooper ve diğerleri, 2006: 15–20).

Araştırmada ölçek için güvenirlik değerleri hesaplandığında problem odaklı baş etme stratejileri için Cronbach alfa değeri .74, duygu odaklı baş etme stratejileri için .74 ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri için .61 olarak belirlenmiştir. Araştırmada ölçeğin 3 alt boyutu da kullanılmıştır. Bu değerlere bakarak ölçeğin MI geçiren bireylerde kullanılabilecek güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilmektedir. Ölçeğin bir örneği EK-10'de yer almaktadır.

2.3. İŞLEM

Veri toplamaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 4613-GOA protokol numaralı onayı ile 13 Mart 2019 tarihinde izin alınmıştır. Ardından veri toplanacak Kardiyoloji ve Kalp-Damar Cerrahi birimlerinden idari izin alınmıştır. Veriler Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Bölümü ve Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünden toplanmıştır. Katılımcılara polikliniklerin bekleme salonunda önce çalışmayla ilgili bilgi verilmiş

ardından çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla poliklinik içerisinde bulunan holter odasında ve efor odasında ölçekler uygulanmıştır. Katılımcılara önce çalışma hakkında daha ayrıntılı bir şekilde sözel olarak bilgi verilmiş ardından bilgilendirilmiş Onam Formu okutularak imzalanmıştır. Yazılı ve sözlü olarak bilgilendirme yapıldıktan sonra ölçeklerin uygulanması kısmına geçilmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatıldıktan sonra katılımcılara; Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu en başta olmak üzere Travma Sonrası Gelişim Envanteri, Yaşam Yönelimi Testi, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği, Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu, Sağlık Bilişleri Anketi olası sıra ve ardışıklık etkilerini elimine etmek için farklı sıralarda uygulanmıştır. Anketlerin uygulanması yaklaşık olarak 25 dakika sürmüştür. Araştırmanın verileri Mart 2019 ile Ekim 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırmanın verilerinin analizi için ‘SPSS 20 for Windows’ Paket programı kullanılmıştır. Öncelikle veri girişi sonrası hatalı girilen verilerin kontrolü yapılmıştır. Hatalı girilen değerler belirlenmiş ve bu değerler orijinal veri setinden kontrol edilerek gereken düzeltmeler yapılmıştır. Kullanılacak olan istatistiksel analizlerin sağlıklı sonuçlar vermesi için yapılması gerekenlerden bir diğeri uç değerlerin (outliers) saptanması ve uygun şekilde veri setinden çıkartılmasıdır. Araştırmada çok değişkenli uç değerlerin saptanması için tüm değişkenler analize sokulmuş ve Mahalonobis uzaklığı hesaplanmıştır. Bu verilere göre 6 kişi veri setinden çıkarılmış ve geri kalan analizler 144 kişi üzerinden yapılmıştır.

Araştırmada sosyodemografik değişkenleri, hastalıkla ilgili değişkenler, bağımsız değişkenler ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Bağımlı değişkenler ile sosyodemografik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenlerin grupları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Yapılan normallik analizlerinde araştırmadaki değişkenlerin normal dağıldığı

belirlenmiştir. Bu sebeple normal dağılım gösteren verilerin post hoc analizlerinde Tukey Testi kullanılmıştır.

Sonrasında araştırmada benlik saygısı, sağlık kontrol odağı, iyimserlik, sağlık bilişleri, başa çıkma stratejileri, depresyon kaygı ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiler yol analizi ile incelenmiştir. Yol analizi için IBM AMOS 23 programından yararlanılmıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Yukarıda belirtilen kuramsal bilgiler ve yöntem çerçevesinde araştırma hipotezlerinin test edilmesine ilişkin istatistiksel analizler aşağıda yer almaktadır. Sırasıyla araştırmanın değişkenlerine ilişkin betimleyici analizler, araştırmanın bağımlı değişkenleri olan kaygı, depresyon ve travma sonrası gelişime ilişkin korelasyon analizleri, gruplararası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplar için t testi ve daha sonrasında aracılık modellerin test edildiği yol analizlerine yer verilmiştir.

3.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

3.1.1. MI İle İlgili Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler

Katılımcıların 87'si (% 60.4) bir kere, 33'ü (% 22.9) iki kere, 17'si (% 11.8) üç kere ve 7'si (% 4.9) 4 kere veya daha fazla MI geçirdiklerini belirtmiştir. Katılımcıların ilk MI tanısından sonra geçirdikleri süre ortalama 8 yıl 8 ay iken (S.S.= 8 yıl 4 ay Min.= 3 Maks.= 456 ay) en son geçirdikleri MI tarihi üzerinden geçen süre ortalama 6 yıl 4 aydır (S.S.= 7 yıl 2 ay Min.= 3 Maks.= 432 ay). Katılımcıların tedavi şekilleri incelendiğinde ilaç kullanımının yanında 139 (%96.5) kişiye anjiyo yapılmış 101 (% 70.1) kişiye stent takılmıştır ve 43 (% 29.9) kişi bypass ameliyatı geçirmiştir. Ayrıca katılımcıların 114'ü (% 79.2) koroner arter hastalığına ek olarak başka fiziksel hastalıklar rapor etmişlerdir. Katılımcıların 75'i (% 52.1) hipertansiyon, 59'u (% 41) şeker hastalığı, 47'si (% 32.6) kolesterol, 12'si (% 8.3) böbrek rahatsızlığı, 6'sı (% 4.2) romatizmal hastalıklar, 6'sı (% 4.2) koah, 6'sı (% 4.2) felç ve 2'si (% 1.4) kanser hastalığının koroner arter hastalıklarına eşlik ettiğini belirtmiştir. Katılımcılardan psikiyatrik rahatsızlıkları hakkında da bilgi alınmıştır. Katılımcılarda geçmiş psikiyatrik tanısı olan 12 (% 8.3) kişi ve güncel psikiyatrik tanısı olan 7 (% 4.9) kişinin

olduğu belirlenmiştir. Bu psikiyatrik tanıların çoğunluğunu duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarının oluşturduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların MI ve diğer hastalıkları ile ilgili değişkenlere ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler

Değişkenler	S	%	Ort.	SS	Aralık
Geçirilen MI Sayısı (S=144)					
1	87	60.4			
2	33	22.9			
3	17	11.8			
4 ve üzeri	7	4.9			
İlk MI Üzerinden Geçen Süre (ay)			106.78	108	3-456
Son MI Üzerinden Geçen Süre (ay)			77.96	87.02	3-432
Tedavi Şekli					
Anjiyo					
Var	139	96.5			
Yok	5	3.5			
Stent					
Var	101	70.1			
Yok	43	29.9			
Bypass					
Var	43	29.9			
Yok	101	70.1			
Eşlik Eden Hastalıklar					
Var	114	79.2			
Yok	30	20.8			
Geçmiş psikiyatrik tanı					
Var	12	8.3			
Yok	132	91.7			
Güncel psikiyatrik tanı					
Var	7	4.9			
Yok	137	95.1			

3.1.2 Araştırma Değişkenleri İle İlgili Betimsel İstatistikler

Araştırmanın değişkenlerinin düzeylerinin belirlenmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin 2 alt ölçek puanı, Travma Sonrası Gelişim Envanteri toplam puanı, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı, Yaşam Yönelimi Testi toplam puanı, İç Sağlık Kontrol Odağı, Sağlık Bilişleri Anketi toplam puanı, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu'nun 3 alt ölçek puanı, ortalamaları ve standart sapmaları ve aralık değerleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Araştırma Değişkenleriyle İlgili Betimleyici Analizlerden Elde Edilen Bulgular

Değişkenler	S	Ort.	SS	Aralık
Psikolojik Sıkıntılar				
Depresyon	144	5.98	5.08	0-21
Kaygı	144	5.37	4.98	0-19
Travma Sonrası Gelişim	144	29.77	26.62	0-102
Benlik Saygısı	144	23.61	5.94	2-30
İyimserlik	144	23.62	4.81	8-32
Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı				
İç Sağlık Kontrol Odağı	144	29.03	4.85	13-36
Sağlık Bilişleri	144	49.39	12.87	21-87
Baş Etme Stratejileri				
Problem Odaklı Baş Etme	144	15.83	3.70	7-23
Duygu Odaklı Baş Etme	144	26.83	5.28	16-39
İşlevsel Olmayan Baş Etme	144	21.38	4.65	12-35

3.1.2.1. Psikolojik Sıkıntılar

Katılımcıların kaygı ve depresyon düzeyleri Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile belirlenmiştir. Öncelikle ölçekte bulunan ters maddeler tekrar kodlandıktan sonra puanlanmıştır. Katılımcıların depresyon düzeylerini belirlemek için HAD'nin depresyon alt boyutunu ölçen 7 maddesi toplanarak depresyon puanı hesaplanmıştır. MI geçiren bireylerde depresyon düzeyi 5.98 (S.S.=5.08, Min.=0, Maks.=21) olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada MI geçiren bireylerin %40'ının depresyon için belirlenen kesme puanı 7 ve üstünde alarak yüksek düzeyde depresyon belirttikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların anksiyete puanları HAD'nin anksiyete alt boyutunu ölçen 7 maddesi toplanarak kaygı puanı hesaplanmıştır. MI geçiren bireylerde kaygı düzeyi puan 5.37 (S.S.=4.98, Min.=0, Maks.=19) olarak tespit edilmiştir. Bu

araştırmada MI geçiren bireylerin %19.4'ünün kaygı için belirlenen kesme puanı 10 ve üstünde kalarak yüksek düzeyde kaygı belirttikleri tespit edilmiştir. Ölçekte depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden alınabilecek en yüksek puan 21 olduğu düşünüldüğünde bireylerin depresyon puan ortalamasının 5.98, anksiyete puan ortalamasının 5.37 olması katılımcıların depresyon ve kaygı puanlarının düşük olduğunu göstermektedir.

3.1.2.2. Travma Sonrası Gelişim

Katılımcıların travma sonrası gelişim düzeyi Travma Sonrası Gelişim Envanteri'ne verilen cevap puanlarının toplanması ile hesaplanmıştır. Ölçeğin 3 alt ölçeği mevcuttur ancak bu araştırmada alt ölçekler ile ilgili hipotezlerin olmaması nedeniyle sadece toplam travma sonrası gelişim puanı kullanılmıştır. Bu araştırmada MI geçiren bireylerde travma sonrası gelişimin toplam puanının ortalaması 29.77 (S.S.=26.62, Min.=0, Maks.=102) olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 105 olduğu düşünüldüğünde katılımcıların ortalama 29.77 puan almış olmaları düşük düzeyde travma sonrası gelişim yaşadıklarını göstermektedir.

3.1.2.3. Benlik Saygısı

Katılımcıların benlik saygısı düzeyleri Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nde bulunan ters maddeler düz madde olarak çevrildikten sonra ölçekte bulunan 10 maddenin toplamıyla elde edilmektedir. Bu araştırmada MI geçiren bireylerde ölçeğin puan ortalaması 23.61 (S.S.=5.94, Min.=2, Maks.=30) olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 30 olduğu düşünüldüğünde MI geçiren bireylerin ortalama 23.61 puan almış olmaları yüksek düzeyde benlik saygısı yaşadıklarını göstermektedir.

3.1.2.4. İyimserlik

Yaşam Yönelimi Testi ölçeği toplam puanı ters maddeler düz madde olarak çevrildikten sonra ölçekte bulunan 12 maddeden dolgu maddeleri dışarıda tutularak 8 madde toplanarak toplam puan elde edilmiştir. Bu araştırmada MI geçiren bireylerde

yaşam yönelimi puan ortalaması 23.62 (S.S.= 4.81, Min.= 8, Maks.= 32) olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 32 olduğu düşünüldüğünde MI geçiren bireylerin ortalama 23.62 puan almış olmaları iyimserlik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.1.2.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeğinin 3 alt boyutu vardır. Araştırmada Bilişsel Adaptasyon Kuramı kapsamında kişinin yaşanılan durum üzerindeki kişisel kontrol algısını ölçmek için ölçek değişkenlerinden sadece iç sağlık kontrol odağı alt boyutu kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının puanı her alt boyuta ait maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. MI geçiren bireylerde bu araştırmada iç sağlık kontrol odağı alt boyutu puan ortalaması 29.03 (S.S.= 4.85, Min.= 13, Maks.= 36) olarak hesaplanmıştır. İç sağlık kontrol odağı alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 36 olduğu düşünüldüğünde MI geçiren bireylerin ortalama 29.03 puan almış olmaları bireylerin iç sağlık kontrol odaklarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.1.2.6. Sağlık Bilişleri

Sağlık Bilişleri Anketinin toplam puanı ters maddeler düz madde olarak çevrildikten sonra ölçekte bulunan 20 maddenin toplamıyla elde edilmektedir. Bu araştırmada MI geçiren bireylerde sağlık bilişleri anketi toplam puanının ortalaması 49.39 (S.S.= 12.87, Min.= 21, Maks.= 87) olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 100 en düşük puanın 20 olduğu düşünüldüğünde katılımcıların ortalama 49.39 puan almış olmaları bireylerin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.1.2.7. Başa Çıkma Stratejileri

Baş Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu için 3 alt boyutlu yapı kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının puanı her alt boyuta ait maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. MI geçiren bireylerde ölçeğin problem odaklı baş etme stratejileri alt boyutu puan ortalaması 15.83 (S.S.= 3.70, Min.= 7, Maks.= 23), duygu odaklı baş

etme stratejileri alt boyutu puan ortalaması 26.83 (S.S.= 5.28, Min.= 16, Maks.= 39) ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt boyutu puan ortalaması 21.38 (S.S.= 4.65, Min.= 12, Maks.= 35) olarak hesaplanmıştır.

3.2. DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON ANALİZLERİ

Bu bölümde araştırmanın bağımlı değişkenleri olan depresyon, kaygı ve travma sonrası gelişim ile demografik değişkenler, hastalık ile ilgili değişkenler ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu inceleme Pearson Korelasyon Analizi ile yapılmıştır. Aşağıda bu analizlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik Değişkenler Ve Hastalıkla İlgili Değişkenler İle Psikolojik Sıkıntılar Ve Travma Sonrası Gelişim Arasındaki İlişkiler

MI geçiren bireylerde depresyon, kaygı ve travma sonrası gelişim toplam puan ile hastaların demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili değişkenler arasındaki ilişkileri tespit edebilmek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 4'te yer verilmiştir.

Depresyon ile sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili değişkenler incelendiğinde depresyonun eğitim düzeyi ($r = -.26$ $p < .01$), gelir düzeyi ($r = -.36$ $p < .01$; 1= 0-1999 TL, 2= 2000-2999 TL, 3= 3000-3999 TL, 4= 4000 TL ve üzeri) çalışma durumu ($r = -.25$ $p < .01$; 1= çalışmıyor, 2= çalışıyor), alkol kullanım süresi ($r = -.17$ $p < .05$), ilaç kullanımı ($r = -.19$, $p < .05$; 1= İlaçlarını aksatıyor, 2= ilaçlarını aksatmıyor) ve egzersiz ($r = -.28$, $p < .01$; 1= egzersiz yapmıyor, 2= egzersiz yapıyor) ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir.

Kaygı ile sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili değişkenler incelendiğinde eğitim düzeyi ($r = -.19$ $p < .05$), gelir düzeyi ($r = -.27$ $p < .01$; 1= 0-1999 TL, 2= 2000-2999 TL, 3= 3000-3999 TL, 4= 4000 TL ve üzeri)), beslenme ($r = -.18$, $p < .05$; 1= sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor, 2= sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor), egzersiz ($r = -.20$, $p < .05$; 1= yapmıyorum, 2= yapıyorum) ile kaygı arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir

Travma sonrası gelişim toplam puanı ile ilişkili korelasyon analizi sonuçlarında yaş ($r = -.18$ $p < .05$) ve çocuk sayısı ($r = -.21$ $p < .05$) ile TSG toplam puanı arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. TSG toplam puanı ile hastalıkla ilgili değişkenler arasında hiçbir anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.



Tablo 4: Sosyo-demografik Değişkenler ve Hastalık Değişkenleri ile Psikolojik Sıkıntılar ve Travma Sonrası Gelişim Arasındaki Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.Depresyon	1														
2.Kaygı	.78**	1													
3.Toplam TSG	-.23**	-.03	1												
4.Yaş	.15	-.06	-.18*	1											
5.Eğitim Düzeyi(Yıl)	-.26**	-.19*	.01	-.06	1										
6.Gelir Düzeyi	-.36**	-.27**	-.01	.01	.42**	1									
7.Çalışma Durumu (1=Çalışmıyor, 2=Çalışıyor)	-.25**	.08	.06	-.32*	.19*	.41**	1								
8.Çocuk Sayısı	.13	-.13	-.21*	.25**	.39**	-.10	-.01	1							
9. Alkol Kullanım Süresi	-.17*	-.08	.12	-.08	.17*	.11	.16	-.14	1						
10.Geçirilen MI Sayısı	.08	.14	.001	.02	-.08	-.01	-.02	.04	.08	1					
11. İlk MI Üzerinden Geçen Süre	.14	.04	-.04	.41**	.19*	.02	-.14	.12	.03	.24**	1				
12. Son MI Üzerinden Geçen Süre	.12	-.02	-.01	.37**	.15	-.04	-.17*	.05	-.06	-.11	-.75**	1			
13. Beslenme (1=Dikkat Etmiyorum, 2=Dikkat Ediyorum)	-.16	-.18*	.16	.07	.21*	.10	.01	-.17*	-.05	-.10	.03	.15	1		
14. Egzersiz (1=Yapmıyorum, 2=Yapıyorum)	-.28**	-.20*	.10	-.11	.33**	.15	.11	-.20*	.06	-.17*	.06	-.03	.26**	1	
15. İlaç Kullanımı (1=Aksatıyorum, 2=Aksatmıyorum)	-.19*	-.15	.10	.06	.11	.09	-.06	-.10	-.10	-.02	.10	.16	.22**	.15	1

p<.05*, p<.01**

Not: TSG= Travma Sonrası Gelişim

3.2.2. Bağımlı Değişkenler İle Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

MI geçiren bireylerde depresyon, kaygı ve travma sonrası gelişim ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri tespit edebilmek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 5’te yer verilmiştir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan MI geçiren bireylerde depresyon düzeyi ile ilişkili değişkenler incelenmiştir. Benlik saygısı ($r = -.52, p < .01$), iyimserlik ($r = -.45, p < .01$), çok boyutlu sağlık kontrol odağı alt boyutlarından ‘iç sağlık kontrol odağı’ ($r = -.26, p < .01$), baş etme stratejilerinden ‘problem odaklı baş etme’ ($r = -.39, p < .01$) ve ‘duygu odaklı baş etme’ ($r = -.39, p < .01$) depresyon ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Ancak depresyon ile kaygı ($r = .78, p < .01$), sağlık bilişleri toplam puanı ($r = .59, p < .01$) ve baş etme stratejilerinden işlevsel olmayan baş etme stratejileri ($r = .30, p < .01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

MI geçiren bireylerde kaygı düzeyi ile ilişkili değişkenler incelenmiştir. Kaygı ile benlik saygısı ($r = -.48, p < .01$), iyimserlik ($r = -.46, p < .01$), çok boyutlu sağlık kontrol odağı alt boyutlarından iç sağlık kontrol odağı ($r = -.20, p < .05$), baş etme stratejilerinden problem odaklı baş etme stratejileri ($r = -.26, p < .01$) ve duygu odaklı baş etme stratejileri ($r = -.26, p < .01$) arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak kaygı ile sağlık bilişleri toplam puanı ($r = .56, p < .01$) ve baş etme stratejilerinden işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile ($r = .42, p < .01$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

MI geçiren bireylerde travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenler incelendiğinde travma sonrası gelişim, depresyon ($r = -.23, p < .01$) ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca baş etme stratejilerinden problem odaklı baş etme ($r = .28, p < .01$), duygu odaklı baş etme ($r = .39, p < .01$) ve işlevsel olmayan baş etme ($r = .25, p < .01$) ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5: Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Depresyon	1									
2.Kaygı	.78**	1								
3.Toplam TSG	-.23**	-.03	1							
4.Benlik Saygısı	-.52**	-.48**	.02	1						
5.İyimserlik	-.45**	-.46**	.15	.57**	1					
6.İç Sağlık Kontrol Odağı	-.26**	-.20*	.11	.37**	.37**	1				
7.Toplam SBA	.59**	.56**	-.03	-.39**	-.43**	-.30**	1			
8.Problem Odaklı Baş Etme	-.39**	-.26**	.28**	.34**	.31**	.31**	-.30**	1		
9.Duygu Odaklı Baş Etme	-.39**	-.26**	.39**	.20*	.31**	.19*	-.24**	.62**	1	
10.İşlevsel Olmayan Baş Etme	.30**	.42**	.25**	-.34**	-.30**	.06	.40**	-.21*	.02	1

p<.05*, p<.01**

Not: TSG=Travma sonrası gelişim, SBA= Sağlık Bilişleri Anketi

3.3.GRUPLARARASI KARŞILAŞTIRMALAR

Depresyon ile sosyodemografik ve hastalık ile ilgili değişkenler arasında yapılan analizlerde depresyonun eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, egzersiz ve ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamlı ilişkilerin hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, MI geçiren bireylerde depresyon ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$F(3, 140) = 8.875, p < .05$]. MI geçiren bireylerde gelir düzeyi 0-1999 TL arasında olan kişilerin (Ort.= 9.13, SS= 6.33) depresyon düzeylerinin gelir düzeyi 2000-2999 TL (Ort.= 4.82, SS= 3.71) ve 4000 TL ve üzeri (Ort.= 4.09, SS= 3.33) olan kişilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına Tablo 6’da yer verilmiştir.

Tablo 6: Gelir Düzeylerinin Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Gelir Düzeyi	N	X	SS	F	P
Depresyon	(1) 0-1999 TL	38	9.131	6.333	8.875	.000
	(2) 2000-2999 TL	34	4.823	3.721		
	(3) 3000-3999 TL	26	6.269	5.142		
	(4) 4000 TL ve üzeri	46	4.087	3.332		

$p < .05$

MI geçiren bireylerde çalışma durumu ile depresyon arasında yapılan bağımsız gruplar için t testi analizinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t[142] = 3.039, p < .05, r = .003$). Yapılan analize göre çalışmayan bireylerde ($X = 6.68, SS = 5.36$) çalışan bireylerden ($X = 3.74, SS = 3.17$) daha yüksek düzeyde depresyon tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına Tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7: Çalışma Durumunun Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Bağımsız Gruplar İçin T Testi Analizi Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Durumu		t
	Çalışan N(34)	Çalışmayan N(110)	
Depresyon	3.74(3.17)	6.68(5.36)	3.039

$p < .05$

İlaç kullanımı ile depresyon arasında yapılan analizde ilacını kullanmayı aksatan bireylerin ($X = 8.12$, $SS = 5.55$) ilacını kullanmayı aksatmayan bireylere göre ($X = 5.56$, $SS = 4.90$) daha yüksek düzeyde depresif belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir ($t [142] = 2.292$, $p < .05$, $r = .023$). Egzersiz ile depresyon arasında yapılan analizde depresyon düzeylerinin egzersiz yapmayan bireylerin ($X = 7.09$, $SS = 5.48$) haftada 1 veya daha fazla egzersiz yapan bireylerden ($X = 4.15$, $SS = 3.71$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t [142] = 3.491$, $p < .05$, $r = .001$). Analiz sonuçlarına Tablo 8’de yer verilmiştir.

Tablo 8: İlaç Kullanımı Ve Egzersiz Durumunun Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Bağımsız Gruplar İçin T Testi Analizi Sonuçları

Değişkenler	İlaç Kullanımı			Egzersiz		
	Aksatmadan alan N(120)	Aksatan N(24)	t	Egzersiz yapmayan N(90)	Haftada 1 veya daha fazla N(54)	t
Depresyon	5.56(4.90)	8.12(5.55)	2.292	7.09(5.48)	4.15(3.71)	3.491

$p < .05$

Kaygı ile sosyodemografik ve hastalık ile ilgili değişkenler arasında yapılan analizlerde kaygının eğitim düzeyi, gelir düzeyi, beslenme ve egzersiz arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Var olan bu anlamlı ilişkilerin hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi ve tek yönlü anova analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre MI geçiren bireylerde kaygı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$F(3,140) = 5.866$, $p < .05$]. MI geçiren bireylerde gelir düzeyi 0-1999 TL arasında olan kişilerin (Ort.= 8.08, $SS = 6.36$) kaygı düzeylerinin gelir düzeyi 2000-2999 TL (Ort.= 3.79, $SS = 3.65$) ve 4000 TL ve üzeri (Ort.= 4.73, $SS = 3.89$) olan kişilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına Tablo 9’da yer verilmiştir.

Tablo 9: Gelir Düzeylerinin Kaygı Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Gelir Düzeyi	N	X	SS	F	P
Kaygı	(1) 0-1999 TL	38	8.078	6.360	5.866	.000
	(2) 2000-2999 TL	34	3.794	3.649		
	(3) 3000-3999 TL	26	4.615	4.631		
	(4) 4000 TL ve üzeri	46	4.735	3.889		

p<.05

MI geçiren bireylerde beslenme ile kaygı arasında yapılan bağımsız gruplar için t testi analizinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t [142] = 2.154$, $p < .05$, $r = .033$). Yapılan analize göre sağlıklı beslenmediğini ifade eden bireylerde ($X = 6.48$, $SS = 5.63$) sağlıklı beslenmeye özen gösteren bireylerden ($X = 4.67$, $SS = 4.41$) daha yüksek düzeyde kaygı tespit edilmiştir. MI geçiren bireylerde egzersiz ile kaygı arasında yapılan bağımsız gruplar için t testi analizinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t [142] = 2.433$, $p < .05$, $r = .016$). Egzersiz ile kaygı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analizde egzersiz yapmayan bireylerin ($X = 6.14$, $SS = 5.43$) kaygı düzeylerinin haftada 1 veya daha fazla egzersiz yapan bireylerden ($X = 4.09$, $SS = 3.84$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına Tablo 10’da yer verilmiştir.

Tablo 10: Beslenme Ve Egzersiz Durumunun Kaygı Puanları Açısından Karşılaştırılmasını İçeren Bağımsız Gruplar İçin T Testi Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beslenme		t	Egzersiz		t
	Sağlıklı beslenmeyen N(56)	Sağlıklı beslenmeye özen gösteren N(88)		Egzersiz yapmayan N(90)	Haftada 1 veya daha fazla egzersiz yapan N(54)	
Kaygı	6.48(5.63)	4.67(4.41)	2.154	6.14(5.43)	4.09(3.84)	2.433

p<.05

Özetle, gelir düzeyi düşük düzeyde olan, çalışmayan, ilaç kullanımını aksatan ve egzersiz yapmayan bireylerin depresyon puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde gelir düzeyi düşük düzeyde olan, sağlıklı beslenmeye dikkat etmeyen ve egzersiz yapmayan bireylerin kaygı puanlarının da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.4. YOL ANALİZLERİ

Miyokard infarktüsü geçirmiş kişilerin psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim düzeyleri ve ilişkili değişkenlerin bilişsel adaptasyon kuramı açısından incelenmesi IBM AMOS 23 (Arbuckle, 22014) programı kullanılarak yol analizleri ile gerçekleştirilmiştir. Analizlerde Maksimum Benzerlik (Maximum Likelihood) yöntemi kullanılmıştır. Yol analizi ile araştırmanın değişkenleri arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkiler aynı anda analiz edilerek incelenmektedir.

Kurgulanan modeldeki yol analizlerinin veriye uygunluğu birçok uyum indeksi ile karşılaştırılarak belirlenmektedir. Modelin veriye uygunluğunu belirlemek amacıyla kullanılan uyum indeksleri Ki-Kare Uyum Testi (χ^2), Ki-Kare Uyum Testinin Serbestlik Derecesine oranı (χ^2/sd), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), İyi Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)'dir. Bu uyum indeksleri için bazı istatistiksel değerler belirlenmiştir. Bu değerlere bakarak verinin oluşturulan modele uygunluğu hakkında yorum yapılmaktadır. Ki-Kare Uyum Testinin 5'ten küçük olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir. RMSEA'nın .08'den küçük olması kabul edilebilir bir uyumu belirtmektedir. Kullanılan diğer değerler için GFI, AGFI VE CFI değerlerinin .90'dan büyük olması kabul edilebilir uyumu gösterirken .95'ten büyük olması iyi uyumu belirtmektedir (Zainudin, A. 2012: 64). Oluşturulan yol analizlerini gerçekleştirmeden önce araştırmanın değişkenlerinin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Analizlere geçmeden araştırma değişkenlerinin normallik testleri incelenmiştir. 100-200 kişilik katılımcı ile yapılan çalışmalarda normallik testi değerlerinin çarpıklık (skewness) için 2, basıklık (kurtosis) için 7 den küçük olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Curren ve diğerleri, 1996: 16-29). Bu çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenlerin normallik test sonuçlarının kabul edilebilir değer aralıklarında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri için çarpıklık ve basıklık değerlerine Tablo 6'da yer verilmiştir.

Tablo 11. Normallik Testi

Değişkenler	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
İyimserlik	-.65	.29
Benlik saygısı	-1.28	1.26
İç sağlık kontrol odağı	-1.22	1.63
Toplam SBA düzeyi	.63	1.02
Problem odaklı baş etme stratejileri	-.29	-.62
Duygu odaklı baş etme stratejileri	.19	-.34
İşlevsel olmayan baş etme stratejileri	.28	-.34
Kaygı	.10	.23
Depresyon	.97	.32
Toplam TSG düzeyi	.64	-.64

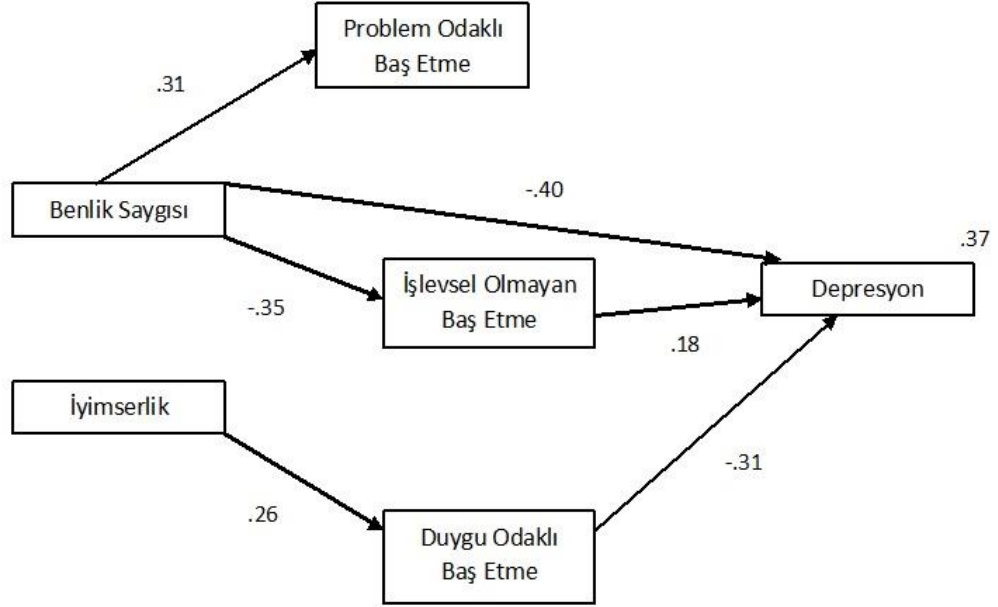
Not: SBA= Sağlık Bilişleri Anketi, TSG= Travma Sonrası Gelişim

3.4.1. Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon

Analizlerde ilk olarak bilişsel adaptasyon kuramı (benlik saygısı, iyimserlik, iç sağlık kontrol odağı) ile baş etme stratejileri (problem odaklı baş etme stratejileri, duygu odaklı baş etme stratejileri ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri) ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu ilişkiyi inceleyebilmek için öncelikle bilişsel adaptasyon kuramının değişkenleri ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Kurgulanan modelin uyum kriterlerini karşılamadığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 27.861$, Sd = 2, $\chi^2/sd = 13.930$, GFI = .91, AFGI = .59, CFI = .80, RMSEA = .301). Standardize değerler incelendiğinde iç sağlık kontrol odağı alt boyutunun depresyon ile anlamsız bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu ile araştırmanın iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında ilişki olduğu hipotezini karşılamadığı belirlenmiştir. Benlik saygısı ($\beta = -.38$, $p < .001$) ve iyimserliğin ($\beta = -.22$, $p < .01$) ise depresyonu negatif yönde anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik ve benlik saygısı arttıkça depresyon düzeylerinin düşmesi beklenmektedir hipotezi desteklenmiştir.

Modelin daha anlaşılır hale gelmesi için depresyon ile ilişkisiz olan iç sağlık kontrol odağı değişkeni modelden çıkarılmıştır. Baş etme stratejilerinin benlik saygısı ve iyimserlik ile depresyon arasındaki ilişkiye etkisini araştırmak için bir model kurgulanmıştır. Kurgulanan modelin uyum kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir ($\chi^2 = 2.811$, Sd =2, $\chi^2/\text{sd} = 1.406$, GFI = .99, AFGI =.93, CFI=.99, RMSEA=.053). Modelin standardize değerleri incelenmiş ve iyimserlik ile problem odaklı baş etme, iyimserlik ile depresyon arasındaki ilişki ve problem odaklı baş etme ile depresyon arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Modelin anlaşılabilirliğinin artması için anlamsız yollar modelden çıkarılmıştır. Modelin son hali incelendiğinde iyimserliğin ($\beta = .26$, $p < .001$) duygu odaklı baş etme stratejisi ($\beta = -.31$, $p < .001$) üzerinden dolaylı olarak depresyonu etkilediği belirlenmiştir. Benlik saygısı ($\beta = -.40$, $p < .001$) ise hem doğrudan depresyonu etkilerken hem de benlik saygısının ($\beta = -.35$, $p < .001$) işlevsel olmayan baş etme ($\beta = .18$, $p < .05$) stratejileri aracılığıyla depresyonu etkilemektedir. Ayrıca benlik saygısının ($\beta = .31$, $p < .001$) problem odaklı baş etme stratejilerini etkilediği ancak problem odaklı baş etme stratejileri ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak modelde yer alan değişkenler depresyonun %37'sini açıklamaktadır. Modelin standardize değerleri Şekil 6'da gösterilmektedir.

Şekil 6: Bilişsel Adaptasyon Kuramı, Baş Etme Stratejileri Ve Depresyon İçin Yol Analizi

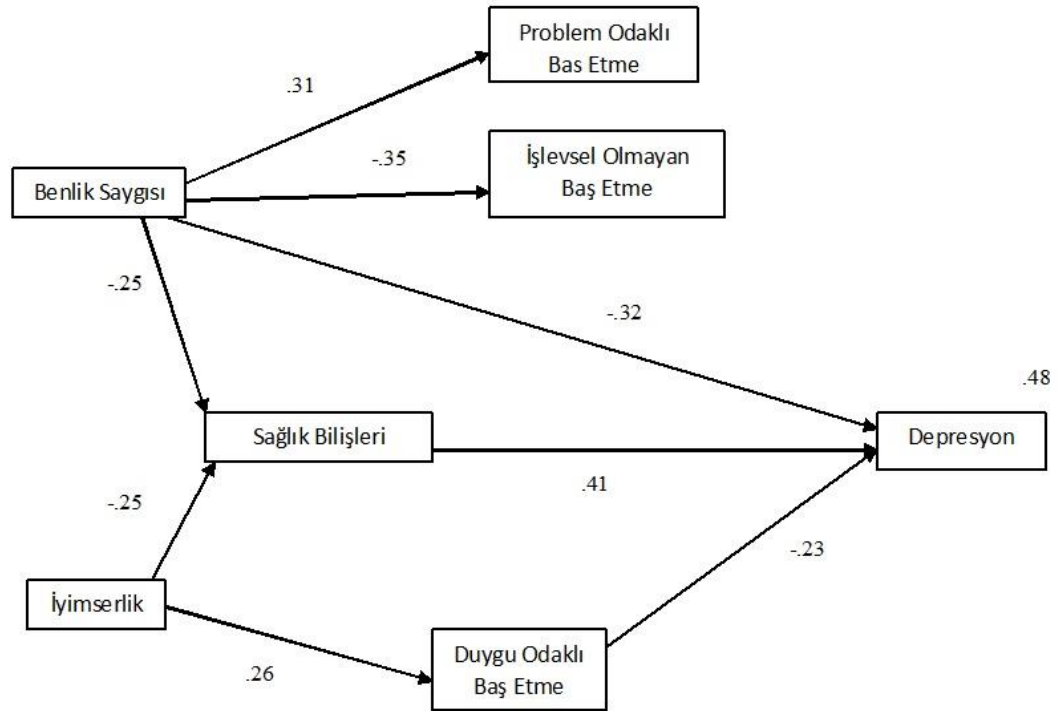


3.4.2. Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Sağlık Bilişleri, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon

Bilişsel adaptasyon kuramı, baş etme stratejileri ve depresyon arasındaki anlamlı yollar bir önceki yol analizinde belirlenmiştir. BAK ve depresyon arasındaki ilişkide sağlık bilişlerinin aracılık rolünün olup olmadığını incelemek amacıyla sağlık bilişleri modele eklenmiştir. Oluşturulan modelin uyum kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 10.069$, $Sd = 7$, $\chi^2/sd = 1.438$, $GFI = .98$, $AFGI = .92$, $CFI = .99$, $RMSEA = .055$). Modeli daha iyi hale getirmek için standardize regresyon değerlerine bakılmış ve sağlık bilişlerinin modele eklenmesiyle depresyon ve işlevsel olmayan baş etme arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Model incelendiğinde iyimserliğin ($\beta = .26$, $p < .001$) duygu odaklı baş etme stratejisi ($\beta = -.23$, $p < .001$) üzerinden dolaylı olarak depresyonu etkilediği belirlenmiştir. Benlik saygısı ($\beta = -.32$,

$p<.001$) ise hem doğrudan depresyonu etkilerken hem de benlik saygısının ($\beta = -.25$, $p<.05$) sağlık bilişleri toplam puanı ($\beta = .41$, $p<.001$) aracılığıyla depresyonu etkilediği belirlenmiştir. Benzer şekilde iyimserliğin ($\beta = -.25$, $p<.001$) sağlık bilişleri toplam puanı ($\beta = .41$, $p<.001$) aracılığıyla depresyonu etkilediği belirlenmiştir. Sonuç olarak modelde yer alan değişkenler depresyonun %48'ini açıklamaktadır. Bu bulgular ile miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik ve benlik saygısı ile depresyon arasındaki ilişkide sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir hipotezi desteklenmiştir. Modelin standardize değerleri şekil 7'de gösterilmektedir.

Şekil 7: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Sağlık Bilişleri, Baş Etme Stratejileri ve Depresyon için Yol Analizi

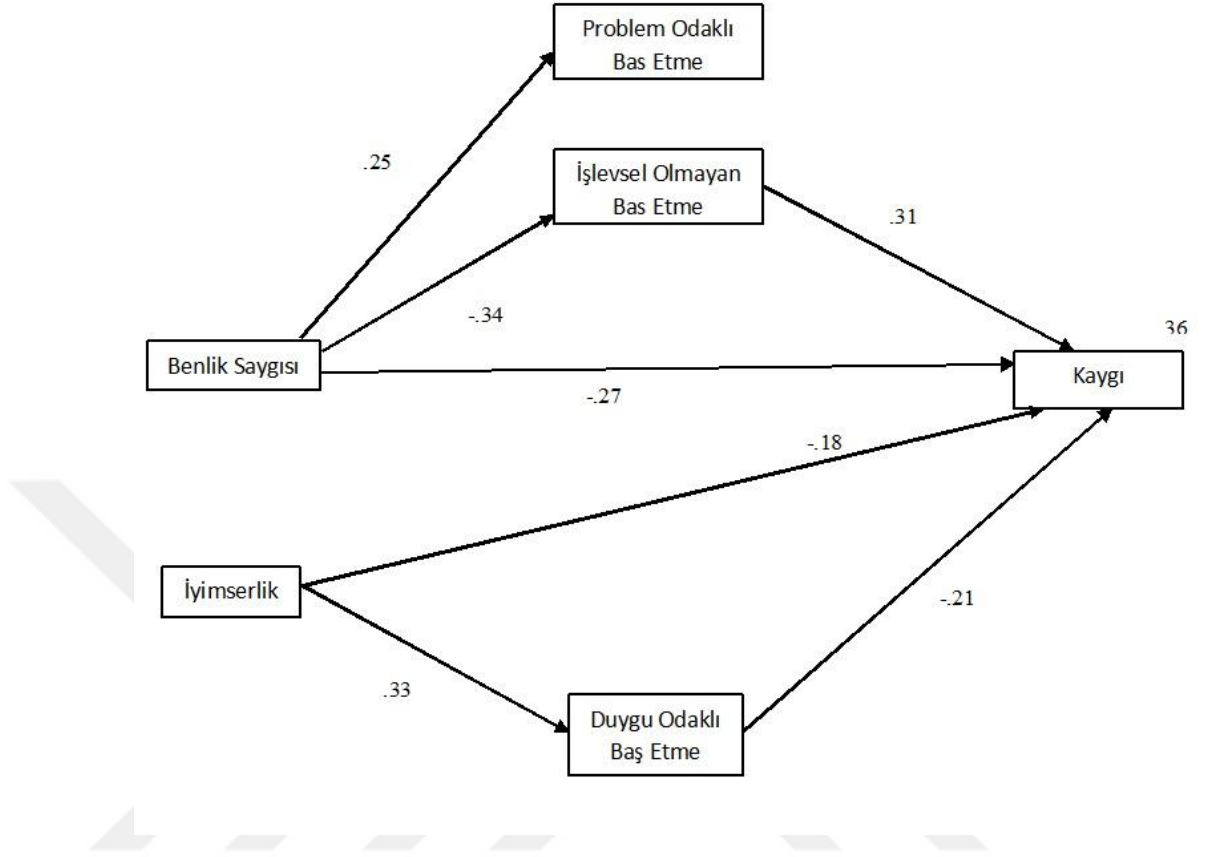


3.4.3. Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı

Analizlerde ilk olarak bilişsel adaptasyon kuramı(benlik saygısı, iyimserlik, iç sağlık kontrol odağı) ile baş etme stratejileri(problem odaklı baş etme stratejileri,

duygu odaklı baş etme stratejileri ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri) ve kaygı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu ilişkiyi inceleyebilmek için öncelikle bilişsel adaptasyon kuramı değişkenleri ile kaygı arasındaki ilişki incelenmiştir. Kurgulanan modelin uyum kriterlerini karşılamadığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 27.861$, Sd =2, $\chi^2/\text{sd} = 13.930$, GFI = .91, AFGI = .59, CFI =.79, RMSEA = .301). Standardize değerler incelendiğinde iç sağlık kontrol odağının kaygı ile anlamsız ilişki oluşturduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda iç sağlık kontrol odağı yüksek olan bireylerde kaygı düzeyinin düşük olması beklenmektedir hipotezi desteklenmemiştir. Benlik saygısının ($\beta = -.33$, $p < .001$) ve iyimserliğin ($\beta = -.28$, $p < .001$) ise kaygıyı anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. Bu bulgu ile miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik ve benlik saygısı arttıkça kaygı düzeylerinin düşmesi beklenmektedir hipotezi desteklenmektedir. Modelin daha anlaşılır olmasını sağlamak için başa çıkma stratejilerinin aracı etkisinin araştırıldığı modele ilişkisiz olan değişkenler dahil edilmemiştir. Bu sebeple benlik saygısı ve iyimserlik değişkenleri ile analize devam edilmiştir. Kurgulanan modelin uyum kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir ($\chi^2 = 2.811$, Sd =2, $\chi^2/\text{sd} = 1.406$, GFI = .99, AFGI = .93, CFI = .99, RMSEA = .053). Modelin standardize değerleri incelenmiş ve problem odaklı baş etmenin hem iyimserlikle hem de kaygı ile anlamsız bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Model incelendiğinde iyimserliğin hem doğrudan ($\beta = -.18$, $p < .05$) hem de iyimserliğin ($\beta = .33$, $p < .001$) duygu odaklı baş etme stratejisi ($\beta = -.21$, $p < .05$) üzerinden dolaylı olarak kaygıyı etkilediği belirlenmiştir. Benlik saygısı ($\beta = -.27$, $p < .01$) ise hem doğrudan hem de benlik saygısının ($\beta = -.34$, $p < .001$) işlevsel olmayan baş etme ($\beta = .31$, $p < .001$) aracılığıyla kaygıyı etkilemektedir. Sonuç olarak modelde yer alan değişkenler kaygının %36'sını açıklamaktadır. Modelin standardize değerleri Şekil 8'de gösterilmektedir.

Şekil 8: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı İçin Yol Analizi

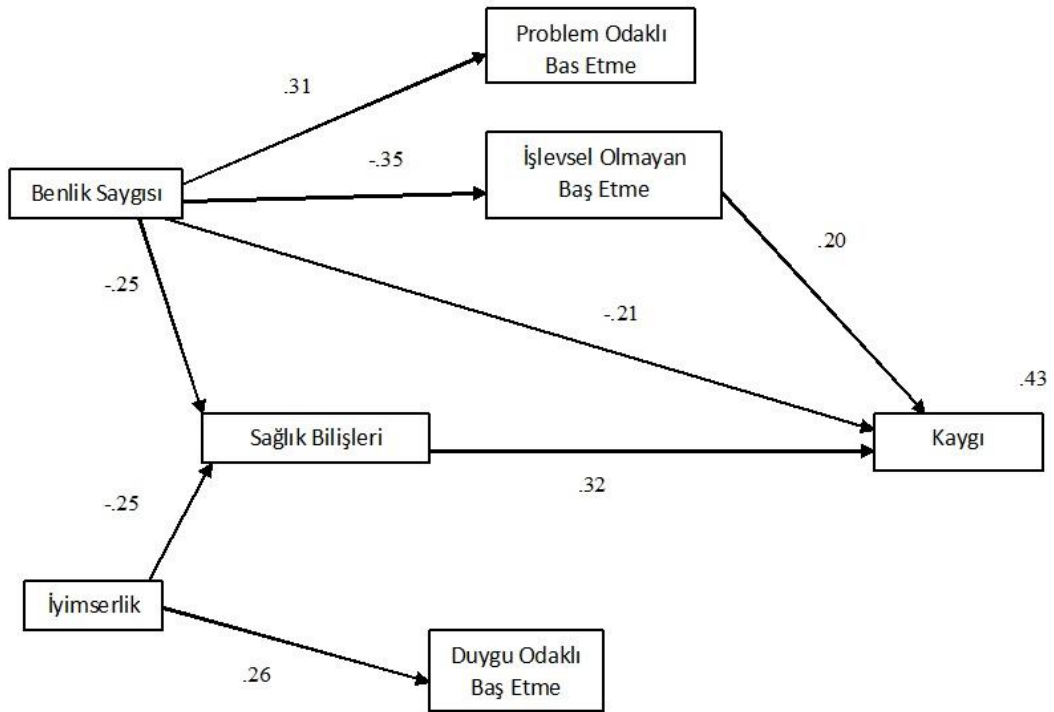


3.4.4. Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Sağlık Bilişleri, Baş Etme Stratejileri Ve Kaygı

İyimserlik ve benlik saygısı ile baş etme stratejileri ve kaygı arasındaki ilişkide sağlık bilişlerinin etkisini belirleyebilmek için sağlık bilişleri yol analizine dahil edilmiştir. Kurgulanan modelin uyum kriterlerini sağladığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 7.173$, $Sd = 4$, $\chi^2/sd = 1.793$, $GFI = .98$, $AFGI = .90$, $CFI = .98$, $RMSEA = .074$). Modelin standardize değerleri incelenmiş ve anksiyetenin duygu odaklı baş etme stratejileri ve iyimserlik ile arasındaki ilişkilerin anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Model incelendiğinde iyimserliğin ($\beta = -.25$, $p < .05$) sağlık bilişleri toplam puanı üzerinden ($\beta = .32$, $p < .001$) üzerinden dolaylı olarak kaygıyı etkilediği belirlenmiştir. Benlik saygısı ($\beta = -.21$, $p < .05$) ise hem doğrudan hem de benlik saygısının ($\beta = -.25$, $p < .05$) sağlık bilişleri toplam puanı üzerinden ($\beta = .32$, $p < .001$) kaygıyı etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca benlik saygısının ($\beta = -.35$, $p < .001$) işlevsel olmayan baş etme

stratejileri üzerinden ($\beta=.20$, $p<.05$) kaygıyı etkilediği belirlenmiştir. Sonuç olarak modelde yer alan değişkenler kaygının %43'ünü açıklamaktadır. Bu bulgular ile miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik ve benlik saygısı ile kaygı arasındaki ilişkide sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir hipotezi desteklenmektedir. Modelin standardize değerleri Şekil 9'da gösterilmektedir.

Şekil 9: Bilişsel Adaptasyon Kuramı Değişkenleri, Sağlık Bilişleri, Baş Etme Stratejileri ve Kaygı için Yol Analizi

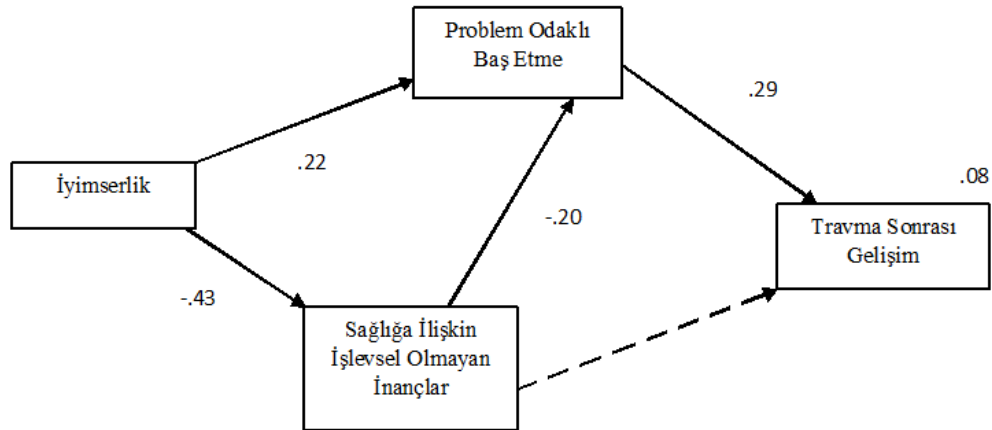


3.4.5. İyimserlik, Sağlık Bilişleri, Problem Odaklı Baş Etme Stratejileri ve Travma Sonrası Gelişim

Analiz için ilk olarak korelasyon değerlerine bakılmış ve iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak iyimserliğin problem odaklı baş etme stratejileri ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar üzerinden travma sonrası gelişimi etkileyip etkilemediğini incelemek için yol analizi

yapılmıştır. Kurgulanan modelin uyum kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 1.518$, $Sd = 1$, $\chi^2/sd = 1.518$, $GFI = .99$, $AFGI = .94$, $CFI = .99$, $RMSEA = .060$). Ancak standardize değerler incelendiğinde sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda iyimserliğin ($\beta = .22$, $p < .05$) problem odaklı baş etme stratejileri üzerinden ($\beta = .29$, $p < .001$) travma sonrası gelişimi etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca iyimserliğin ($\beta = -.43$, $p < .001$) sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ($\beta = -.20$, $p < .05$) üzerinden problem odaklı baş etme stratejilerini etkilediği tespit edilmiştir. Sonuç olarak modelde yer alan değişkenler travma sonrası gelişimin %8'ini açıklamaktadır. Standardize değerleri Şekil 10'da gösterilmektedir.

Şekil 10: İyimserlik, Problem Odaklı Baş Etme Stratejileri Ve Travma Sonrası Gelişim İçin Yol Analizi



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı miyokard infarktüsü geçiren bireylerde Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenleri (iyimserlik, kontrol, benlik saygısı) ile sağlığa ilişkin olumsuz inançlar ve baş etme stratejilerinin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkisini incelemektir. Literatürde sağlığa ilişkin inançlar ve baş etme stratejilerinin hem psikolojik sıkıntılar hem de travma sonrası gelişim üzerinde etkisi olması nedeniyle bu çalışmada sadece bilişsel adaptasyon kuramının değişkenleri değil bahsedilen değişkenler de modele eklenerek nasıl bir ilişki olduğunu incelemek amaçlanmıştır. Bu kısımda araştırmanın bulguları ilgili literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Bu bölümde öncelikle araştırmaya katılan hastaların profilini değerlendirmek amacıyla katılımcıların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili betimleyici bilgileri tartışılacaktır. Daha sonra bu bilgiler ile araştırmanın bağımlı değişkenleri olan depresyon, kaygı ve travma sonrası gelişim düzeylerine yer verilecektir. Son olarak araştırmanın hipotezleri çerçevesinde bağımsız değişkenler ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasındaki analiz sonuçlarına ve bu sonuçların ilgili literatür doğrultusunda tartışılmasına yer verilecektir.

4.1. Örneklemeye İlişkin Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Betimleyici İstatistikler

Araştırma örneklemine 122 erkek, 22 kadın oluşturmaktadır. Örneklemde cinsiyet dağılımı konusunda erkek katılımcıların neredeyse 6 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Dünyada ve Türkiye'deki araştırmalar incelendiğinde de MI geçirme oranının erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir araştırmada erkeklerin kadınlara kıyasla 3 kat daha fazla MI geçirdiği tespit edilmiştir

(Bhatnagar ve diğeri, 2015: 1182). Türkiye’de yapılan bir araştırmada 129 erkek ve 19 kadın MI hastası ile yapılmıştır. Bu araştırmada da erkek katılımcıların kadın katılımcılardan neredeyse 7 kat fazla olduğu görülmektedir (Senol-Durak ve Ayvasik, 2010: 150–158). Başka bir araştırma 16 kadın ve 62 erkek ile yürütülmüştür. Bu çalışmada da erkek sayısının kadın sayısından neredeyse 4 kat fazla olduğu belirlenmektedir (Dirik ve Şahin, 2008: 249-266). Literatürde yer alan MI tanısı olan kişiler ile yapılan araştırmaların bazılarının sadece erkek hastalar ile yürütüldüğü tespit edilmiştir (Lærum ve diğeri, 1988: 67; Scheier ve diğeri, 1989: 1024-1040; Agarwal ve diğeri, 1995: 125-130). 288 kişi ile yapılan bir çalışmada ise 233 kişinin erkek 55 kişinin ise kadın olduğu tespit edilmiştir (Hanssen, ve diğeri, 2009: 651-659). Bu bilgiler ve literatürde bu hastalık ile ilgili istatistikler erkeklerin kadınlardan daha fazla kalp ile ilgili sağlık sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Klinik örnekleme erkek hasta sayısının daha fazla olması ayrıca kadınların erkeklerden daha geç yaşta MI geçirmesi ve ölüm oranlarının daha yüksek olması ile de açıklanabilmektedir. Mevcut araştırmada MI hastası kadınların yaş ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 67.05 (Ranj 46-80) iken araştırmaya katılan erkek hastaların yaş ortalamasının 63.30 (Ranj 36-80) olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu bulgu ile benzer bulgular olduğu araştırmalar mevcuttur. Yapılan bir araştırmada MI geçirmiş olan kadınların yaş ortalaması 64.12 iken erkek hastaların yaş ortalamasının 59.46 olduğu belirlenmiştir (Moshki ve diğeri, 2015: 22395). Hastalığın kadınlarda hem daha az görülmesi hem de kadınların daha ileri yaşlarda MI geçirme sebebinin östrojen hormonu olduğu bulunmuştur. Kadınlar özellikle menopoza kadar östrojen nedeniyle daha az MI geçirmektedirler (Maas ve Appelman, 2010: 598).

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde % 84’ünün evli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerini ortaokul ve öncesi, lise ve lisans ve sonrası olmak üzere üçe ayırdığımızda % 52.2 katılımcının ortaokul ve öncesi, % 26.4’ünün lise ve % 21.3’ünün ise lisans ve daha üstü olduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler Hanssen ve arkadaşlarının (2009: 651-659) kalp krizi geçirmiş bireylerle yaptığı çalışmadaki bulgulara kısmen benzemektedir. Bahsedilen çalışmada katılımcıların % 79.2’sinin evli oldukları belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların % 33.1’i ortaokul ve öncesi, % 35.4’ü lise ve % 31.5’i lisans eğitimi almıştır. Katılımcıların %

76.4'ü çalışmamaktadır. Bu sonuç Türkiye'de yapılan başka bir çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bahsedilen çalışmada bireylerin % 79.8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir (Özer ve diğerleri, 2009: 559). Yine aynı çalışmada örneklemin MI geçirme oranları da birbirleri ile benzerlik göstermektedir. Mevcut araştırmada katılımcıların % 60.4'ünün bir kez % 22.9'unun 2 kez ve % 16.7'sinin 3 ve ya daha fazla MI geçirdiği belirlenmiştir. Bahsedilen araştırmada katılımcıların % 62.1'i bir kez, % 27.1'i iki kez ve % 10.9'u ise 3 kez MI geçirmiştir. Mevcut araştırmada katılımcıların gelir düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. 144 kişiden sadece 46 (% 31.9) kişinin gelir düzeyinin 4000 TL ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. 72 (% 50) kişinin yani örneklemin yarısının gelir düzeyinin asgari ücret veya asgari ücretin altında olduğu belirlenmiştir. Kısaca, bu çalışmanın örneklemini çoğunlukla çalışmayan, gelir düzeyi düşük ve düşük eğitim seviyesine sahip kişiler oluşturmaktadır.

4.2. Örneklem İlişkin Sosyo-Demografik Ve Hastalıkla İlgili Betimleyici İstatistikler İle Psikolojik Sıkıntılar

4.2.1. Depresyon

Araştırmada MI geçirmiş olan 144 kişinin ortalama depresyon puanı 5.98 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada MI geçiren bireylerin % 40'ının depresyon için belirlenen kesme puanı 7 ve üstünde kalarak yüksek düzeyde depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların büyük kısmının depresyon düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular literatürdeki bulgularla örtüşmemektedir. Literatürde MI geçirmiş olan bireylerin ciddi düzeyde depresif belirtiler yaşadıkları tespit edilmiştir (Özer ve diğerleri, 2009: 560, Lane ve diğerleri, 2001: 224; Dirik ve Şahin, 2008: 258). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde mevcut araştırma ile bulguların çelişmesinin birkaç açıklamasının olabileceği düşünülmektedir. Öncelikle bahsedilen iki çalışma da MI sebebi ile hastanede yatan bireylerle yapılmıştır. Mevcut araştırma ise kardiyoloji ve kalp-damar cerrahi polikliniklerine ayaktan muayene için gelen bireylerle yürütülmüştür. Yani araştırmanın örneklemini MI tanısından sonra hayatlarına

ilaç tedavisi ile devam eden ve kontrolleri için hastaneye gelen kişilerden oluşmaktadır. Örneklemenin kontrollerine gelen MI geçirmiş olan kişilerden oluşmasının önemli bir özelliği MI üzerinden belli bir sürenin geçmiş olmasıdır. Bu sürenin mevcut araştırmada literatürdeki diğer araştırmalardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Özer ve diğerleri, 2009: 560; Dirik ve Şahin, 2008: 258). Mevcut araştırmada MI üzerinden en az 3 ay geçmiş olması araştırmaya katılmak için bir kriter olarak belirlenmiştir fakat üzerinden geçen zaman için bir üst sınır belirlenmemiştir. Bu sebeple mevcut araştırmada MI üzerinden geçen ortalama süre yaklaşık 6.5 yıldır. Katılımcıların depresyon düzeylerinin düşük olmasının MI sonrası geçen sürenin uzun olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir izlem çalışmasında 913 anjina pectoris ve MI tanısı ile hastanede yatan kişilerden veri toplanmıştır. Daha sonra kişilerden 6 ay ve 1 yıl sonra iki farklı ölçüm daha alınmıştır. İlk ölçümde 277 kişinin yüksek düzeyde depresyon belirttiği tespit edilmiştir. Daha sonra 6. ayda alınan ölçümde bu sayı 131 kişiye ve 1. yıl sonunda alınan ölçümde 107 kişiye düşmüştür. Bu araştırma bulgularına göre kalp hastalığı olan kişilerin depresyon düzeylerinin zamanla azaldığı söylenebilir (Grace ve diğerleri, 2005: 52). Mevcut araştırmada MI üzerinden geçen sürenin ortalama 6.5 yıl olması MI geçiren kişilerde depresyon düzeylerinin düşük olmasına yol açmış olabilir. Ayrıca mevcut araştırmadaki katılımcıların durumları akut olmadığı için ve tedavilerine devam ettikleri için depresyon düzeylerinin literatürdeki bulgulardan düşük olduğu söylenebilir. Tedavilerine devam eden ve kontrollere gelen bireylerin gelmeyen bireylere göre hastalık hakkında daha bilgili ve iyilik hallerini korumaya yönelik davranma ihtimallerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu açıklamanın da bireylerin depresyon düzeylerinin neden düşük olduğunu açıklayabileceği düşünülmektedir. Yapılabilecek olan bir diğer açıklama ise bireylerin yaş ortalamalarının mevcut araştırmada daha yüksek olması ile ilgilidir. Özer ve diğerlerinin (2009: 559) yaptığı çalışmada yaş ortalaması 55.7 ve Dirik ve Şahin'in (2008: 254) yaptığı çalışmada yaş ortalamasının 55.31 olduğu tespit edilmiştir. Mevcut araştırmanın yaş ortalaması ise 63.88'dir. Genç yaştaki hastaların iş ve aile gibi sorumlulukları sebebiyle daha fazla stres altında oldukları gözlemlenmiştir. Mevcut araştırmada yaş ortalamasının daha yüksek olması bireylerin daha az sorumlulukla ve stresle karşı karşıya kaldığı durumların azalması ve bu durumun da bireylerin depresyon düzeylerinin düşük

olmasına yol açabilir. Bu açıklamaların yanı sıra yabancı literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde yatan hastalardan oluşmayan ve kardiyoloji polikliniğine başvuran koroner arter hastalığı tanısı olan bireylerde mevcut araştırmaya benzer bulgulara rastlanmıştır. 168 kişi ile yapılan araştırmada katılımcıların % 50'sinin depresyon seviyesinin düşük olduğu ve geriye kalan % 50'sinin ise orta ve ciddi düzeyde depresif belirtiler rapor ettiği tespit edilmiştir (Sharma Dhital ve diğerleri, 2018: 4). Bu bilgi mevcut araştırmada depresyon düzeylerinin düşük olma sebebinin katılımcıların ayaktan tedavi gören ve son MI geçirme tarihlerinin üzerinden de daha uzun süre geçmiş olması ile açıklanabilir.

Mevcut araştırmada MI geçiren kişilerde depresyon düzeyinin düşük olmasının katılımcıların çoğunluğunun fiziksel sağlığına dikkat eden ve gerekli önlemleri alan kişilerden oluşması ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Mevcut araştırmada katılımcıların sigara kullanma oranlarına bakıldığında 144 kişiden 31 kişinin hiç sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. 144 kişiden 89 kişinin ise daha önce sigara kullandığı ancak büyük çoğunluğunun MI geçirdikten sonra sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Katılımcılardan 24 kişi ise hala sigara kullanmaktadır. Yani katılımcıların büyük bir kısmı MI geçirdikten sonra sigara kullanmayı bırakmıştır. Ayrıca mevcut araştırmada 144 kişiden 120 kişinin ilaçlarını zamanında almaya özen gösterdiği, 88 kişinin sağlıklı beslenmeye nadiren veya daha fazla dikkat ettiği ve 54 kişinin haftada bir kez veya daha fazla egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. Bu bulgular incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun fiziksel sağlıklarını korumaya özen gösterdiği düşünülmektedir. Bu durumun da mevcut araştırmada depresyon düzeylerindeki düşüklüğü açıklayabileceği düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde MI geçiren kişilerde depresyon düzeyi psikiyatrik tanı öyküsünün olması ile ilişkili bulunmuştur. Yani kişinin daha önceden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmiş olması depresyon düzeyini arttırmaktadır (De Hert, 2018: 31-40). Mevcut araştırmanın örnekleminde daha önceden psikiyatrik tanı alan 12 kişi yer almaktadır. Araştırma örnekleminde geçmişte psikiyatrik tanı alan kişi sayısının az olmasının da depresyonun düşük olması ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada depresyon ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıķa depresyonlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bireylerin eğitimde geçirdikleri zaman arttıķa depresyonlarının azaldıkları tespit edilmiştir. Dirik ve şahin'in (2008: 259) yaptığı araştırmada da eğitim düzeyi ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Mevcut araştırmada gelir düzeyi ile depresyon arasında eğitim düzeyi ile benzer şekilde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bireylerin gelir düzeyi arttıķa depresyon düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcılarda çalışma durumunun depresyon ile ilişkisi incelendiğinde çalışmayan bireylerin depresyon düzeyinin çalışan bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma sonuçları  zer ve arkadaşlarının (2009: 560) yaptığı çalışmaya benzemektedir. Bahsedilen çalışmada gelir düzeyi ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin tam zamanlı, yarı zamanlı ve işsiz olma durumlarında işsiz olan bireylerin daha fazla depresif belirtiler yaşadıkları tespit edilmiştir. Bir başka araştırmada depresyon düzeyi yüksek bireylerin çoğunlukla işsiz bireylerden olduğu tespit edilmiştir (Lane ve diğerleri, 2001: 223). Bu bilgiler mevcut araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi kişilerin sahip oldukları kaynakların daha fazla olmasına bu nedenle de hastalıkları ile baş edebilmelerine ve daha düşük depresyon yaşamalarına yol açmış olabilir.

MI hastaları ile yapılan bu araştırmada MI geçirme sayısı ile bağımlı değişkenler arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak literatürde MI geçirme sayısı ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu tespit eden çalışma olduğu belirlenmiştir ( zer ve diğerleri, 2009: 560). Bu araştırmada depresyon ve MI sayısı arasında zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hangi grup arasında bir ilişki olup olmadığına bakıldığında ise sadece 1 kez MI geçiren kişilerde depresyonun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu farkı anlayabilmek için sosyo-demografik değişkenlere bakıldığında örneklemin sadece kişi sayısı bakımından farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Mevcut araştırmaya 144 kişi katılmıştır ve 144 kişinin 87 (% 60)'si sadece 1 kez MI geçirmiştir. Ancak  zer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya 506 katılımcı katılmıştır ve bu katılımcıların 314 (% 62.1)'  sadece 1 kez MI geçirmiştir. Ayrıca  zer ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 55.7'dir. Mevcut araştırmada ise yaş ortalaması 63.88'dir. Özer ve arkadaşlarının çalışmasında

bireylerin daha genç yaşta MI geçirdikleri bu bilgilere bakarak söylenilebilmektedir. Daha genç yaşta MI geçirmenin depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Smolderen ve diğerleri, 2015: 1-12). Bu sebeple mevcut araştırmada MI sayısı ile depresyon arasında bir ilişkinin olmamasının bu bilgi ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

4.2.2. Kaygı

Araştırmada MI geçirmiş olan 144 kişinin ortalama kaygı puanı 5.37 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada MI geçiren bireylerin % 19.4'ünün kaygı için belirlenen kesme puanı 10 ve üstünde kalarak yüksek düzeyde kaygı belirttikleri tespit edilmiştir. Bununla birlikte, örneklemin büyük çoğunluğunun kaygı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak literatürde kaygının MI tanısı alan bireylerde oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada 506 katılımcının tamamının klinik olarak şiddetli kaygı belirtileri rapor ettikleri tespit edilmiştir (Özer ve diğerleri, 2009: 560). Diğer bir araştırmada da 78 katılımcının % 83.4'ünün (56 kişi) klinik olarak ciddi düzeyde kaygı rapor ettikleri tespit edilmiştir. Bu araştırma sonuçları mevcut araştırma sonuçları ile uyuşmamaktadır. Bunun olası sebepleri de depresyon başlığı altında yazılan açıklamaların kaygı için de geçerli olabilir. Bu iki araştırmada katılımcıların yatan hastalardan oluşması kaygı seviyelerinin yüksek olmasının en önemli sebebi olduğu düşünülmektedir. Daha sonra yaş faktörü ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir araştırmada ayaktan tedavi gören hastalarda benzer kaygı düzeyi sonuçlarına ulaşılmıştır. 168 hastanın % 27.4'ünün kaygı için belirlenen kesme puanı olan 10 puanın üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir. Yani kardiyoloji polikliniğine ayaktan başvuru yapan hastaların kaygı seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Sharma Dhital ve diğerleri, 2018: 5). Bu durum literatürdeki araştırmaların çoğunluğunun yatan hasta popülasyonundan oluştuğu için mevcut araştırmanın kaygı düzeyi bulgularının literatürle çeliştiği söylenebilmektedir. Örneklem ayaktan tedavi gören hastalardan oluştuğunda yani mevcut araştırmanın örneklemine benzediğinde araştırma sonuçlarının mevcut araştırma sonuçlarına benzediği görülmektedir.

Mevcut araştırmadaki katılımcıların kaygı seviyelerinin düşük olması hastaların miyokard infarktüsü ile ilişkili hastalık algısıyla da ilişkilendirilebilir. Birçok kişi miyokard infarktüsünü ciddi bir hastalık olarak algılamadığını belirtmiştir. Ayrıca çevrelerinde birçok kişinin kalple ilgili bir probleminin olduğunu da belirtmişlerdir. Araştırma sırasında gözlemlendiği şekliyle hastaların birçoğunun kalp hastalığını tehlikeli olarak algılamadığını söylenebilir. Ancak bunun yanında hastaların çoğunluğu sigarayı MI sonrası bıraktığını belirtmiştir. Ayrıca fiziksel egzersiz yapan ve beslenmesine dikkat eden kişiler de örnekleme yer almaktadır. Bu durumda kişilerin hastalığa uyum gösterdiği yani hastalığı ciddiye aldıkları ancak gerekli tedbirleri aldıkları için kaygı seviyelerinin düşük olduğu da söylenebilir.

Literatürde yapılan çalışmalarda kaygı düzeyi kardiyak komplikasyonlarla ilişkili bulunmuştur (Huffman ve diğerleri, 2008: 557–563). Yani kaygı düzeyi yüksek olan bireyler daha fazla kardiyak komplikasyon yaşamaktadır. Bu durumda kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin daha fazla komplikasyon yaşadığı için yaşama sürelerinin daha kısa olabileceği düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle kaygı düzeyleri daha düşük olanlar daha uzun yıllar yaşadığı için mevcut araştırmadaki örneklemin çoğunluğunu kaygı düzeyi daha düşük olan bireyler oluşturmuş olabilir. Bu durumun da mevcut araştırmadaki kaygı düzeyinin düşüklüğüyle ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Kaygı düzeyinin düşük olmasının ayrıca mevcut araştırma örnekleminin çoğunlukla erkeklerden ve evli kişilerden oluşması ile de açıklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde MI geçiren kadınlarda kaygı seviyesinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşan birçok araştırma vardır (Serpytis ve diğerleri, 2018: 676-683; AbuRuz ve diğerleri, 2017: 538–543; Moser, 2007: 361-369; Kim ve diğerleri, 2000: 245-253). Mevcut araştırma çoğunlukla erkek katılımcılardan oluştuğu için kaygı seviyesinin düşük olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca medeni durum ile kaygı arasındaki ilişki incelendiğinde bir araştırmada MI geçiren bireylerde evli bireylerin bekar, hiç evlenmemiş, boşanmış ya da ayrılmış bireylerden daha düşük düzeyde kaygı yaşadığı tespit edilmiştir (An, 2002: 999-1008). Mevcut araştırma örnekleminin çoğunlukla evli bireylerden oluştuğu düşünüldüğünde kaygı seviyesinin düşük olması literatürle benzerlik göstermektedir.

MI geçiren bireylerde kaygı düzeyleri ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Kaygı ile sadece 2 değişkenin ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu değişkenler eğitim düzeyi ve gelir düzeyidir. Bu iki değişkenin kaygı ile negatif yönde bir ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yani bireylerin eğitim aldıkları yıl arttıkça kaygıları düşmektedir. Bu bilgi literatürdeki birçok araştırma tarafından desteklenmektedir (Moser ve diğerleri, 2010: 378-385; Hosseini ve diğerleri, 2014: 370-377; Lane ve diğerleri, 2002: 11-21). Gelir düzeyleri yükseldikçe de hastaların kaygılarının düştüğü tespit edilmiştir. Birçok araştırmada bireylere eğitim düzeyinin ve çalışıp çalışmama durumunun sorulduğu ancak gelir düzeyinin sorulmadığı tespit edilmiştir (Huffman ve diğerleri, 2008: 560; Lane ve diğerleri, 2002: 15; Larsen ve diğerleri, 2014: 741). Bu sebeple literatürde kaygı ile gelir düzeyi arasında ilişki olup olmadığına veya yönüne dair bir bilgi elde edilememiştir. Ancak düşük eğitim düzeyinde olan bireyler genellikle düşük sosyoekonomik düzeyde oldukları için eğitim ile gelir düzeyindeki bulguların paralel olduğu düşünülmektedir.

Hastalık değişkenleri ile kaygı arasındaki değişkenler incelendiğinde sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini belirten hastalarda kaygının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde egzersiz yaptığını belirten bireylerde de kaygının azaldığı belirlenmiştir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında kaygı ile egzersiz tabanlı kardiyak rehabilitasyon programı arasındaki ilişkiyi inceleyen 8 araştırma incelenmiştir. Toplamda 739 katılımcıdan oluşan araştırmalarda egzersiz tabanlı kardiyak rehabilitasyon programının hastalardaki kaygıyı azalttığı tespit edilmiştir (Zheng ve diğerleri, 2018: 3). Yapılan bir araştırmada kardiyovasküler hastalığı olan erkeklerde sağlıklı olmayan beslenmenin depresyon ve kaygı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Bonnet ve diğerleri, 2005: 342). Bahsedilen araştırmalardaki bulguların güncel araştırma bulgularını desteklediği söylenebilmektedir. Sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma kişilerinin daha sağlıklı olmasına yol açan davranışlardır. Bu toplumdaki pek çok kişi tarafından bilinen bir bilgidir. Bu nedenle örnekleme beslenmesine dikkat ettiğini ve egzersiz yaptığını belirten kişilerin hem daha sağlıklı olmaları daha olasıdır hem de sağlık davranışlarına uyduklarını düşünmeleri nedeniyle daha az kaygı rapor etmeleri daha büyük bir olasılıktır.

4.3. Örnekleme İlişkin Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Betimleyici İstatistikler ile Travma Sonrası Gelişim

Mevcut araştırma bulgularında travma sonrası gelişim ile yaş ve çocuk sayısı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu değişkenler dışında TSG toplam puanı sosyo-demografik ya da hastalık değişkenlerinden hiçbiri ile ilişkili bulunmamıştır.

Mevcut araştırmada katılımcıların travma sonrası gelişim toplam puanından aldıkları ortalama puan 29.77 olarak belirlenmiştir. Türkiye’de MI geçirmiş olan 151 kişi ile yapılan bir çalışmada bireylerin travma sonrası gelişim toplam puan ortalamalarının 57.64 olduğu tespit edilmiştir (Şenol-Durak, 2007: 73). Başka bir araştırmada ise 82 koroner arter bypass sonrası rehabilitasyonda olan kişilerin travma sonrası gelişim puan ortalamalarının 41.3 olduğu belirlenmiştir (Bluvstein ve diğerleri, 2013: 168). Bir diğer araştırma ise MI geçirmiş olan 86 kişi ile yürütülmüş ve travma sonrası gelişim toplam puan ortalamasının 61.54 olduğu belirlenmiştir (Ogińska-Bulik, 2014: 109). Bu bilgiler doğrultusunda mevcut araştırmadaki bulguların literatüre benzemediği tespit edilmiştir. Yani mevcut araştırmadaki katılımcıların travma sonrası gelişim puanlarının literatürdeki araştırmaların bulgularından çok daha düşük olduğu belirlenmiştir. Mevcut araştırma örnekleminin diğer araştırma örneklemi ile kıyaslandığında daha az travma sonrası gelişim yaşadığını belirttiği söylenebilmektedir. Bu durumun bireysel farklılıklardan olabileceği düşünülmektedir. Bireylerin hayatlarında çocuk kaybı, iflas, maddi problemler, boşanma, eş kaybı gibi birçok başka travmatik yaşantıların olduğu ve bu yaşantıların katılımcıları miyokard infarktüsünden daha fazla etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca mevcut araştırmada 3 ay ve daha öncesi MI geçirme şartı varken ilk MI tanısı aldıkları zamanla ilgili bir kısıtlama getirilmemiştir. Araştırma örnekleminin % 21’i (30 kişi) MI tanısını bir yıl içinde alırken % 27’sinin (39 kişi) 1-5 yıl içinde aldığını ve % 52’sinin (75 kişi) MI tanısını 6 yıl ve daha önce aldığı bilinmektedir. Bu durumda bireylerin hastalıkları üzerinden geçen zamanın artması ve bu zaman aralığında hayatlarını derinden etkileyebilecek başka yaşantıların olması ihtimali artmaktadır. Literatürde travma sonrası gelişim puanlarının kalp hastalığı olan bireylerde yüksek çıktığı araştırmalara

bakıldığında Bluvstein ve arkadaşlarının (2012: 164-172) ve Ogińska-Bulik'in (2014: 105-114) yaptığı çalışmaların MI geçirip hastanede yatışı olan veya maksimum MI süresinden 12 hafta geçmiş kişilerle gerçekleştiği görülmüştür. Bu durumda travmatik yaşantının üzerinden geçen zamanının artmasının travma sonrası gelişim puanlarının düşmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin kalp hastalıklarını ciddi bir hastalık (ölümcül) olarak değerlendirip değerlendirmemelerinin de travma sonrası gelişimi etkileyebileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmanın katılımcılarından veri toplanırken birçok kişinin bu hastalığı ciddi bir hastalık olarak görmediği ve birçok kişinin çevresinde de kalp ile ilgili sağlık problemi olan birey olduğu gözlemlenmiştir. Bu hastalığın yaygın olması ve ilaç kullanımı, anjiyo, bypass, stent gibi tedavi yolları ile gelişen teknoloji yardımıyla genellikle hastalığın seyrinin kötüye gitmediği gözlemlenmiştir. Bütün bu durumlar aslında ölümcül sonuçları olabilecek bir hastalığın normalleşmesine ve hastalar tarafından ciddi bir yaşam olayı olarak görülmemesine sebebiyet vermiş olabilir. Bu durumun da bireylerdeki TSG toplam puanındaki düşüklüğü açıklayabileceği düşünülmektedir.

Yaş arttıkça travma sonrası gelişimin MI geçiren bireylerde azaldığı tespit edilmiştir. Araştırmada genç yaşta MI geçiren bireylerin çalışamama, fiziksel hareketi kısıtlama, maddi zorluklar gibi birçok zorluk ile karşılaştığı gözlemlenmiştir. Bu sebeple genç yaşta MI geçiren bireylerde MI'nın olumsuz sonuçlarının daha şiddetli olduğu düşünülmektedir. Araştırma esnasında yaşlı bireylerin ölümden korkmuyorum, hatta artık ölsem daha iyi olur, çocuklarımı büyüttüm, hayatta bir amacım kalmadı gibi ifadelerine rastlanılmıştır. Bu durumda yine MI gibi ölümcül bir hastalığı önemsemedikleri düşünülmektedir. Tedeschi ve Calhoun'un işlevsel betimsel modelinde travmatik yaşantının bireyi derinden etkilemesinin travma sonrası gelişim için önemli olduğu belirtilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004: 1-18). Yaşça büyük olan bireylerde MI'nın hayatları üzerinde böyle bir etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir. Bu sebeple genç bireylerde daha fazla travma sonrası gelişim olmasının şaşırtıcı bir sonuç olmadığı düşünülmektedir.

Çocuk sayısı arttıkça travma sonrası gelişimin MI geçiren bireylerde azaldığı belirlenmiştir. Araştırmada çocuk sayısı 4 ve üzerinde olan 27 birey vardır. Bu bireylerin sadece 2 tanesinin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısı fazla olan bireylerin çoğunlukla ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda

çocuk sayısı fazla olan bireylerin çoğunlukla daha düşük gelire çalıştıkları ve maddi zorluklar yaşadıkları düşünülmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sadece düşük maaşla değil fiziksel güç gerektiren ve zorlu işlerde de çalıştığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların çiftçilik, madencilik, marangozluk, demir döküm ustalığı, inşaat ustası gibi işler yaptığı tespit edilmiştir. Yani eğitim düzeyi düşük olan bireylerin hayatlarının eğitim düzeyi yüksek olan bireylere oranla sadece ekonomik gelir açısından değil fiziksel sağlıkları açısından da daha zorlayıcı olduğu tespit edilmiştir. Bu tür yaşamsal zorluklarla aşırı meşgul olmaları nedeniyle yaşamın anlamını daha az sorgulama fırsatına sahip olabilirler (Maslow, 1943). Bu durum da bireylerde daha az travma sonrası gelişim yaşanmasına sebebiyet vermiş olabilir.

4.4. Bağımlı Değişkenler İle Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

4.4.1. MI Tanısı Alan Kişilerde Depresyonun Yordayıcıları

Araştırmada öncelikle BAK değişkenleri ile depresyon arasındaki ilişki daha sonra bu ilişkide baş etme stratejilerinin etkisinin olup olmadığı ve son olarak sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların BAK değişkenleri, baş etme stratejileri ve depresyon arasındaki ilişki üzerindeki etkilerini incelemek için analizler yapılmıştır. Bu analizler doğrultusunda araştırmanın BAK değişkenleri, baş etme stratejileri, sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ve depresyon arasındaki ilişkiye yönelik hipotezlerin kısmi olarak doğrulandığı tespit edilmiştir. Öncelikle BAK ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu ilişkide BAK değişkenlerinden benlik saygısı ve iyimserlik ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani bireylerde benlik saygısı ve iyimserlik düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde kardiyoloji polikliniğine başvuran 168 koroner arter hastası ile bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda yüksek düzeyde benlik saygısının düşük düzeyde depresyon ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Sharma Dhital ve diğerleri, 2018: 5). İyimserlik ile yapılan bir çalışmada da mevcut bulgular ile benzer olarak

iyimserliğin depresyon düzeyindeki azalmayla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Millstein ve diğerleri, 2016: 17-22). Kısaca literatürde de kalp hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda benlik saygısı ve iyimserlik arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü sonucuna varan araştırmalar mevcuttur. Bu sonuçlar incelendiğinde BAK kısmen desteklenmiştir. Yani birey bir sağlık sorunu yaşadığında benlik saygısını ve iyimserliğini arttırarak hastalığa uyum sağlamaya çalışmaktadır. Mevcut araştırmada katılımcıların benlik saygısı ve iyimserlik düzeylerinin yüksek olduğu ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda MI geçiren kişilerin hastalığa uyum sağladıkları söylenebilir.

Mevcut araştırmada depresyon ile iç sağlık kontrol odağı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken yol analizlerinde iç sağlık kontrol odağı ile depresyonun ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgunun literatürle çeliştiği görülmektedir. Blair ve diğerlerinin (1999: 142) yaptığı bir çalışmada MI sonrası rehabilitasyon programının başında, sonunda ve program bittikten kısa bir süre sonra olmak üzere 3 ölçüm alınmıştır. Bu ölçümlerde rehabilitasyon programının sonunda ve programdan kısa bir süre sonra alınan ölçümlerde iç kontrol odağı ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Yani bireylerin iç kontrol odağı arttıkça depresyonlarının düştüğü tespit edilmiştir. Mevcut araştırmanın hipotezi de bu yöndeyken analiz sonucunda iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Ancak bahsedilen araştırmanın mevcut araştırmaya benzer bir yanı olduğu düşünülmektedir. Bahsedilen araştırmada bireylerden kardiyak rehabilitasyon öncesinde alınan ölçümlerde iç kontrol odağı ile depresyon arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Rehabilitasyon programından sonra yapılan 2 ölçümde de depresyon ile iç kontrol odağının ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum bizim araştırmamızdan bahsedilen araştırmayı ayıran önemli bir farktır. Bu koşulda iç kontrol odağı ile depresyon arasındaki ilişkinin MI ile ilgili değil kardiyak rehabilitasyon programı ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Alınan ilk ölçümün mevcut araştırmaya daha çok benzediği düşünülerek ilk ölçümdeki depresyon ve iç kontrol odağı puanları ile mevcut araştırmadaki depresyon ve iç sağlık kontrol odağı puanları incelenmiştir. Mevcut araştırmada depresyon puan ortalaması 5.98 iken iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması 29.03'tür. Bahsedilen araştırmada da ilk ölçümde hastaların depresyon puan ortalaması 4.34 iken iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması

25.4'tür. İki araştırmada da depresyon puan ortalamasının depresyon kesme puanının altında olduğu ve iki araştırmada da iç sağlık kontrol odağı puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. Son olarak iki araştırmada da MI sonrası alınan ölçümlerde depresyon ve iç sağlık kontrol odağı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Vögele ve diğerlerinin (2012: 1-6) yaptığı çalışmada iç kontrol odağı ile depresyon arasında MI geçiren kişilerde MI sonrası 6-8 hafta ve 6 ay sonra alınan ölçümlerde negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma ile mevcut araştırma arasındaki farklılıklar incelendiğinde bahsedilen araştırmasının sadece 1 kez MI geçiren kişilerden oluştuğu ve MI'dan sonra ölçümlerin çok kısa süre içerisinde alındığı belirtilmiştir. Mevcut araştırmada iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasındaki ilişkinin anlamsız olmasının olası nedenlerinden birinin MI geçirme sayısı olabileceği düşünülmüştür. Araştırmada 87 kişi 1 kez MI geçirmişken 57 kişi 2 veya daha fazla kez MI geçirmiştir. İç sağlık kontrol odağı alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36'dır. Sadece bir kez MI geçiren kişilerin iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması 29.24, depresyon puan ortalaması 5.35'tir. İki veya daha fazla MI geçiren kişilerin iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması 28.70, depresyon puan ortalaması 6.95'tir. Bu bilgilere bakarak iç sağlık kontrol odağı puanlarının iki veya daha fazla MI geçiren kişilerde çok az bir farkla daha düşük olduğu ve depresyon puanlarının diğer bireylerden daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Özetle iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında bir ilişki olmamasının sebebinin örneklemdeki MI geçirme sayısının kontrol değişkeni olarak alınmamasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Araştırma sadece 1 kez MI geçiren kişilerle yürütülseydi iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasındaki ilişkinin literatürle benzer olacağı düşünülmektedir.

Bireyler hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olduklarına dair olumlu bilişlere sahip olursa bu durum bireyleri strese karşı daha savunmasız yapmaktadır (Taylor ve Armor, 1996). Yani bireyler hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olduklarını düşündüklerinde kaygıları, stresleri azalmaktadır. Ancak hastalık üzerinde kontrol sahibi olduklarını düşünmeleri hastalığın nüksünde bireyleri normalden daha olumsuz etkilemektedir. Çünkü hastalık üzerinde kontrol sahibi olduklarını düşünmeleri onları olumsuz sonuçlara karşı savunmasız kılmaktadır. Özetle nüks olan bireylerde daha düşük iç sağlık kontrol odağı ve daha yüksek depresyon düzeyi gözlemlenebileceği

düşünülmektedir. Mevcut araştırmada da hastalık değişkeni ile ilgili MI sayısı kontrol edilseydi ve araştırma daha çok katılımcı ile yürütülseydi literatürle benzer sonuçların çıkabileceği düşünülmektedir.

Analizlerde benlik saygısı, iyimserlik ve iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sebeple analizlere iç sağlık kontrol odağı çıkarılarak devam edilmiştir. Benlik saygısı ve iyimserliğin depresyon ile ilişkisinde baş etme stratejilerinin etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yol analizi yapılmıştır. Analizin sonucunda benlik saygısının hem doğrudan hem de işlevsel olmayan baş etme üzerinden depresyonu etkilediği belirlenmiştir. Baş etme stratejileri modele eklendiğinde iyimserliğin doğrudan etkisi ortadan kalkmış ve duygu odaklı baş etme stratejisi üzerinden depresyonu etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca problem odaklı baş etme stratejileri ile depresyon arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular ile benzer sonuçlar literatürde gözlemlenmiştir. Bir araştırma parkinson hastaları ile Anzaldi ve Shfren (2019: 231-249) tarafından yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonucunda da duygu odaklı baş etme ile iyimserlik arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani daha iyimser olan bireylerin daha çok duygu odaklı baş etme stratejisi kullandığı tespit edilmiştir. Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada da iyimserlik ile duygu odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Billingsley ve diğerleri, 1993: 91-97). Mevcut araştırmada iyimserlik ile duygu odaklı baş etme stratejileri ile pozitif yönde bir ilişki tespit edilirken problem odaklı baş etme ile bir ilişki tespit edilememiştir. Bu durum literatür bilgisi ile çelişmektedir. Problem odaklı baş etme stratejileri ile iyimserlik arasındaki ilişki birçok araştırma tarafından tespit edilmiştir (Anzaldi ve Shifren, 2019: 231-249; Billingsley ve diğerleri, 1993: 91-97; Büyükaşık-Çolak ve diğerleri, 2012: 471). Mevcut araştırma ile literatür arasındaki bu çelişkinin sebeplerinden birinin katılımcı sayısı olabileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırmada korelasyon analizlerinde iyimserlik ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak yol analizlerinde bu ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Katılımcı sayısı arttıkça problem odaklı baş etme ile iyimserlik arasındaki ilişkinin daha belirgin olabileceği düşünülmektedir. Bu çelişkili bulgu için bir diğer açıklama katılımcıların yaşları olabilir. Yaş ile baş etme stratejileri

arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan bir araştırmada yaş arttıkça bireylerde problem odaklı baş etme stratejilerinin kullanımının azaldığı tespit edilmiştir (Chen ve diğerleri, 2017: 347–363). Mevcut araştırmada da bireylerin yaş ortalaması 63.88’dir. Bu sebeple iyimserlik ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş olabilir.

Mevcut araştırmada benlik saygısının işlevsel olmayan baş etme ve problem odaklı baş etme ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Benlik saygısı yüksek olan bireylerin daha fazla problem odaklı baş etme stratejisi kullandığı ve benlik saygısı düşük olan bireylerin ise daha fazla işlevsel olmayan baş etme stratejileri kullandığı belirlenmiştir. Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Benlik saygısı ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda da ilişki bulunmuştur (O’Brien, 1993: 54; Salehi ve Rezaei, 2016: 1; Joaquín-Mingorance ve diğerleri, 2019: 188-194). O’Brien (1993: 54) 101 MS hastası ile yaptığı çalışmasında bireylerin en fazla problem odaklı baş etme stratejilerini kullandığı ve problem odaklı baş etme ile benlik saygısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kanseri hastası kadınlarla yapılan başka bir çalışmada yüksek benlik saygısına sahip kadınların daha fazla aktif baş etme, planlama (problem odaklı baş etme stratejileri), olumlu yönde yeniden yorumlama, kabul etme, duygusal sosyal destek arama (duygu odaklı baş etme stratejileri) baş etme stratejilerini kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca düşük benlik saygısı olan bireylerin araştırmada inkar, davranışsal uzaklaşma, kendini suçlama (işlevsel olmayan baş etme stratejileri) baş etme stratejileri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Joaquín-Mingorance ve diğerleri, 2019: 191). Bahsedilen araştırma sonuçlarının mevcut araştırma sonuçlarına benzediği görülmektedir.

Mevcut araştırmada depresyon ile duygu odaklı baş etme stratejileri ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. MI geçiren bireylerde duygu odaklı baş etme stratejisi kullanıldığında depresyonun azaldığı işlevsel olmayan baş etme stratejisi kullanıldığında depresyonun arttığı belirlenmiştir. Carver ve diğerlerinin (1993: 375) meme kanseri tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmasında da duygu odaklı baş etme stratejileri ile psikolojik sıkıntı arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Yani bireylerin duygu odaklı baş etme stratejilerini kullandıkça psikolojik sıkıntı düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Bu bulgu mevcut araştırma ile benzerlik göstermektedir. Shen ve diğerlerinin (2006: 8) yaptığı

çalışmada da koroner arter hastası olan bireylerde işlevsel olmayan baş etme stratejileri arttıkça depresyonun arttığı tespit edilmiştir. Yine bu bulgunun da mevcut araştırma ile desteklendiği tespit edilmiştir.

Depresyon ile ilgili son olarak sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlarla ilişkili bulgulara değinilecektir. Benlik saygısı ve iyimserlik ile depresyon arasındaki ilişkide baş etme stratejilerinin rolü incelendikten sonra modele sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar eklenmiştir. Bunun sonucunda analiz sonuçlarında benlik saygısı ve iyimserliğin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yani bireylerde benlik saygısı ve iyimserlik arttıkça sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar azalmaktadır. Sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ve depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Özetle benlik saygısı ve iyimserlik bireylerde sağlığa yönelik olumsuz inançların azalmasına ve bu inançların azalması da bireylerde depresyonun düşmesine sebep olmaktadır. Bu bulguların literatürle desteklendiği belirlenmiştir. Yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşayan bireylerin depresyon düzeylerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir (Uçar ve diğerleri, 2015: 679; Kirby ve Yardley, 2009: 324; Kehler ve Hadjistavropoulos, 2008: 155). Bu bulguların yanı sıra benlik saygısı ve iyimserlik arttıkça sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların azalması BAK ile tutarlı görünmektedir. BAK, bireylerin benlik saygılarını arttırarak ve geleceğe yönelik olumlu bakış açısı geliştirerek hastalığa uyum sağladıklarını öne sürmektedir (Taylor, 1983: 1162). Bu bilgilerle benlik saygısı yüksek olan ve geleceğe yönelik olumlu bakış açısına sahip olan bireylerin sağlıklarına ilişkin olumsuz inançlarının daha az olması beklenen bir durumdur. Özetle mevcut araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

4.4.2. MI Tanısı Alan Kişilerde Kaygının Yordayıcıları

Araştırmada öncelikle BAK ile kaygı arasındaki ilişki daha sonra bu ilişkide baş etme stratejilerinin etkisinin olup olmadığı ve son olarak sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların BAK değişkenleri, baş etme stratejileri ve kaygı arasındaki ilişki üzerindeki etkilerini incelemek için analizler yapılmıştır. Bu analizler doğrultusunda

araştırmanın BAK değişkenleri, baş etme stratejileri, sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ve kaygı arasındaki ilişkiye yönelik hipotezlerin kısmi olarak doğrulandığı tespit edilmiştir. Öncelikle BAK değişkenleri ile kaygı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu ilişkide BAK değişkenlerinden benlik saygısı ve iyimserlik ile kaygı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani bireylerde benlik saygısı ve iyimserlik düzeyi arttıkça kaygı düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir (Millstein ve diğerleri, 2016: 17-22; Sharma Dhital ve diğerleri, 2018: 5). Sharma Dhital ve arkadaşlarının (2018: 1) yaptığı araştırmada depresyon ile benzer şekilde kaygı ile benlik saygısının ilişkili olduğu bulunmuştur. Kardiyoloji polikliniğine başvuran koroner kalp hastası bireylerde benlik saygısı arttıkça kaygı düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. Millstein ve arkadaşlarının (2016: 17) MI'dan 2 hafta sonra ve 6 ay sonra görüşülen 156 hasta ile yaptığı araştırmada iki ölçümde de iyimserlik ile kaygı arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Yani MI geçiren bireylerde iyimserlik arttıkça kaygı azalmaktadır. Bu bulgu mevcut araştırma bulgusunu desteklemektedir. Ayrıca bu bulgu BAK'nın bireylerin geleceğe yönelik iyimser bakış açısı geliştirmesi ve bu şekilde hastalığa uyumu arttırmasına yönelik bilginin varlığını desteklemektedir.

Mevcut araştırmada iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak BAK'na göre iç kontrol odağı yüksek olan bireylerin hastalığa uyumlarının daha yüksek olması beklenmektedir (Taylor, 1983: 1163). Hastalığa uyumu yüksek olan bireylerde de kaygının daha düşük olması beklenmektedir. Blair ve diğerlerinin (1999: 142) yaptığı çalışmada MI sonrası rehabilitasyon programının başında, sonunda ve program bittikten kısa bir süre sonra olmak üzere 3 ölçüm alınmıştır. Bu ölçümlerde rehabilitasyon programının sonunda ve programdan kısa bir süre sonra alınan ölçümlerde iç kontrol odağı ile kaygı arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca bahsedilen araştırmada katılımcılar yüksek kaygı düzeyi ve düşük kaygı düzeyi olarak ikiye ayrılmıştır. Kaygı seviyesi düşük olan bireylerde iç kontrol odağı seviyesinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumda depresyona benzer şekilde ilk ölçümde yani rehabilitasyon programı öncesi alınan ölçümlerde anksiyete ve iç kontrol odağı arasında bir ilişki bulunamaması ve rehabilitasyondan sonraki iki ölçümde iç kontrol odağı ile kaygı arasında bir ilişki bulunmasının rehabilitasyon programı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırmaya

daha çok benzediği için bahsedilen araştırmada alınan ilk ölçümlerle mevcut araştırmadaki ölçümler karşılaştırılmıştır. MI sonrası alınan ölçümlerde bireylerdeki kaygı düzeyi ortalaması 7.47 iken iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması 25.4 olarak belirlenmiştir. Mevcut araştırmada da bireylerin kaygı düzeyi ortalaması 5.37 iken iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması ise 29.03'tür. Bu bulgular doğrultusunda bahsedilen araştırmada kaygı düzeyinin daha yüksek, iç sağlık kontrol odağı puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak yine de sonuçların birbirine benzediği görülmektedir. Son olarak iki araştırmada da hastalarda MI sonrası iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Analizlerde BAK ile kaygı arasındaki ilişki incelendikten sonra iç sağlık kontrol odağı kaygı ile ilişkili bulunmadığı için analizden çıkarılarak bir sonraki analize devam edilmiştir. Benlik saygısı ve iyimserlik ile kaygı arasındaki ilişkide baş etme stratejilerinin etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Analiz sonucunda iyimserliğin duygu odaklı baş etme stratejileri ve benlik saygısının işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile kaygıyı dolaylı olarak etkilediği belirlenmiştir. Benlik saygısı ile problem odaklı baş etme stratejisi arasında bir ilişki olduğu belirlenmiş ancak problem odaklı baş etme ile kaygı arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

Mevcut araştırmada kaygı ile duygu odaklı baş etme stratejileri arasında negatif ve kaygı ile işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Eisenberg ve arkadaşlarının (2012: 253) kalp yetmezliği hastaları ile yaptığı araştırmada kaygının ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin zayıf fiziksel işlevsellikle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu araştırmada kaygı ile işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmanın sonucunda kaygı ile işlevsel olmayan baş etme stratejileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kaygı ile zayıf fiziksel işlevsellik arasındaki ilişkinin işlevsel olmayan baş etme stratejilerini kullanan hastalarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler mevcut araştırma ile örtüşmektedir. Mevcut araştırmada da işlevsel olmayan baş etme stratejileri arttıkça kaygının arttığı tespit edilmiştir. Tuncay ve arkadaşları (2008: 7) Tip 1 ve ya Tip 2 diyabet hastalarından oluşan 161 hasta ile bir çalışma yapmışlardır. Yapılan araştırmada kabul etme, dini baş etme, olumlu yönde yeniden yorumlama ve duygusal sosyal destek arama (duygu odaklı baş etme stratejileri) baş etme stratejilerini kullanan hastalarının kaygı düzeylerinin daha düşük

olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda kaygının duyguları açığa vurma ve dikkatini dağıtma (işlevsel olmayan baş etme stratejileri) ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bahsedilen araştırma bulgularının mevcut araştırma bulgularını desteklediği tespit edilmiştir. Yani duygu odaklı baş etme ile pozitif yönde, işlevsel olmayan baş etme ile negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Mevcut araştırmada problem odaklı baş etme ile kaygı arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu sebeple literatürde problem odaklı baş etme ile kaygı arasındaki ilişkiye bakılan araştırmalar incelenmiştir. Bir araştırmada da Ben-Zur ve arkadaşları (2000: 201) koroner arter bypass ameliyatı olan 171 hasta ile bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmada da problem odaklı baş etme ile psikolojik sıkıntı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Yapılan bir başka araştırmada da ilk MI'larından sonra 128 hasta ile görüşülmüştür. Hastanedeyken, 2 ay sonra ve 6 ay sonra olmak üzere hastalardan 3 ayrı zamanda ölçüm alınmıştır. Bu ölçümlerde 3 farklı zamanda da kaygı ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Lowe ve diğerleri, 2000: 343). Yani literatürde miyokard infarktüsü geçiren veya koroner arter bypass ameliyatı olan bireylerle yapılan araştırmalarda mevcut araştırma bulgusuna benzer şekilde kaygı ile problem odaklı baş etme arasında bir ilişki olmadığı söylenebilmektedir.

Son analiz benlik saygısı, iyimserlik, baş etme stratejileri ve kaygı arasındaki ilişkide sağlık bilişlerinin etkisinin olup olmadığını belirlemek için yapılmıştır. Analiz sonucunda benlik saygısı ve iyimserliğin sağlık kaygısını negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Yani benlik saygısı ve iyimserlik azaldıkça sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar atmaktadır. Sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlardaki bu artışında MI geçiren bireylerde kaygıyı arttırdığı tespit edilmiştir. Özetle, sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar doğrudan bireylerdeki kaygı düzeyinin artmasına sebep olmaktadır. Çünkü tıbbi hizmetlerin yetersiz olduğunu, hastalıkla baş edemeyeceğini, hastalığın kötüye gideceğini ve başka hastalıklar yaşama ihtimalinin de olduğunu düşünmek düşünmek kaygıyı artırıcı faktörlerdir.

Yapılan bir araştırmada da kardiyoloji bölümünde bireylerin % 19.1'inin sağlık kaygısı olduğu belirlenmiştir (Bleichhardt ve Hiller, 2007: 511). Mevcut araştırmada da Sağlık Bilişleri Anketi ile alınan ölçümlerde alınabilecek en yüksek puan 100 iken

MI geçiren bireylerde sağlık Sağlık Bilişleri Anketi'nden alınan ortalama puanın 49.39 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 73 kişinin de ortalamadan yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Bu bilgilere dayanarak MI geçiren bireylerde sağlığa yönelik işlevsel olmayan inançların yaygın olduğu söylenebilmektedir. Şiddetli sağlık kaygısının bilişsel modelinde sağlık kaygısının duygusal sonuçlarından biri kaygıdır (Warwick ve Salkovskis 1990: 110). Mevcut araştırmada da bu bulgu desteklenmiştir. MS hastaları ile yapılan bir çalışmada da sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin daha fazla kaygı belirttiği tespit edilmiştir (Kehler ve Hadjistavropoulos, 2008: 150). Diyabet hastaları ile yapılan bir başka çalışmada da sağlık kaygısı ile sürekli kaygı düzeyi arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Janzen Claude ve diğerleri, 2013: 312-322). Özetle literatür bulgularında mevcut araştırma bulgusuna benzer bulgular tespit edilmiştir.

Mevcut araştırmada benlik saygısı ve iyimserlik ile sağlığa ilişkin olumsuz inançlar arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani benlik saygısı ve iyimserlik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Literatürde benlik saygısı, iyimserlik kavramları ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır ancak bu durum BAK çerçevesinde incelendiğinde araştırma bulgularının kuramı desteklediği düşünülmektedir. BAK bireylerin kendilerine bilişsel illüzyonlar yaratarak hastalığa uyum sağlama çalıştıklarını savunmaktadır. Bu bilişsel illüzyonlar benlik saygısı artırma ve geleceğe yönelik gerçekçi olmayan iyimser bakış açısını içermektedir. Bireylerin hastalıkla bu bilişsel illüzyonlarla baş ettiği düşünüldüğünde sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların benlik saygısı ve iyimserlik düzeyi yüksek olan bireylerde daha düşük olması beklenmektedir. Mevcut araştırma da bu düşünceyi destekler bulgular sunmuştur.

4.4.3. MI Tanısı Alan Kişilerde Travma Sonrası Gelişimin Yordayıcıları

Araştırmada öncelikle iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır daha sonra bu ilişkide problem odaklı baş etme stratejisinin ve

sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların etkilerini incelemek için analizler yapılmıştır. Bu analizler doğrultusunda araştırmanın iyimserlik, problem odaklı baş etme stratejisi, sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ve travma sonrası gelişim ile ilişkili hipotezlerinin kısmi olarak desteklendiği tespit edilmiştir.

Öncelikle iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişki incelenmiştir. Korelasyon analizinde iyimserlik ile TSG arasında doğrudan bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Yani araştırmanın hipotezlerinden biri olan bireylerde iyimserlik düzeyi arttıkça TSG düzeyi artar hipotezi desteklenmemiştir. Literatürde iyimser bireylerin travma sonrası gelişimle ilişkili görünebilecek stresin üstesinden gelme, işlevsel baş etme stratejilerini kullanma ve olumlu sonuçlar gösterme gibi eğilimleri vardır (Bostock ve diğerleri, 2009: 283). Mevcut araştırma bulgusunun literatürdeki bulgularla çeliştiği görülmektedir. Büyükaşık-Çolak ve arkadaşlarının (2012: 417) araştırmasında meme kanseri hastalarında iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Meme kanseri olan bireylerde iyimserlik arttıkça TSG düzeyi artmaktadır. Bozo ve arkadaşlarının (2009: 1013) 104 meme kanseri hastası ile yaptığı çalışmada da korelasyon analizinde travma sonrası gelişim ile iyimserliğin pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak araştırmadaki diğer değişkenler (toplam sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, özel bir kişiden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek) içerisinde iyimserlik travma sonrası gelişim ile en düşük korelasyonu olan değişkendir. Yapılan iki araştırmanın da örneklemini meme kanseri olan hastalar oluşturmaktadır. Meme kanseri hastaları ile yürütülen iki çalışmanın aksine kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Ai ve diğerleri, 2013: 192). Ai ve arkadaşlarının yaptığı araştırma bir izlem çalışmasıdır. Ai ve arkadaşları 2002 yılında ve 2007 yıllarında kalp ameliyatı olan bireylerle iki farklı araştırma yürütmüştür. Bu araştırmalarda görüşülen kişilerle 2013 yılında bir izlem çalışması yürütülmüştür. İzlem çalışmasında bireylerin kalp ameliyatları üzerinden 30 ay geçtiği görülmektedir. Mevcut araştırma örnekleminin de son kalp hastalıkları üzerinden geçen sürenin ortalamasının 77 ay olduğu tespit edilmiştir. Literatürde genelde araştırma örneklemini hastanede yatan bireylerden oluşmaktadır. Bu sebeple her ne kadar iki araştırma arasında üzerinden geçen zaman arasındaki fark çok olsa da yine de örneklem mevcut araştırmaya benzemektedir. Yani

örneklem yatan hastalardan değil ameliyat sonrası bireylerle telefonla iletişime geçilmiştir. Bu yönüyle örneklem birbirene benzemektedir. Sonuç olarak iki örnekleme de iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında ilişki tespit edilmemiştir. Mevcut örneklemin iyimserlik düzeyi yüksek ancak travma sonrası gelişim düzeyi yüksektir. Katılımcıların iyimserlik düzeyleri yüksek ancak yaşlarının daha ileri olması nedeniyle yaşamlarını gözden geçirip yeniden bir yaşam inşa etmek için çok fazla zamanlarının olmaması nedeniyle daha düşük düzeyde travma sonrası gelişim yaşıyor olabilirler.

Helgeson ve arkadaşlarının yaptığı (2006: 797–816) bir meta analiz çalışmasında iyimserlik ile yarar bulma arasında .27 oranında bir ilişki bulunmuştur. Ancak meta analiz çalışmasındaki araştırmalar incelendiğinde 87 kesitsel araştırmadan sadece 3 tanesinin örnekleminin kalp hastaları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca örneklemini kalp hastaları olan araştırmalarda iyimserliğin araştırılmadığı tespit edilmiştir. Yani 87 araştırmadan elde edilen bilgilerle iyimserlik ile yarar bulma arasındaki ilişki .27 olarak bulunmasına rağmen kalp hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda iyimserlik ile travma sonrası gelişim ya da yarar bulma arasında bir ilişki tespit edilmediği söylenebilmektedir.

İyimserlik ve travma sonrası gelişim arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak yine de iyimserliğin problem odaklı baş etme stratejisi ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar üzerinden travma sonrası gelişimi etkileyip etkilemediği test edilmiştir. Analiz sonucunda iyimserliğin problem odaklı baş etme stratejisi üzerinden travma sonrası gelişimi etkilediği belirlenmiştir. Yani iyimserlik düzeyi yüksek olan bireyler daha fazla problem odaklı baş etme stratejisi kullanmakta bu da bireylerde travma sonrası gelişimi arttırmaktadır. Büyükaşık-Çolak ve arkadaşlarının (2012: 417) araştırmasında da meme kanseri hastalarında iyimserliğin problem odaklı baş etme stratejileri üzerinden travma sonrası gelişimi etkilediği belirlenmiştir. İyimserlik düzeyi yüksek olan bireylerin daha çok problem odaklı baş etme stratejisi kullandığı ve problem odaklı baş etme stratejisi kullanan bireylerin daha çok travma sonrası gelişim gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgu dikkate alınarak iyimserliğin problem odaklı baş etme stratejisi üzerinden travma sonrası gelişimi etkilediği söylenebilir.

Analizde sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar arttıkça problem odaklı baş etme stratejisinin kullanımının arttığı belirlenmiştir. Yani iyimser olan bireylerin daha az sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançları olduğu ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançları daha az olan bireylerin daha çok problem odaklı baş etme stratejisi kullandığı söylenebilmektedir. Aynı iyimserlikte olduğu gibi sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların da travma sonrası gelişimi problem odaklı baş etme stratejileri üzerinden etkilediği belirlenmiştir. Mevcut araştırma bulgusunun literatürle desteklendiği tespit edilmiştir. Ancak unutulmamalıdır ki bu model travma sonrası gelişimin küçük bir kısmını (% 8) açıklamaktadır.

4.5. ÇALIşMANIN HİPOTEZLERİ

Bu kısımda araştırmanın hipotezlerinin araştırmanın bulguları sonucunda desteklenen ve desteklenmeyen yönleri belirtilecektir.

Hipotez 1. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı arttıkça depresyon düzeylerinin düşmesi beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. MI geçiren bireylerde iyimserlik ve benlik saygısı arttıkça depresyon düzeylerinin düştüşüğü tespit edilmiştir. Ancak İç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Hipotez 2. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasındaki ilişkide sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile baş etme stratejilerinin etkisinin olması beklenmektedir.

- a) Benlik saygısı ile depresyon arasında problem odaklı baş etme ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Benlik saygısının işlevsel olmayan baş etme stratejileri üzerinden dolaylı olarak depresyonu etkilediği tespit edilmiştir. Ancak problem odaklı baş etme stratejileri ile depresyon arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

- b) İyimserlik ile depresyon arasında problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. İyimserliğin duygu odaklı baş etme stratejileri üzerinden dolaylı olarak depresyonu etkilediği tespit edilmiştir. Ancak problem odaklı baş etme stratejileri ile iyimserlik ve depresyon arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

- c) İç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. İç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

- d) Benlik saygısı, iyimserlik ve iç sağlık kontrol odağı ile depresyon arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolünün olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Benlik saygısı ve iyimserliğin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar üzerinden depresyonu etkilediği tespit edilmiştir.

Hipotez 3. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı arttıkça kaygı düzeylerinin düşmesi beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. MI geçiren bireylerde iyimserlik ve benlik saygısı arttıkça kaygı düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir. Ancak iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Hipotez 4. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik, benlik saygısı ve iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasındaki ilişkide sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

- a) Benlik saygısı ile kaygı arasında problem odaklı baş etme ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Benlik saygısının işlevsel olmayan baş etme stratejileri üzerinden dolaylı olarak kaygıyı etkilediği tespit edilmiştir. Ancak problem odaklı baş etme stratejileri ile kaygı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

- b) İyimserlik ile kaygı arasında problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. İyimserliğin duygu odaklı baş etme stratejileri üzerinden dolaylı olarak kaygıyı etkilediği tespit edilmiştir. Ancak problem odaklı baş etme stratejileri ile iyimserlik ve kaygı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

- c) İç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. İç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

- d) Benlik saygısı, iyimserlik ve iç sağlık kontrol odağı ile kaygı arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolünün olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Benlik saygısı ve iyimserliğin sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar üzerinden kaygıyı etkilediği tespit edilmiştir.

Hipotez 5. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik düzeyi arttıkça travma sonrası gelişim düzeylerinin artması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. İyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

Hipotez 6. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde iyimserlik ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkide sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

- a) İyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında problem odaklı baş etme stratejilerinin aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. İyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında doğrudan bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak problem odaklı baş etme stratejileri üzerinden dolaylı olarak iyimserliğin travma sonrası gelişimi etkilediği tespit edilmiştir.

- b) İyimserlik ile problem odaklı baş etme stratejileri arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. İyimserliği sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar üzerinden dolaylı olarak problem odaklı baş etme stratejilerini etkilediği tespit edilmiştir.

- c) İyimserlik ile travma sonrası gelişim arasında sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların aracı rolü olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

SONUÇ

Araştırmanın amacı miyokard infarktüsü geçiren bireylerde Bilişsel Adaptasyon Kuramı değişkenlerine (iyimserlik, benlik saygısı, kontrol) ek olarak sağlık bilişleri ve baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkisini incelemektir. Bu bölümde araştırmanın sonuçlarına yönelik özet bilgilere, mevcut araştırmanın sınırlılıklarına ve gelecek araştırmalar için önerilere yer verilecektir.

Araştırmada bireyin akut ve ölümcül bir hastalık olan MI karşısında hastalığa uyum gösterme süreci araştırılmıştır. Bu uyum sürecinde BAK çerçevesinde iyimserlik, benlik saygısı ve kontrol değişkenleri incelenmiştir. Ayrıca BAK ve depresyon, kaygı ve travma sonrası gelişim arasında baş etme stratejilerinin ve sağlık bilişlerinin etkisi incelenmiştir. Bu incelemelerde BAK değişkenlerinden iyimserlik ve benlik saygısının depresyon ve kaygıyı etkilediği tespit edilmiştir. İlk olarak hastalığa uyum sürecinde BAK'na göre kişiler iyimserlik, benlik saygısı ve iç kontrol odağı düzeylerini yükseltmeye çalışmaktadır. Mevcut araştırmada da katılımcıların iyimserlik, benlik saygısı ve iç kontrol odağı puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani BAK desteklenmiştir ve hastalığa uyum sürecinde bireyler kendilerine bir illüzyon yaratarak geleceğin daha iyi olacağına, hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olduklarına ve benlik saygılarının yüksek olduğuna dair düşünceler üretmişlerdir. Ancak bulgulara bakıldığında depresyon ve kaygı ile iyimserlik ve benlik saygısı ilişkili bulunurken iç kontrol odağı ilişkili bulunmamıştır. Yani BAK kısmen desteklenmiştir. İyimserlik ve benlik saygısı düzeyleri yüksek olan bireylerin depresyon ve kaygılarının düşük olduğu yani hastalığa daha iyi bilişsel adaptasyon sağladıkları tespit edilmiştir.

Analizlere baş etme stratejileri ve daha sonra sağlık bilişleri eklenmiştir. Mevcut araştırmada benlik saygısının işlevsel olmayan baş etme ve iyimserliğin ise duygu odaklı baş etme stratejisi üzerinden depresyonu ve kaygıyı etkilediği belirlenmiştir. Ancak problem odaklı baş etmenin depresyon ya da kaygı ile arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Sağlık bilişleri incelendiğinde sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların depresyon ve kaygı ile pozitif yönde ve güçlü bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Yani katılımcılarda sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar arttıkça depresyon ve kaygı da artmaktadır. Bir diğer bulgu benlik saygısı ve iyimserlik ile sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançlar arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişkinin olmasıdır. Bu bulguda da sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların iyimserlik ve benlik saygısı arttıkça azaldığı tespit edilmiştir.

MI geçirmiş katılımcıların travma sonrası gelişim bulguları incelendiğinde travma sonrası gelişim düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan analizlerde iyimserliğin ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların travma sonrası gelişim ile doğrudan ilişkili olmadığı belirlenmiştir. İyimserlik ile problem odaklı baş etme ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir. İyimserliğin ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların problem odaklı baş etme üzerinden travma sonrası gelişimi etkilediği tespit edilmiştir.

Mevcut araştırmanın literatüre bazı katkılarının olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın sonucunda MI geçiren bireylerde benlik saygısı, iyimserlik ve sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançların depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. MI geçiren bireylerin de katıldığı kardiyak rehabilitasyon programlarındaki kilo yönetimi, egzersiz, sigara bırakma gibi konular yer almaktadır. Bu konuların yanında rehabilitasyon programlarında hastalık sonrası depresyon ve kaygı ile ilişkili olarak programa iyimserlik ve benlik saygısı düzeylerini yükseltecek aynı zamanda sağlığa ilişkin işlevsel olmayan inançları azaltmaya yönelik çalışmaların eklenebileceği düşünülmektedir. Bu eklemelerin yapılması ile MI sonrası bireylerde depresyon ve kaygının düşeceği düşünülmektedir.

Araştırmanın literatüre olan bir diğer katkısı baş etme stratejileri ile ilgili analiz sonuçlarıdır. Birçok araştırmada hasta örnekleme ve normal örneklem ile yapılan

çalışmalarda problem odaklı baş etme stratejilerinin önemi üzerinde durulduğu belirlenmiştir. Ancak MI geçiren bireylerde yapılan çalışmada problem odaklı baş etmenin ne depresyon ne de kaygı ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum problem odaklı baş etme stratejileri kadar diğer baş etme stratejilerinin de önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Ayrıca bir diğer katkı yine kardiyak rehabilitasyon programlarında problem odaklı baş etme stratejileri yerine duygu odaklı baş etme stratejilerine önem verilmesini sağlamak olacaktır. Duygu odaklı baş etme stratejilerinin içerisinde duygusal sosyal destek arama, olumlu yönde yeniden yorumlama, kabul etme, din ve mizah baş etme stratejisi yer almaktadır. Bu baş etme stratejilerine bakıldığında din ve duygusal sosyal destek arama gibi baş etme stratejilerinin içinde bulunduğumuz toplum gibi kolektif toplumlarda daha önemli olabileceği düşünölmektedir. Bu sebeple Türkiye’de yapılan bu çalışmada problem odaklı baş etme stratejileri yerine duygu odaklı baş etme stratejilerinin depresyon ve kaygı ile ilişkili bulunmasının kültörel bir yapısının da olabileceği düşünölmektedir. Bu sebeple özellikle Türkiye’de yapılan kardiyak rehabilitasyon programlarında duygu odaklı baş etme stratejilerinin kullanımını artırıcı müdahalelerin yapılmasının yararlı olacağı düşünölmektedir.

Mevcut çalışmanın literatöre yaptığı katkıların yanı sıra bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu araştırmadaki sınırlılıklardan biri kişilerin hastalıktan önceki benlik saygısı, iyimserlik ve i sağlık kontrol odağı puanları ile ilgili ölçöümün olmamasıdır. Bu sebeple katılımcıların iyimserlik, benlik saygısı ve i sağlık kontrol odağı puanlarının hastalıktan sonra hastalığa uyum sürecinde artıp artmadığı bilinmemektedir. Yani katılımcıların ne hastalık öncesindeki ne de hastalıktan sonraki süreçte tekrarlı ölçöümleri yoktur. Araştırmanın bulguları sadece hastalık sonrasında tek bir ölçöümü kapsamaktadır. Ayrıca yine mevcut araştırmada katılımcıların araştırmaya kabul edilmeleri için MI üzerinden en az 3 ay geçmiş olması kriteri konulurken üst bir sınır belirlenmemiştir. Bu sebeple araştırmanın örneklemini MI üzerinden en az 3 ay ile 432 ay geçmiş kişiler oluşturmaktadır. Bu durum alınan ölçöümler için çok önemli bir karıştırıcı değişkendir. Literatür incelendiğinde mevcut araştırmada depresyon ve kaygı düzeylerinin literatürdeki araştırmalardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. MI geçiren bireylerde depresyon ve kaygının mortalite ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Mevcut araştırmada MI üzerinden geçen ortalama süre

6.5 yıldır. Bu süreç zarfından yüksek düzeyde depresyon ve kaygı yaşayanlar ölmüş olabilir. Bu sebeple araştırmaya daha düşük düzeyde depresyon ve kaygı yaşayan kişiler katılmış olabilir. Bu durumu tespit etmek için gelecek araştırmalarda boylamsal çalışmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ya da gelecek araştırmalarda MI üzerinden geçen sürenin de kontrol edilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı araştırmanın sonuçları üzerinde etkisi olabilecek kontrol edilemeyen birçok değişkenin olmasıdır. Örneğin daha önceki travmatik yaşantılar ya da yaşadıkları diğer sağlık sorunları bireylerdeki iç kontrol odağı ile psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkiyi etkilemiş olabilir. Bu sebeple analiz sonuçları literatürle çelişmiş olabilir. Gelecek araştırmalarda örneklemin çalışılan hastalık tanısının dışında bir tanısının olmamasına ve hastalık tekrar eden bir hastalığa tekrar sayısını yani hastalığın nüks etmesini de kontrol etmeleri önerilmektedir.

Araştırmanın sınırlılıklarından biri de katılımcıların yaş aralığı ile ilgilidir. Örneklemin yaş ortalaması 63.88'dir. Araştırmaya katılan en genç kişi 36 en yaşlı kişi 80 yaşındadır. Bireylerin yaşları ilerledikçe farklı türde ve daha fazla travmatik yaşantıya maruz kalma ihtimalleri artmaktadır. Mevcut araştırmada bireylere MI haricinde travmatik yaşantı yaşayıp yaşamadıkları sorulmamıştır. Ayrıca bu travmatik yaşantılar arasından bireyi en çok etkileyen yaşantının ne olduğu da bilinmemektedir. Bu sebeple özellikle travma sonrası gelişimin MI sonucunda oluşup oluşmadığı bilinmemektedir. Bu durumun kişilerin travma sonrası gelişim düzeylerinin düşük olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple gelecek araştırmalarda katılımcıların yaş için alt ve üst sınırlarının daha spesifik ve daha kısa bir aralıkta tutulması önerilmektedir. Ayrıca yaşamlarında mevcut hastalıkları dışında başka bir travmatik deneyimlerinin olup olmadığı da sorulması yararlı olacaktır.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı kullanılan baş etme stratejileri ölçeğinin örnekleme özgü olmamasıdır. Literatürde Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış kalp hastalarında baş etme stratejilerini ölçen bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmada genel bir baş etme ölçeği kullanılmıştır. Her hastalığın kendine özgü problemleri olduğu kadar kendine özgü başa çıkma yöntemleri de olabilir. Bu sebeple mevcut araştırmada kullanılan ölçek MI geçiren bireylerin kullandığı başa çıkma stratejilerini ölçme konusunda yetersiz kalabilir. Gelecek araştırmalarda kalp

hastalığı olan bireyler için ayrı bir başa çıkma stratejileri ölçeğinin geliştirilmesi ya da geliştirilen bir ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması önerilmektedir.

MI geçirmiş kişilerde yapılan araştırmalarda depresyonla D tipi kişilik, nörotisizm, dışadönüklük ve sosyal destek değişkenlerinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Martens ve diğerleri, 2008: 257-264; Doyle ve diğerleri, 2011: 224-231; Dirik ve Şahin, 2008: 249-266; Menon ve diğerleri, 2012: 1; Leifheit-Limson ve diğerleri, 2010: 143-150). Ancak mevcut çalışmada kişilik özelliklerini veya sosyal destek düzeyini belirleyen bir ölçüm aracı kullanılmamıştır. Gelecek çalışmalarda MI geçiren kişilerde ilişkili olduğu tespit edilen değişkenlere de bakılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S., ve Braddock, A. E. (2008). Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: a biopsychosocial approach. The nature of health anxiety. (Ss. 13-41). MA: Hogrefe ve Huber Publishers.

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., ve Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.

AbuRuz, M. E., ve Masa'Deh, R. (2017). Gender differences in anxiety and complications early after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), 538-543.

Aflakseir, A., ve Manafi, F. (2018). Posttraumatic Growth and its Relationship With Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients With Multiple Sclerosis in Shiraz, Iran. *Practice in Clinical Psychology*, 6(1), 57-62.

Agarwal, M., Dalal, A. K., Agarwal, D. K., ve Agarwal, R. K. (1995). Positive life orientation and recovery from myocardial infarction. *Social Science ve Medicine*, 40(1), 125-130.

Ai, A. L., Hall, D., Pargament, K., ve Tice, T. N. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: The predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(2), 186-198.

Akhtar, M. S., Malik, S. B., ve Ahmed, M. M. (2004). Symptoms of depression and anxiety in post-myocardial infarction patients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 14(10), 615-618.

Albuquerque, S., Narciso, I., ve Pereira, M. (2018). Posttraumatic growth in bereaved parents: A multidimensional model of associated factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(2), 199-207.

Alexandri, A., Georgiadi, E., Mattheou, P. ve Polikandrioti, M.(2017). Factors associated with anxiety and depression in hospitalized patients with first episode of acute myocardial infarction. *Archives Of Medical Science Of Atherosclerotic Disease*,2:e90-99.

American Heart Association. Warning signs of a heart attack. Available at: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/WarningSignsofaHeartAttack/Warning-Signs-of-a-Heart-Attack_UC_M_002039_Article.jsp#.Vt_Inn197ct. [Accessed March 8, 2016]

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

An, K. (2002). Anxiety after acute myocardial infarction and in-hospital complications. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(7), 999-1008.

Andrykowski, M. A., ve Brady, M. J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *Journal of behavioral medicine*, 17(5), 439-458.

Anzaldi, K., ve Shifren, K. (2019). Optimism, Pessimism, Coping, and Depression: A Study on Individuals With Parkinson's Disease. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(3), 231-249.

Arslan, C., Dilmaç, B., ve Hamarta, E. (2009). Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: A study with Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37(6), 791-800.

Aslam, N., ve Kamal, A. (2015). Coping strategies as a predictors of psychological distress and post traumatic growth among flood affected individuals. *Journal of Alcoholism ve Drug Dependence*, 3(1), 1-5.

Aspinwall, L. G., ve Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.

Aspinwall, L. G., ve Taylor, S. E. (1993). Effects of social comparison direction, threat, and self-esteem on affect, self-evaluation, and expected success. *Journal of personality and social psychology*, 64(5), 708-722.

Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 8 (4): 49-59.

Aydın, G., ve Tezer, E. (1991). İyimserlik, sağlık sorunları ve akademik başarı ilişkisi. *Psikoloji Dergisi*, 7(26), 2-9.

Bayrak, B., Oğuz, S., Arslan, S., Candar, B., Keleş, S., Karagöz, B., ve Akpınar, G. (2019). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 129-137.

Billingsley, K. D., Waehler, C. A., ve Hardin, S. I. (1993). Stability of Optimism and Choice of Coping Strategy. *Perceptual and Motor Skills*, 76(1), 91-97.

Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Williams, J., Rayner, M., ve Townsend, N. (2015). The epidemiology of cardiovascular disease in the UK 2014. *Heart*, 101(15), 1182-1189.

Bjerkeset, O., Nordahl, H. M., Mykletun, A., Holmen, J., ve Dahl, A. A. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 58(2), 153-161.

Blair, A. J., Leakey, P. N., Rust, S. R., Shaw, S., Benison, D., ve Sandler, D. A. (1999). Locus of control and mood following myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 3(3), 140-144.

Bleichhardt, G., ve Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 511-523.

Blumenthal, J. A., Lett, H. S., Babyak, M. A., White, W., Smith, P. K., Mark, D. B., et al. (2003). Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *The Lancet*, 362(9384), 604-609.

Bluvstein, I., Moravchick, L., Sheps, D., Schreiber, S., ve Bloch, M. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among

coronary heart disease survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 164-172.

Bonnet, F., Irving, K., Terra, J.-L., Nony, P., Berthezène, F., ve Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178(2), 339–344.

Bostock, L., Sheikh, A. I., ve Barton, S. (2009). Posttraumatic Growth and Optimism in Health-Related Trauma: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 281–296.

Bozo, Ö., Gündoğdu, E., ve Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism—Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009–1020.

Brown, J. D. (1986). Evaluations of self and others: Self-enhancement biases in social judgments. *Social cognition*, 4(4), 353-376. Brown, J. D. (2012). Understanding the better than average effect: Motives (still) matter. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(2), 209-219.

Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H., ve Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, 88(4), 337-341.

Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X. H., et al. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11,

2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, 11(4), 247-267.

Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., et al. (2007). Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(2), 106-114.

Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., ve Bozo, Ö. (2012). Mediating role of coping in the dispositional optimism–posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *The Journal of Psychology*, 146(5), 471-483.

Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (1999). Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. (4th ed.). New York: Routledge.

Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. *Handbook of posttraumatic growth*. (Ss. 1-22). NJ: Lawrence Erlbaum

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., ve Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151-166.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., ve Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress ve Coping*, 24(2), 137–156.

Carney, R. M., ve Freedland, K. E. (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biological psychiatry*, 54(3), 241-247.

Carney, R. M., Freedland, K. E., Miller, G. E., ve Jaffe, A. S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of psychosomatic research*, 53(4), 897-902.

Carvalho, I. G., Bertolli, E. D. S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., ve Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24.1-8

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375-390.

Carver, S. C., Scheier, M. F., ve Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., ve O'Brien, W. H. (2017). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347-363.

Christianson, H. F., Weis, J. M., ve Fouad, N. A. (2013). Cognitive adaptation theory and quality of life in late-stage cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 31(3), 266-281.

Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., ve Stewart, S. (2000). Personality Disorders and Coping Among Anxious Older Adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157–172.

Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., ve Livingston, G. (2006). Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer’s disease: The LASER-AD study. *Journal of Affective Disorders*, 90(1), 15–20.

Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., ve Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.

Curran, P. J., West, S. G., ve Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 1(1), 16-29.

Cvengros, J. A., Christensen, A. J., ve Lawton, W. J. (2005). Health locus of control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *Journal of health psychology*, 10(5), 677-686.

Czajkowska, Z., Radiotis, G., Roberts, N., ve Körner, A. (2013). Cognitive adaptation to nonmelanoma skin cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 31(4), 377-392.

Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda Benlik Saygısı*, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı.

Daniel, M., Agewall, S., Berglund, F., Caidahl, K., Collste, O., Ekenbäck, C., et al. (2018). Prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *The American journal of medicine*, 131(9), 1118-1124.

De Hert, M., Detraux, J., ve Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 31-40.

De Jonge, P., Spijkerman, T. A., Van Den Brink, R. H. S., ve Ormel, J. (2006). Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, 92(1), 32-39.

De Valck, C., ve Vinck, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient education and counseling*, 28(2), 179-186.

Deveci, E., Ozan, E., Güleç, M., ve Kırpınar, İ. (2012). İlk akut miyokart infarktüsü sonrası erken dönemde depresyon. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 179-183.

Dirik, G., ve Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 193-203.

Dirik, G., ve Şahin, G. (2008). Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15), 249-266.

Doyle, F., McGee, H., Delaney, M., Motterlini, N., ve Conroy, R. (2011). Depressive vulnerabilities predict depression status and trajectories of depression over 1 year in persons with acute coronary syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 33(3), 224-231.

Eisenberg, S. A., Shen, B. J., Schwarz, E. R., ve Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of behavioral medicine*, 35(3), 253-261.

Elsheshtawy, E. A., Abo-Elez, W. F., Ashour, H. S., Farouk, O., ve zaafarany, M. I. E. E. (2014). Coping strategies in Egyptian ladies with breast cancer. *Breast cancer: basic and clinical research*, 8, 97–102.

Engelkemeyer, S. M., ve Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 344-346.

Feng, H. P., Chien, W. C., Cheng, W. T., Chung, C. H., Cheng, S. M., ve Tzeng, W. C. (2016). Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study. *Medicine*, 95(34), 1-8.

Fergus, T. A. (2013). Health-Related Dysfunctional Beliefs and Health Anxiety: Further Evidence of Cognitive Specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 248–259.

Folkman, S., ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Folkman, S., ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170.

Folkman, S., ve Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466-475.

Forthofer, M. S., Janz, N. K., Dodge, J. A., ve Clark, N. M. (2001). Gender differences in the associations of self esteem, stress and social support with functional health status among older adults with heart disease. *Journal of Women ve Aging*, 13(1), 19-37.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., ve Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101(16), 1919-1924.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Juneau, M., Talajic, M., ve Bourassa, M. G. (1999). Gender, Depression, and One-Year Prognosis After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 61(1), 26–37.

Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M., ve Long, J. (2004). Correlates of Levels and Patterns of Positive Life Changes Following Sexual Assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 19-30.

García, F. E., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C., ve Páez, D. (2016). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, 28(1), 59-65.

Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J. ve Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: A matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 270-277.

Geiser, F., Urbach, A. S., Harbrecht, U., Conrad, R., Pötzsch, B., Amann, N., et al.(2017). Anxiety and depression in patients three months after myocardial infarction: association with markers of coagulation and the relevance of age. *Journal of psychosomatic research*, 99, 162-168.

Gershuny, B. S., ve Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical psychology review*, 19(5), 631-657.

Goldfeld, P. R., Soares, L. S., ve Manfroi, W. C. (2015). Association of depression and stress in acute myocardial infarction: a case-control study. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 439-448

Gomez, R. (1998). Locus of control and avoidant coping: direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24(3), 325–334.

Göral, F. S., Kesimci, A., ve Gençöz, T. (2006). Roles of the controllability of the event and coping strategies on stress-related growth in a Turkish sample. *Stress and Health*, 22(5), 297–303.

Grace, S. L., Abbey, S. E., Irvine, J., Shnek, Z. M., ve Stewart, D. E. (2004). Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac

symptoms and recurrent cardiac events. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(6), 344-352.

Grace, S. L., Abbey, S. E., Pinto, R., Shnek, Z. M., Irvine, J., ve Stewart, D. E. (2005). *Longitudinal Course of Depressive Symptomatology After a Cardiac Event: Effects of Gender and Cardiac Rehabilitation*. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 52–58.

Grubaugh, A. L., ve Resick, P. A. (2007). Posttraumatic growth in treatment-seeking female assault victims. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 145-155.

Gundle, M. J, Reeves, B. R., Tate, S., Raft, D., ve McLaurin, L. P. (1980). Psychosocial outcome after coronary artery surgery. *The American Journal of Psychiatry*, 137(12), 1591-1594.

Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D., ve Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 167-178.

Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., Eide, G. E., Bjelland, I., ve Rokne, B. (2009). Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *European Journal of Cardiovascular Prevention ve Rehabilitation*, 16(6), 651-659.

Hashemi, M., ve HajiAlizadeh, K. (2017). Prediction of post traumatic growth based on social support, coping styles and optimism in patients with Brain Tumor. *Hormozgan Medical Journal*, 21(4), 260-270.

Haworth, J. E., Moniz-Cook, E., Clark, A. L., Wang, M., Waddington, R., ve Cleland, J. G. F. (2005). Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *European journal of heart failure*, 7(5), 803-808.

Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.

Hayter, A. L., Salkovskis, P. M., Silber, E., ve Morris, R. G. (2016). The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: misperception, misattribution and quality of life. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 371-386.

Helgeson, V. S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology*, 18(6), 561-569.

Helgeson, V. S. (2003). Cognitive adaptation, psychological adjustment, and disease progression among angioplasty patents: 4 years later. *Health Psychology*, 22(1), 30-38.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., ve Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., Siminerio, L. M., Becker, D. J., ve Escobar, O. (2014). Cognitive adaptation theory as a predictor of adjustment to emerging

adulthood for youth with and without type 1 diabetes. *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 484-491.

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette UK.

Ho, P. M., Masoudi, F. A., Spertus, J. A., Peterson, P. N., Shroyer, A. L., McCarthy Jr, M., et al. (2005). Depression predicts mortality following cardiac valve surgery. *The Annals of thoracic surgery*, 79(4), 1255-1259.

Holahan, C. J., ve Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., ve Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152–163.

Hosseini, S. H., Ghaemian, A., Mehdizadeh, E., ve Ashraf, H. (2014). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality following myocardial infarction: A 5-year follow-up. *Cardiology Journal*, 21(4), 370-377.

Huffman, J. C., Celano, C. M., Beach, S. R., Motiwala, S. R., ve Januzzi, J. L. (2013). Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular psychiatry and neurology*, 1-14.

Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., ve Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital

cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 557–563.

Itkowitz, N. I. (2001). Social interaction in coronary artery disease. (Unpublished Master Thesis). Antioch University.

Janoff-Bulman, R. (1989). *Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct*. *Social Cognition*, 7(2), 113–136.

Janzen Claude, J. A., Hadjistavropoulos, H. D., ve Friesen, L. (2013). Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 312–322.

Jayaraj, J. C., Davatyan, K., Subramanian, S. S., ve Priya, J. (2019). Epidemiology of Myocardial Infarction. (ss. 9-18). In *Myocardial Infarction*.

Jin, Y., Xu, J., Liu, H., ve Liu, D. (2014). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 67-73.

Jirek, S. L. (2016). Narrative reconstruction and post-traumatic growth among trauma survivors: The importance of narrative in social work research and practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 16(2), 166–188.

Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., ve Bayo-Calero, J. (2019). Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 35(2), 188-194.

Johnston, M., Wright, S., ve Weinman, J. (1995). *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio*. Windsor: NFER - Nelson.

Joseph, S., ve Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280.

Joseph, S., ve Linley, P. A. (Eds.). (2008). Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. John Wiley ve Sons.

Karanci, A. N., ve Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health*, 23(5), 315–322.

Karanci, N. A., ve Acarturk. (2005). Post-traumatic growth among Marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology*, 11(4), 307-323.

Keckeisen, M. E., ve Nyamathi, A. M. (1990). Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 25–33.

Kehler, M. D., ve Hadjistavropoulos, H. D. (2008). Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *Journal of Behavioral Medicine*, 32(2), 150–161.

Kim, K. A., Moser, D. K., Garvin, B. J., ve Riegel, B. J. (2000). Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 9(4), 245-253.

Kirby, S. E., ve Yardley, L. (2009). The contribution of symptoms of posttraumatic stress disorder, health anxiety and intolerance of uncertainty to distress in Ménière's disease. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(5), 324-329.

Klein, D. M., Turvey, C. L., ve Pies, C. J. (2007). Relationship of Coping Styles With Quality of Life and Depressive Symptoms in Older Heart Failure Patients. *Journal of Aging and Health*, 19(1), 22–38.

Knappe, S., ve Pinquart, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychology, health ve medicine*, 14(2), 201-212.

Laerum, E., Johnsen, N., Smith, P., ve Arnesen, H. (1991). Positive psychological and life-style changes after myocardial infarction: a follow-up study after 2–4 years. *Family Practice*, 8(3), 229-233.

Lærum, E., Johnsen, N., Smith, P. Å. L., ve Larsen, S. (1988). Myocardial infarction may induce positive changes in life-style and in the quality of life. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 6(2), 67-71.

Laerum, E., Johnsen, N., Smith, P., ve Larsen, S. (1987). Can myocardial infarction induce positive changes in family relationships? *Family Practice*, 4(4), 302-305.

Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., ve Lip, G. Y. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 221-230.

Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., ve Lip, G. Y. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British journal of health psychology*, 7(1), 11-21.

Larsen, K. K., Christensen, B., Nielsen, T. J., ve Vestergaard, M. (2014). Post-Myocardial Infarction Anxiety or Depressive Symptoms and Risk of New Cardiovascular Events or Death: A Population-Based Longitudinal Study. *Psychosomatic medicine*, 76(9), 739-746.

Lazarus, R. S., ve Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.

Leifheit-Limson, E. C., Reid, K. J., Kasl, S. V., Lin, H., Jones, P. G., Buchanan, D. M., et al. (2010). The role of social support in health status and depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for a stronger relationship among women. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 143-150

Leung, Y. W., Gravely-Witte, S., Macpherson, A., Irvine, J., Stewart, D. E., ve Grace, S. L. (2010). Post-traumatic growth among cardiac outpatients: Degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1049-1063.

Li, T., Liu, T., Han, J., Zhang, M., Li, Z., Zhu, Q., ve Wang, A. (2018). The relationship among resilience, rumination and posttraumatic growth in hemodialysis patients in North China. *Psychology, health ve medicine*, 23(4), 442-453.

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50-55.

Looper, K. J., ve Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584.

Łosiak, W., ve Nikiel, J. (2014). Original article Posttraumatic growth in patients after myocardial infarction: the role of cognitive coping and experience of life threat. *Health Psychology Report*, 4, 256–262.

Lowe, R., Norman, P., ve Bennett, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: Concurrent and predictive associations. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 337-350.

Maas, A. H. E. M., ve Appelman, Y. E. A. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18(12), 598-603.

Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., ve De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372.

Maslow, A., (1943). 'A Theory of Human Motivation', *Psicological Review*, Photo Courtesy of the Bettmann Archive.

Manoj, M. T., Joseph, K. A., ve Vijayaraghavan, G. (2018). Association of depression, anxiety, and stress with myocardial infarction: A case-control study. *Journal of Clinical and Preventive Cardiology*, 7(3), 86-92.

Martens, E. J., Smith, O. R. F., Winter, J., Denollet, J., ve Pedersen, S. S. (2008). Cardiac history, prior depression and personality predict course of depressive symptoms after myocardial infarction. *Psychological medicine*, 38(2), 257-264.

Martin, L. L., ve Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in social cognition*, 9, 1-47.

Mayou, R. A., Gill, D., Thompson, D. R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., ve Neil, A. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 62(2), 212-219.

McDonough, M. H., Sabiston, C. M., ve Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23(1), 114-120.

Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., ve de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General hospital psychiatry*, 33(3), 203-216.

Mendis, S., Thygesen, K., Kuulasmaa, K., Giampaoli, S., Mähönen, M., Ngu Blackett, K., et al. (2011). World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008–09 revision. *International journal of epidemiology*, 40(1), 139-146.

Menon, V., ve Ramamurthy, C. (2012). Depressive and Anxiety Symptoms after Myocardial Infarction: A Follow Up Study from South India. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 21(2), 1-11.

Meyer B.(2001). Coping with severe mental illness: Relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Asses*, 23(4):265–77.

Miller, D. L., Manne, S. L., Taylor, K., Keates, J., ve Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3(2), 115-130.

Millstein, R. A., Celano, C. M., Beale, E. E., Beach, S. R., Suarez, L., Belcher, A. M., et al. (2016). The effects of optimism and gratitude on adherence, functioning and mental health following an acute coronary syndrome. *General hospital psychiatry*, 43, 17-22.

Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W. W., ve Van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583-595.

Moore, T., Norman, P., Harris, P. R., ve Makris, M. (2006). Cognitive appraisals and psychological distress following venous thromboembolic disease: An application of the theory of cognitive adaptation. *Social Science ve Medicine*, 63(9), 2395-2406.

Moos, R. H., ve Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. In *Coping with physical illness* . Springer, Boston, MA.

Moser, D. K. (2007). “The rust of life”: impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16(4), 361-369.

Moser, D. K., ve Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. *Heart ve Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(4), 273-280.

Moser, D. K., ve Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?. *Psychosomatic medicine*, 58(5), 395-401.

Moser, D. K., Dracup, K., Evangelista, L. S., Zambroski, C. H., Lennie, T. A., Chung, M. L., et al. (2010). Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft. *Heart ve Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(5), 378-385.

Moshki, M., Zareie, M., ve Hashemizadeh, H. (2015). Sex differences in Acute Myocardial Infarction. *Nursing and midwifery studies*, 4(1), 22395-22395.

Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., et al. (2016). Executive summary: heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 447-454.

Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., ve van den Heuvel, W. J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient education and counseling*, 58(1), 55-62.

Naing, K. N. J., Azillah, A. N., Nooriny, I., Tan, C. H., Yeow, Y. Y., ve Hamidin, A. (2010). Anxiety and depressive symptoms and coping strategies in nasopharyngeal carcinoma patients in Hospital Kuala Lumpur. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 6(1), 71-81.

Niemeyer, K. J. (1990). *Locus of Control and Coping Strategies of Clients Following an Acute Myocardial Infarction*. (Unpublished Master Dissertation). Grand Valley State University.

Nightingale, V. R., Sher, T. G., ve Hansen, N. B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452–460.

Norekvål, T. M., Moons, P., Hanestad, B. R., Nordrehaug, J. E., Wentzel-Larsen, T., ve Fridlund, B. (2008). The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 80-87.

O'Brien, M. T. (1993). Multiple sclerosis: The relationship among self-esteem, social support, and coping behavior. *Applied Nursing Research*, 6(2), 54–63.

Ogińska-Bulik, N. (2014). Satisfaction with life and posttraumatic growth in persons after myocardial infarction. *Health Psychology Report*, 2(2), 105-114.

Osler, M., Mårtensson, S., Wium-Andersen, I. K., Prescott, E., Andersen, P. K., Jørgensen, T. S. H., et al.(2016). Depression after first hospital admission for acute coronary syndrome: a study of time of onset and impact on survival. *American journal of epidemiology*, 183(3), 218-226.

Önder, N. (2012). *The mediating role of coping strategies in the basic personality traits-PTG and locus of control-PTG relationships in breast cancer patients*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Guildford: Middle East Technical University.

Özer, Z. C., Şenuzun, F., ve Tokem, Y. (2009). Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(8), 557-562.

Özkan, A. A. (2013). Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 41(1), 1-3.

Pals, J. L., ve McAdams, D. P. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 65-69.

Park, C. L., Cohen, L. H., ve Murch, R. L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105.

Pearlin, L. I., ve Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19(1), 2-21.

Pedersen, S. S., Middel, B., ve Larsen, M. L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1171–1175.

Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., ve Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 537-543.

Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., ve Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *Bmj*, 312(7040), 1191-1194.

Rahimi, R., Heidarzadeh, M. ve Shoaee, R. (2016). The relationship between posttraumatic growth and social support in patients with myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2), 19–24.

Rideout, A., Tolmie, E., ve Lindsay, G. (2016). Health locus of control in patients undergoing coronary artery surgery—changes and associated outcomes: a seven-year cohort study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 46-56.

Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., ve Hanna, M. (2006). *Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders*. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 155–161.

Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., ve De Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(6), 563-569.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (SES). *Society and the adolescent self-image*.

Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-Image. The Measurement of self esteem. (Ss.16-39). NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1976). Beyond Self-Esteem: Some Neglected Aspects of the Self-Concept.1-29.

Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Koenig, W., ve Brenner, H. (2007). Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *European Journal of Cardiovascular Prevention ve Rehabilitation*, 14(4), 547–554.

Sadr Bafghi, S. M., Ahmadi, N., Yassini Ardekani, S. M., Jafari, L., Bitaraf Ardekani, B., Heydari, R., et al. (2018). A Survey of Coping Strategies With Stress in Patients With Acute Myocardial Infarction and Individuals Without a History of Fixed Myocardial Infarction. *Cardiology Research*, 9(1), 35–39.

Salehi, S., ve Rezaei, L. (2016). The Relationship between Self-Esteem and Coping Styles in Patients Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Medical Research ve Health Sciences*, 5(7).1-6.

Saniah, A. R., ve Zainal, N. Z. (2010). Anxiety, depression and coping strategies in breast cancer patients on chemotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2).1-6.

Schaefer, J. A., ve Moos, G. H. (1992). Life Crises and Personal Growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal Coping: Theory, Research and Application* (Ss. 149-170). Westport, CT: Praeger

Scheier, M. E., ve Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55(2), 169-210.

Scheier, M. F., ve Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247.

Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., ve Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1024-1040.

Schroevers, M. J., ve Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-oncology*, 17(12), 1239-1246.

Schroevers, M. J., Ranchor, A. V., ve Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science ve Medicine*, 57(2), 375-385.

Scrignaro, M., Barni, S., ve Magrin, M. E. (2010). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20(8), 823–831.

Senol-Durak, E., ve Ayvasik, H. B. (2010). Factors Associated with Posttraumatic Growth Among Myocardial Infarction Patients: Perceived Social Support, Perception of the Event and Coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(2), 150–158.

Serpytis, P., Navickas, P., Lukaviciute, L., Navickas, A., Aranauskas, R., Serpytis, R., et al. (2018). Gender-based differences in anxiety and depression following acute myocardial infarction. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, (AHEAD), 111(5):676-683.

Sevim, M. E., Güneş, N., ve Özden, S. Y. (2007). Akut Miyokard Enfarktüsü Sonrası Depresyon ve Anksiyete Sıklığı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 6(2), 74-77.

Shapiro Jr, D. H., Schwartz, C. E., ve Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.

Sharif, S. P. (2017). Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 28-35.

Sharma Dhital, P., Sharma, K., Poudel, P., ve Dhital, P. R. (2018). Anxiety and Depression among Patients with Coronary Artery Disease Attending at a Cardiac Center, Kathmandu, Nepal. *Nursing Research and Practice*, 1-6.

Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 265-273.

Shen, B.-J., Myers, H. F., ve McCreary, C. P. (2006). *Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes*. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(1), 3-11.

Smolderen, K. G., Strait, K. M., Dreyer, R. P., D'Onofrio, G., Zhou, S., Lichtman, J. H. ve Krumholz, H. M. (2015). Depressive symptoms in younger women and men with acute myocardial infarction: insights from the VIRGO study. *Journal of the American Heart Association*, 4(4), 1-12.

Steptoe, A., Molloy, G. J., Messerli-Bürky, N., Wikman, A., Randall, G., Perkins-Porras, L., ve Kaski, J. C. (2011). Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *European heart journal*, 32(19), 2405-2411.

Stern, M. J., Pascale, L., ve McLoone, J. B. (1976). Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of chronic diseases*, 29(8), 513-526.

Stiegelis, H. E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Van der Zee, K. I., Buunk, B. P., ve Van den Bergh, A. C. (2003). Cognitive adaptation: A comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 303-318.

Strunk, D. R., Lopez, H., ve DeRubeis, R. J. (2006). Depressive symptoms are associated with unrealistic negative predictions of future life events. *Behaviour research and therapy*, 44(6), 861-882.

Sunderland, M., Newby, J. M., ve Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56-61.

Suri, A., Tincey, S., Ahsan, S. And Meier, P., (2012). Thrombolysis in Myocardial Infarction, *In Tech Press*, 1(1), 123-134.

Şahan, E., Eroğlu, M. Z., Karataş, M. B., Mutluer, B., Uğurpala, C., ve Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*, 70(3), 143-147.

Şenol-Durak, E. (2007). *Environmental and individual resources, perception of the event, cognitive processing and coping as factors leading to posttraumatic growth among the survivor of myocardial infarction patients and their spouses*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Middle East Technical University.

Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., ve Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies*, 32(5), 428-444.

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(6), 563-569.

Tang, N. K., Salkovskis, P. M., Poplavskaya, E., Wright, K. J., Hanna, M., ve Hester, J. (2007). Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2821-2835.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161-1173.

Taylor, S. E., ve Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of personality*, 64(4), 873-898.

Taylor, S. E., ve Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, 103(2), 193-210.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., ve Aspinwall, L. G. (1991). Assault on the self: Positive illusions and adjustment to threatening events. In *The self: Interdisciplinary approaches* (ss. 239-254). Springer, New York, NY.

Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.

Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.

Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., et al. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of general internal medicine*, 21(1), 30-38.

Thygesen, K., Alpert, J. S., ve White, H. D. (2007). Universal definition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(22), 2173-2195.

Tomich, P. L., ve Helgeson, V. S. (2006). Cognitive adaptation theory and breast cancer recurrence: Are there limits?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 980-987.

Tomich, P. L., ve Helgeson, V. S. (2012). Posttraumatic growth following cancer: Links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 567-573.

Tuna, M. E. (2003). *Cross-Cultural Differences in Coping Strategies As Predictors of University Adjustment of Turkish and U.S. Students*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., ve Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 1-9.

Türk Dil Kurumu(TDK), 1 Ocak 2020, <https://sozluk.gov.tr/>.

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri, Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>, 26 Nisan 2019.

Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., et al. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(6), 392–394.

Uçar, M., Sarp, Ü., Karaaslan, Ö., Gül, A. I., Tanik, N., ve Arik, H. O. (2015). Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of International Medical Research*, 43(5), 679–685.

Ullman, S. E. (2014). Correlates of posttraumatic growth in adult sexual assault victims. *Traumatology*, 20(3), 219-224

Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., ve Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology ve Health*, 20(2), 175-192.

Uy, K. K., ve Okubo, Y. (2018). Re-storying the trauma narrative: Fostering posttraumatic growth in Cambodian refugee women. *Women ve Therapy*, 41(3-4), 219-236.

Üstündağ-Budak, M., ve Mocan-Aydin, G. (2005). The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish college students. *Adolescence*, 40(159), 559-572.

Vadsaria, K., Jabbar, A., Syed, I. A., Rizvi, S., Haider, G., ve Naqvi, H. (2017). Coping styles and depression among patients with solid organ cancers attending two tertiary care hospitals of Karachi: a cross sectional study. *Open Journal of Epidemiology*, 7(1), 69-83.

Van Driel, R. C., ve den Velde, W. O. (1995). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 151-159.

Vickery, C. D., Sepehri, A., ve Evans, C. C. (2008). Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clinical Rehabilitation*, 22(2), 179-187.

von Känel, R., Hari, R., Schmid, J. P., Saner, H., ve Bègré, S. (2011). Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: a retrospective observational study. *BMC psychiatry*, 11(98), 1-8.

Vögele, C., Christ, O., ve Spaderna, H. (2012). Cardiac threat appraisal and depression after first myocardial infarction. *Frontiers in psychology*, 3(365), 1-6.

Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., ve DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.

Warwick, H. M., ve Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 105-117.

Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R., O'Connor, C., ve Sketch Jr, M. H. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of the American Heart Association*, 2(2), 1-10.

Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of psychosocial Oncology*, 20(2), 65-80.

Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., ve Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American journal of cardiology*, 96(11), 1512-1516.

Wild, N. D., ve Paivio, S. C. (2004). Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth. *Journal of Aggression, Maltreatment ve Trauma*, 8(4), 97–122.

Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological bulletin*, 90(2), 245-271.

Wingate, S. (1995). Quality of life for women after a myocardial infarction. *Heart ve Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(6), 467-473.

World Health Organization. The top ten causes of death. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> [Accessed May 24, 2018]

World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.

Xu, J., ve Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 274-280.

Yılmaz, Ö., ve Dirik, G. (2018). Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 6(13), 337-366.

Yorulmaz, H., Bayraktar, S., ve Özdilli, K. (2010). Posttraumatic growth in chronic kidney failure disease. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2313-2319.

Zainudin, A. (2012). Structural Equation Modeling: SEM Using AMOS Graphic. Validating The Measurement Model:Cfa. (ss. 61-80). Shah Alam: Universiti Teknologi MARA Publication Centre.

Zhang, Y., Li, P., Ma, Y., Mao, S., Li, G., Zheng, A., ve Yuan, Y. (2017). Investigation of health anxiety and related factors in Chinese patients with physical disease. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 185–191.

Zheng, X., Zheng, Y., Ma, J., Zhang, M., Zhang, Y., Liu, X., et al. (2018). Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart ve Lung*. 48(1), 1-7.

Zigmond, A. S. ve Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression 150 Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67(6): 361-370.



EKLER

EK 1 ETİK KURUL ONAY FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/06-11	Tarih:13.03.2019
Prof.Dr. Gülay Dirik 'in sorumlusu olduğu "Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş kişilerde Psikolojik Sıkıntı ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri ve İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Adaptasyon Kuramı Açısından İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Can SEVİNÇ (Başkan)	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan Yardımcısı)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma kalp krizi geçirmiş bireylerde sağlıkla ilgili düşüncelerin ve bazı kişisel özelliklerin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim (yaşanan olumlu değişimler) ile ilişkisini incelemek için yapılmaktadır. Sizden alacağımız bilgilerin içinde bulunduğunuz psikolojik durumu anlayabilmek ve nelerin bu süreçte size iyi geleceğini belirleyebilmek açısından önemli olacağını düşünüyoruz.

Bu araştırma tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Anketlere vereceğiniz cevaplar toplu olarak değerlendirilecek ve sadece araştırma amacıyla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Uygulanacak anketler, kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Lütfen soruların başındaki yönergeleri dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen seçeneği 'X' ile işaretleyiniz. Lütfen anketlerde bütün soruları cevapladığınızdan emin olunuz. Soruların tümünü cevaplamak yaklaşık olarak 25 dk'nızı alacaktır. Çalışma hakkında merak ettiğiniz ve öğrenmek istediğiniz bilgiler için Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Ayşegül CELAP'la (Tel: 0531 391 89 94: aysegulcelap@hotmail.com) iletişime geçebilirsiniz. Bu çalışmaya olan katkınız ve verdiğiniz cevaplardaki samimiyetiniz için teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman çalışmayı bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum.

Ad Soyad: _____

Tarih: _____

İmza: _____

EK 3
DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

() Kadın () Erkek () Diğer

3. Boy:

4. Kilo :

5. Medeni Durum:

() Evli () Bekar () Boşanmış () Diğer

6. Çocuğunuz var mı?

() Hayır

() Evet

Kaç çocuğunuz var?

7. Eğitim Düzeyi:

() Okuryazar değil

() Okuryazar

() İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Üniversite mezunu

() Yüksek lisans ve Doktora

8. Meslek:

9. Şu an da çalışıyor musunuz?

() Hayır

() Evet

Ne kadar süredir çalışıyorsunuz? Yıl

Daha önce çalıştıysanız ne kadar süredir çalışmıyorsunuz? Yıl

10. Aylık gelir durumunuz (Size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz).

() 0-999 () 1000-1999 () 2000-2999 () 3000-3999 () 4000 ve üzeri

11. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

- () Büyükşehir
() Şehir
() İlçe
() Kasaba
() Köy

12. Evde kimlerle beraber yaşıyorsunuz?

- () Geniş aile
() Çekirdek aile
() Yalnız
() Diğer

13. Sigara kullanıyor musunuz?

- () Hayır
() Evet

- a. Günlük kullanılan sigara miktarı.....(adet/gün)
b. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?.....(ay/yıl)
c. Eğer bırakmışsanız kaç yıl sigara kullandınız?(ay/yıl)

14. Alkol kullanıyor musunuz?

- () Hayır
() Evet

- a. Alkol kullanma miktarı.....(kadeh/hafta/gün)
b. Ne kadar süredir alkol kullanıyorsunuz?..... (ay/yıl)
c. Eğer bırakmışsanız kaç yıl alkol kullandınız?.....(ay/yıl)

15. Eşlik eden sistemik(kronik) hastalığınız var mı?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Hayır
☐ Evet

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Diabetes Mellitus (Şeker) | ☐ 2. Felç(İnme) |
| ☐ 3. Hipertansiyon | ☐ 4. Koroner Arter Hastalığı |
| ☐ 5. Romatizmal Hastalıklar | ☐ 6. Böbrek Yetmezliği |
| ☐ 7. Beyin-Damar Hastalıkları | ☐ 8. Kanser |
| ☐ 9. Yüksek Kolesterol(Hiperlipidemi) | 10. Diğer |

16. Şu ana dek herhangi bir psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu ya da bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet ise ne olduğunu belirtiniz (örn: yaygın kaygı bozukluğu, majör depresif bozukluğu vb.)

.....

17. Şu anda herhangi bir psikiyatrik/ psikolojik yardım alıyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

Evet ise ne sebeple aldığınızı belirtiniz.

Ne kadar süredir yardım aldığınızı belirtiniz.

HASTALIKLA İLGİLİ SORULAR

1. Kaç kez kalp krizi geçirdiniz?

2. Ne zaman kalp krizi geçirdiniz? 1. Kalp Krizi Tarihi:

2. Kalp Krizi Tarihi:

3. Kalp Krizi Tarihi:

3. Kalp krizi nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet ise Kaç kere yattınız

4. Hastalığınızla ilgili nasıl bir tedavi izlendi?

☐ İlaç tedavisi _____ yıl _____ ay

☐ Ameliyat

a) Anjiyo yapıldı _____ yıl _____ ay

b) Stent takıldı _____ yıl _____ ay

c) By pass oldum _____ yıl _____ ay

Diğer (Belirtiniz)

5. İlaçlarınızı zamanında alma/kullanma durumunuz:

☐ İlaç kullanmıyorum.

☐ İlaçlarımı aksatıyorum.

☐ İlaçlarımı aklıma geldiği zaman alıyorum.

☐ İlaçlarımı zamanında almaya özen gösteriyorum.

☐ İlaçlarımı aksatmadan alıyorum.

6. Düzenli egzersiz yaparım.(Bu cümle için size en uygun seçeneği işaretleyiniz).

☐ Egzersiz yapmıyorum.

☐ Evet, haftada en az bir kez egzersiz yapıyorum.

☐ Evet, haftada en az 2 kez egzersiz yapıyorum.

☐ Evet, haftada en az 3 kez egzersiz yapıyorum.

☐ Evet, haftada 4 veya daha fazla egzersiz yapıyorum.

7. Sağlıklı Beslenirim.(Bu cümle için size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

☐ Sağlıklı beslenmeye hiç özen göstermiyorum.

☐ Nadiren sağlıklı besleniyorum.

☐ Bazen sağlıklı besleniyorum.

☐ Çoğu zaman sağlıklı besleniyorum.

☐ Sağlıklı beslenmeye her zaman özen gösteriyorum.

EK 3

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki parantezin içini işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi Sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum.
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK 4

TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatlice okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

0= Hastalığımдан dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım

1= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım

2= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım

3= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım

4= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım

5= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	Hiç yaşamadım					Aşırı derecede yaşadım
1.Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2.Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3.Yeni ilgi alanları keşfettim.	0	1	2	3	4	5
4.Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5.Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6.Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7.Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8.Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9.Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10.Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11.Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5

12.Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13.Yaşadığım her günün değerini anladım	0	1	2	3	4	5
14.Hastalığımın sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15.Başka insanlara karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16.İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17.Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18.Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19.Düşündüğümün daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20.İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21.Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

EK 5

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatle okuduktan sonra her ifadenin yanındaki seçeneklerden aklınıza ilk gelen ve size en uygun olanı işaretleyiniz. Her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2.Bazı olumlu özelliklerimin olduğunu düşünüyorum.				
3.Genelde kendimi başarısız biri olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların yapabildiği şeyleri yapabilirim.				
5.Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7.Genel olarak kendimden memnunum.				
8.Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9.Bazen, kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10.Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

EK 6

YAŞAM YÖNELİMİ TESTİ

Aşağıda 12 cümle verilmiştir. Her cümleyi dikkatli okuyarak beşli ölçek üzerinde size uygun olan dereceyi işaretleyiniz. Verdiğiniz yanıtların 'Doğru' ya da 'Yanlış' olması gibi bir durum söz konusu değildir.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Ne olacağının önceden kestirilemediği durumlarda hep en iyi sonucu beklerim.					
2.Kolayca gevşeyip rahatlayabilirim.					
3.Bir işimin ters gitme olasılığı varsa mutlaka ters gider.					
4.Her şeyi hep iyi tarafından alırım.					
5.Geleceğim konusunda hep iyimserimdir.					
6.Arkadaşlarımla birlikte olmaktan hoşlanırım.					
7.Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.					
8.İşlerin istediğim gibi yürüyeceğini neredeyse hiç beklemem.					
9.Hiçbir şey benim istediğim yönde gelişmez.					
10.Moralim öyle kolay kolay bozulmaz.					
11.Her türlü olayda bir iyi yan bulmaya çalışırım.					
12.Başıma iyi şeylerin geleceğine pek bel bağlamam.					

EK 7

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI

Aşağıda sağlık durumunuzu ele alalımızla ilgili 18 tane cümle verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyarak altılı ölçek üzerinde (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Katılmama Eğilimindeyim, Katılma Eğilimindeyim, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) size uygun dereceyi yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten size uygun olan dereceyi seçiniz. Bu anket, kişisel inançlarla ilgilidir, bu sebeple doğru ya da yanlış cevap diye bir durum söz konusu değildir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmama eğilimindeyim	Katılma Eğilimindeyim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Hasta olursam çabuk iyileşmek benim kendi davranışlarıma bağlıdır.						
2.Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam, olurum.						
3.Hastalıktan kaçınmanın en iyi yolu düzenli olarak doktorumu görmektir.						
4.Sağlığımı etkileyen çoğu şey kaza ile başıma gelir.						
5.Kendimi iyi hissetmediğimde bir sağlık uzmanına başvurmalıyım.						
6.Sağlığımın iyi olup olmaması benim kontrolümdedir.						
7.Ailemin hasta olmam veya sağlıklı kalmam ile büyük bir ilgisi vardır.						
8.Hastalandığım zaman suçlanacak kişi benimdir.						

9.Bir hastalıktan toparlanmamda şansın büyük bir payı vardır.						
10.Sağlık durumumun iyi olup olmaması doktorlara bağlıdır.						
11.Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde şans işidir.						
12.Sağlığımı etkileyen esas şey benim kendi yaptıklarımdır.						
13.Kendime iyi bakarsam hastalıklardan kaçınabilirim.						
14.Bir hastalığı atlatmam çoğunlukla doktor, hemşire, aile fertleri ve arkadaşlar gibi başka insanların bana iyi bakıyor olmasından kaynaklanır.						
15.Ne yaparsam yapayım hastalanma ihtimalim vardır.						
16.Kaderde varsa sağlıklı olurum.						
17.Eğer doğru hareket edersem sağlıklı olurum.						
18.Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediklerini yaparım.						

EK 8

SAĞLIK BİLİŞLERİ ANKETİ

Yönergeler: Aşağıdaki sorular şu anda **tanı konulmuş tıbbi bir durumu olan** insanlar için hazırlanmıştır. Aşağıda listelenmiş her bir ifadeyi okuyunuz ve kendi inançlarınıza dayanarak, ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. İfadeye ne kadar katıldığınızı **Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne katılmıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan cevaplayarak, her bir soru için bir cevap seçiniz.

1. Ciddi bir sağlık sorununun olması korkunç bir şey.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
2. Eğer sağlık sorunun kötüye giderse, onunla baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
3. Gelecekte, sağlık sorununun önemli ölçüde kötüleşme olasılığı olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
4. Gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla baş edebileceğimi hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Başka sağlık sorunları da yaşama olasılığım olduğunu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
6. Gelecekte oluşabilecek ciddi sağlık sorunlarıyla baş edebileceğimden emin değilim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
7. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına doğru teşhis koyabileceğine güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

8. Sağlık sorunları yaşama ihtimalimin tanıdığım diğer insanlardan daha fazla olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
9. Eğer başka sağlık sorunlarım olsaydı, bunun hayatımı mahvedeceğini düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
10. Eğer gelecekte başka ciddi sağlık sorunları yaşarsam, her ne olursa olsun baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
11. Sağlık hizmetleri sistemine güvenmiyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
12. Sağlık sorunlarımla olma ihtimalinin, çoğu insandan daha fazla olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
13. Eğer başka sağlık sorunları yaşasaydım ya da şu anki sağlık durumum daha da kötüleşseydi bu benim için endişe verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
14. Bir sağlık sorununun olması çok üzüntü verici bir şey.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

15. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
16. Eğer başka bir kronik sağlık sorunun olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, hayatımı daha fazla kontrol edemezdim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
17. Eğer başka bir sağlık sorunu yaşasaydım ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, bu dehşet verici olurdu	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
18. Eğer başka bir ciddi sağlık sorunun olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19. Başka ciddi bir sağlık sorunun olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi bile, hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
20. Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

EK 9

BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ- KISA FORMU

Bu ölçekte öğrencilerin üniversite yaşantılarında kullandıkları başa çıkma yollarını tanımlayan 28 madde bulunmaktadır. Sorunlarla başa çıkmaya çalışmanın birçok yolları vardır. Bu yolların doğru veya yanlış oluşu değil, kişiye uygun olup olmadığı önemlidir. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve her birini diğerlerinden ayrı değerlendirmeye çalışarak, yanıtınızı olabildiğince sizin için doğru kılınız. Her bir ifade için verdiğiniz kararı “bunu hiç yapmıyorum”dan “bunu çok yapıyorum”a kadar uzanan dörtlü ölçek üzerinde size uygun olan derecelerden **yalnız birini** işaretleyerek belirtiniz.

- 1 = Bunu hiç yapmıyorum
2 = Bunu çok az yapıyorum
3 = Bunu orta derecede yapıyorum
4 = Bunu çok yapıyorum

	1	2	3	4
1.Zihnimi boşaltmak için kendimi işe veya diğer etkinliklere veriyorum.				
2.Tüm çabamı içinde bulunduğum durum için bir şeyler yapmaya yoğunlaştırıyorum.				
3.Kendime ‘bu gerçek değil’ diyorum.				
4.Kendimi daha iyi hissetmek için alkol veya diğer maddeleri kullanıyorum.				
5.Diğer insanlardan duygusal destek alıyorum.				
6.Başta çıkmaya çalışmaktan vazgeçiyorum.				
7.Durumu daha iyi yapmaya çalışmak için harekete geçiyorum.				
8.Böyle bir şey olduğuna inanmayı reddediyorum.				
9.Kendime rahatsız edici duygulardan kurtulmamı sağlayan şeyler söylüyorum.				
10.Diğer insanlardan yardım ve tavsiye alıyorum.				
11.Bu durumu atlatabilmek için alkol veya başka maddeler kullanıyorum.				
12.Sorunu farklı bir gözle görmeye, onun daha olumlu görünmesini sağlamaya çalışıyorum.				
13.Kendimi eleştiriyorum.				
14.Ne yapmam gerektiğine ilişkin bir yol bulmaya çalışıyorum.				
15.Beni rahatlatan ve bana anlayış gösteren birisini buluyorum.				
16.Başta çıkma girişimlerimden vazgeçiyorum.				
17.Olup bitenlerde olumlu bir şeyler arıyorum.				
18.Durumla ilgili şakalar yapıyorum.				
19.Sorunu daha az düşünmek için sinemaya gitmek, TV seyretmek, okumak, hayal kurmak, uyumak, alışveriş yapmak gibi şeyler yapıyorum.				
20.Bu durumun gerçek olduğunu kabul ediyorum.				
21.Olumsuz duygularımı ifade ediyorum.				
22.Huzuru dinsel veya diğer inançlarımda bulmaya çalışıyorum.				
23.Ne yapabileceğim konusunda diğer insanlardan tavsiye veya yardım almaya çalışıyorum.				

24.Bu durumla yaşamayı öğreniyorum.				
25.Hangi adımları atacağım konusunda çok düşünüyorum.				
26.Olup bitenler için kendimi suçluyorum.				
27.Dua ediyorum veya meditasyon yapıyorum.				
28.Bu durumla dalga geçiyorum.				

