



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA  
PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ VE PSİKIYATRİK BELİRTİLER  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Serpil ÇİFTÇİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Gaziantep  
2015



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA  
PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Serpil ÇİFTÇİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Gaziantep  
2015

**T.C.**  
**GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA PROBLEM ÇÖZME  
BECERİSİ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Serpil ÇİFTÇİ**

Tez Savunma Tarihi: 09.07.2015

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmamın bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Prof. Dr. Kıvanç GÜNGÖR**  
**Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı V.**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

**Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR**  
**Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ**

**Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ**

**Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR**

**İmzası**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Serpil ÇİFTÇİ

09.07.2015

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima özveride bulunan, pozitif yaklaşımıyla moral veren, azmine ve çalışma disiplinine hayran olduğum, değerli hocam ve danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a,

Her zaman destekleyici, öğretici ve yönlendirici yaklaşımıyla lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda hissettiğim, bizlere alandaki kıymetli bilgi birikimi ile hep kucak açan, her daim bize karşı sevgi ve şefkat dolu olan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye,

Her zaman bana destek olan, beni cesaretlendiren, yardımlarını hiçbir zaman eksik etmeyen kıymetli meslektaşım ve değerli arkadaşım Sayın Sema AYTAÇ ve Gülay ÇALIŞKAN'a,

Desteklerini ve yardımlarını her zaman gördüğüm değerli arkadaşlarıma, klinikte çalışmama destek olan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Polikliniğinde görevli tüm doktor, hemşire ve personele,

Araştırmama katılmayı kabul eden çok değerli hastalarıma,

Beni bugünlere getiren ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, hep yanımda olan annem, babam ve canım kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim...

Serpil ÇİFTÇİ

Gaziantep, Haziran 2015

<b>İÇİNDEKİLER</b>	Sayfa No
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	vii
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>SUMMARY</b> .....	2
<b>1. GİRİŞ</b> .....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Miyokardİnfarktüsü (MI) Tanımı.....	6
2.1.1. MI'ın Epidemiyolojisi .....	7
2.1.2. MI'ın Etiyolojisi.....	8
2.1.3. MI'ın Oluşumunda Rol Oynayan Risk Faktörleri .....	8
2.1.3.1. Sigara Kullanımı.....	9
2.1.3.2. Alkol Kullanımı .....	9
2.1.3.3. Beslenme.....	9
2.1.3.4. Fiziksel Aktivite.....	10
2.1.3.5. Diyabet.....	10
2.1.3.6. Miyokardİnfarktüsü ve Psikososyal Faktörler.....	10
2.2. Miyokardİnfarktüsünden Sonra Görülen Psikiyatrik Problemler.....	12
2.2.1. Kaygı Bozukluğu.....	13
2.2.2. Depresyon.....	14
2.2.3. Uyum Bozukluğu.....	15
2.2.4. Psikoseksüel Bozukluklar.....	16
2.2.5. Somatizasyon Bozukluğu.....	17
2.3. Problem Çözme Becerisi.....	18

2.3.1. Problem Kavramı.....	18
2.3.1.1. Problem Türleri.....	18
2.3.2. Problem Çözme Becerisi.....	19
2.3.2.1. Problem Çözme Süreci ve Aşamaları.....	20
2.3.2.1.1. Aceleci Yaklaşım.....	21
2.3.2.1.2. Düşünen Yaklaşım.....	21
2.3.2.1.3. Kaçınan Yaklaşım.....	21
2.3.2.1.4. Değerlendirici Yaklaşım.....	22
2.3.2.1.5. Kendine Güvenli Yaklaşım.....	22
2.3.2.1.6. Planlı Yaklaşım.....	22
2.3.2.2. Problem Çözme Becerisini Etkileyen Faktörler.....	22
2.3.2.2.1. Özgüven.....	23
2.3.2.2.2. Kaygı.....	23
2.3.2.2.3. Aile Tutumu.....	23
2.3.2.2.4. Duygu ve Düşüncelerin Etkileri.....	24
2.3.2.3. Problem Çözme Becerisine Sahip Bireyin Özellikleri.....	25
2.4. Miyokardİnfarktüsü ve Psikososyal Hemşirelik Bakımı.....	27
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>30</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Verilerin Toplanması .....	31
3.4.1. Birey Tanıtım Formu.....	31
3.4.2. Kısa Semptom Envanteri .....	31
3.4.3. Problem Çözme Envanteri .....	32
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	33
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	35
4.2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	37
4.3.Hastaların Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	39
4.4.Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
4.5.Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PÇE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
4.6.Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre KSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
4.7. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre PÇE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
4.8. Yaş, Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişki.....	54
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>56</b>
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	56
5.2. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	57
5.3.Hastaların Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanterinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre İncelenmesi.....	59
5.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
5.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PÇE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
5.6. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre KSE Puan	



Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
5.7. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre PÇE Puan	
Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
5.8. Yaş, Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki	
İlişki.....	66
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
6.1. Sonuçlar.....	68
6.2. Öneriler.....	73
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>75</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>87</b>
EK-1. Birey Tanıtım Formu .....	87
EK-2. Kısa Semptom Envanteri (KSE) .....	89
EK-3. Problem Çözme Envanteri (PÇE).....	92
EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu .....	95
EK-5.Etik Kurul Onay Yazısı.....	97
EK-6. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı.....	99
EK-7. Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi İzin Yazısı.....	100
EK-8. Özgeçmiş.....	101

## **KISALTMALAR**

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

Mİ: Miyokardİnfarktüsü

AMİ: Akut Miyokardİnfarktüsü

DM: DiyabetesMellitus

TEKHARF: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri Taraması

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

CD: Cinsel Disfonksiyon

PÇE: Problem Çözme Envanteri

KSE: Kısa Semptom Envanteri

INTERHEART: Uluslararası Kalp Çalışması

DSM V: Diagnosticand Statistical Manual of MentalDisorders, Five Edition

AKS: Akut Koroner Sendrom

## **TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 1.</b> Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	36
<b>Tablo 2.</b> Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	37
<b>Tablo 3.</b> Hastaların Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Alt Ölçek ve Toplam PÇE Puan Ortalamaları.....	39
<b>Tablo 4.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KSE Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 5.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PÇE Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 6.</b> Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre KSE Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 7.</b> Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre PÇE Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 8.</b> Yaş, Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişki.....	55

## ÖZET

### MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Serpil ÇİFTÇİ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı,  
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı  
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR  
Haziran 2015, 101 Sayfa

Bu araştırma, miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda problem çözme becerisi ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile tanımlayıcı tipte yapılan bir çalışmadır. Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde MI nedeniyle takip edilen hastalarla yapılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak; “Birey Tanıtım Formu”, “Kısa Semptom Envanteri”, “Problem Çözme Envanteri” kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS’ de sıklık, t- testi, Anova, kruskall wallis testi, korelasyon analizi kullanılarak yapılmıştır. MI sonrası hastalarda en sık görülen psikiyatrik belirtilerin, somatizasyon (7.0±5.1), anksiyete (5.1±4.2), hostilite (5.7±3.8), depresyon (10.6±7.1) olduğu belirlenmiştir. Problem çözme becerisindeki yetersizliğin en fazla aceleci yaklaşım (39.4±9.4), kendine güvenli yaklaşım (23.5±6.4), düşünen yaklaşım (13.8±6.1), planlı yaklaşım (9.4±3.2), kaçınan yaklaşım (18.4±6.4) alanlarında olduğu saptanmıştır. Ayrıca; yaş ile değerlendirici yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu; somatizasyon ile kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu; depresyon ile değerlendirici yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile değerlendirici yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; hostilite ile değerlendirici yaklaşım ve toplam PÇE puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; olumsuz benlik ile değerlendirici yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05). Çalışmada MI hastalarının problem çözme becerileri ile psikiyatrik belirtileri arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. MI sonrası hastaların sorun çözme becerilerinin ve eşlik eden psikiyatrik belirtiler açısından incelenmesi hastalığın seyri açısından ele alınması gereken konulardandır.

**Anahtar Kelime:** Miyokard İnfarktüsü, Problem Çözme, Psikiyatrik Belirti.

## SUMMARY

### RELATIONSHIP BETWEEN PROBLEM SOLVING SKILLS AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PATIENTS EXPERIENCING MIOCARDIAL INFARCTION

Serpil ÇİFTÇİ

Master's Thesis, Department of Nursing,  
Master's Degree Program of Psychiatric Nursing,

Counselor: Ass. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

June 2015, 101 Pages

This is a descriptive and study to establish the relationship between, problem solving skills and psychiatric symptoms in patients who have experienced myocardial infarction. The study was performed in patients followed up in Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital Cardiology Polyclinic due to MI. "Individual Identification Form", "Brief Symptom Inventory", "Problem Solving Inventory" were used as data collection tool in the study. Analysis of the data was conducted by using frequency, t-test, Anova, kruskall wallis and correlation analysis in SPSS. Psychiatric symptoms mostly seen patients after MI are reported to be, somatization (7.0±5.1), anxiety (5.1±4.2), hostility (5.7±3.8), depression (10.6±7.1). Problem solving incapability is detected to be prominent in the areas of impulsive style (39.4±9.4), problem-solving confidence (23.5±6.4), reflective style (13.8±6.1), planfulness (9.4±3.2), avoidant style (18.4±6.4). In addition, it was found that a positively significant relationship was present between somatization and hasty approach and self-confident approach; a negatively significant relationship was present between depression and evaluative approach and positive relationship between self- confident approach; negative relationship was present between interpersonal sensitivity and evaluative approach; a negatively significant relationship was present between hostility and evaluative approach (p<0.05). In the study it was determined that a significant relationship was present between problem solving skills and psychiatric symptoms of the patients. Investigation of patients in respect to problem solving skills after myocardial infarction and accompanying psychiatric symptoms are issues that have to be considered.

**Keywords:** Myocardial Infarction, Problem Solving, Psychiatric Symptoms

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıkların, beklenen yaşam süresinin artması, hızlı kentleşme, yaşam süresinde yaşanan stresler nedeniyle günümüzde daha da önemli hale geldiği, bütün ülkelerde bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli sağlık sorunu olduğu belirtilmektedir(1). 21. yüzyılın başından itibaren Kardiyovasküler hastalık (KVH) gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %25'inden sorumlu hale gelmiştir (2, 3). Dünya çapında KVH'a bağlı ölümlerin 2020 yılında 1990 yılına oranla erkeklerde %100, kadınlarda %80 oranında artacağı düşünülmektedir. 2020 yılında 25 milyon insanın KVH'lar sebebiyle öleceği ve koroner arter hastalıklarının (KAH) dünyada en yaygın ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir. Bunun anlamı her üç ölümden birinin KVH'lara bağlı olacaktır (2). Ülkemizingenç bir nüfus ortalamasına sahip olması sebebiyle kardiyovasküler risk faktörlerinin dağılımı diğer gelişmekte olan ülkelere kıyasla belirgin değişiklikler göstermektedir. Türk halkının %65'inin kentlerde yaşaması ve hızlı endüstrileşmenin olumsuz (sigara içimi ve hayvansal yağdan zengin besin yeme alışkanlıklarında artma, sedanter yaşam vb.) etkileri sonucunda Türk halkında da gelişmiş ülkelere benzer oranlarda ve sıklıkta KVH'lara bağlı ölüm gözlenmektedir (1).

Türkiye'de 1990 yılından itibaren Türk Kardiyoloji Derneği ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yürütülen Türk erişkinlerinde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığının araştırılması amacı ile yapılan, 20 yaş ve üzerinde bulunan 29.5 milyon kişi üzerinde yapılan tarama sonucuna göre; bu bölgelerde 1.860.000 kalp hastası bulunduğu saptanmıştır (4).

Koroner arter hastalıkları arasında önemli sıklıkta görülen rahatsızlıklardan birisinin Miyokard İnfarktüsü (Mİ) olduğu belirtilmektedir (5, 6). Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) sebebiyle ölümler son otuz yıl içerisinde en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer aldığı, ABD'de yılda yaklaşık 900 bin-1 milyon kişi, Almanya'da ise yılda 300-350 bin kişinin Mİ geçirdiği, bu insanların yaklaşık 1/3-1/4'ünün daha hastaneye yetiştirilmeden şikayetleri başladıktan sonraki ilk 1 saat içinde öldüğü bilinmektedir (7).

Miyokard enfarktüsü sonrası yaşam, hasta için oldukça stresli olmakta, hastalar tarafından yüksek seviyede depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlenmekte, hastalık ile ilgili olarak suçluluk duyguları yaşanabilmekle birlikte hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşayabilmektedir (6).

Hastalığın öznel olması ve her birey için farklı deneyimlenmesi sebebiyle bireylerin hastalığa verdiği duygusal cevabı da farklı olmaktadır (8). Bazı bireyler, hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleşir görünürken, bazıları öfke, korku veya umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşamakta, bunlarla baş etmede zorlanmakta ve bunların sonucu olarak hastalardagenel olarak ortaya çıkan en yaygın duygusal tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umutsuzluk, olmakta, en yaygın davranışsal tepkiler ise; destek arama, bu zorlayıcı yaşam olayı sonrası gelişim, kendi sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, tedavi planına uyumsuzluk ya da tedaviyi kabul etmemedir (9).

MI geçiren hastalar, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokard enfarktüsü sonrası tıbbi tedavi, özbakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına sebep olabilmekte ve bu bireyler daha önce sorunlarını çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını kullanmakta güçlük çekmektedir(10).

Çoğu insan için yaşam günlük problemler ve stresli olaylarla dolu olup, yaşanan bu zorluklar kişinin fiziksel ve ruh sağlığını etkilemektedir. Yaşanan zorluklarla başa çıkmadaki önemli kişisel kaynaklardan biri kişinin problem çözme becerisidir ve etkili olmayan bir şekilde problem çözme, olumsuz sonuçlar doğurmakta ve ruhsal uyumsuzluğa yol açmaktadır (11).

Problem çözme becerisine sahip olan bireylerin yenilikçi, tercih ve kararlarını açıkça belirtme, sorumluluk duygusuna sahip olma, esnek düşünme, cesaret ve maceracılık, farklı fikirleri ortaya koyabilme, kendine güven, geniş ilgi alanı, mantıklı ve nesnel davranma, rahat ve duygusal olma, aktif ve enerjiklik, yaratıcı, üretici olma, eleştirel bir bakış açısı gibi kişilik özelliklerine sahip oldukları belirtilmektedir (12). Problemlerini

etkili çözemeyen bireylerin, etkili problem çözme becerisine sahip bireylere göre, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz kaldıkları, ayrıca duygusal problemlerinin de daha fazla olduğu belirtilmiştir (13). Ayrıca, etkisiz problem çözenin, stres verici durumlara ve psikolojik uyumsuzluklara sebep olabileceği de belirtilmektedir (12).KAH'nın bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtladığı, yaşamdan doyum almasını engellediği ve yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (14). Kalp hastalığı tanısı almak ile ortaya çıkan ani ölüm riski ya da hastalık tehdidi bireyde sıklıkla anksiyete ve disforiye, genellikle de depresyona neden olmaktadır (15). Mİ sonrası gelişen düşük benlik saygısı ve bireyin kendini sürekli "hasta" rolünde algılaması, öğrenmesini ve uyumunu azaltmakta, pozitif başa çıkma davranışlarını olumsuz etkilemektedir (3).

Fiziksel hastalığın özellikleri, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hasta için bunların sembolik önemi, bu organ ve dokulara yüklediği anlam, hastalık hakkındaki bilgisi hastanın hastalığa verdiği tepkilerin ortaya çıkmasında önemlidir ve hastanın bireysel özellikleri, hastalıkla ilgili geçmiş yaşam deneyimleri, hastalık ve sağlık bakım sistemi hakkındaki inançları, daha önceki zorlanmalara verdiği psikolojik yanıtlar ve kullandığı çözüm yolları da o sırada vereceği duygusal tepkiyi etkilemektedir (8). Hastanın hastalığa yönelik tepkisi, hastalığa uyum süreci ve hastalıkla başatme tepkilerinin değerlendirilmesi ise hemşirenin en önemli görevlerinden biridir. Mİ sonrası hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve hastalığa psikososyal uyumunun iyileştirilmesi için öncelikle bu özellikler açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, Miyokard enfarktüsü tanısıyla tedavi edilen hastalarda problem çözme becerisi ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemektir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Miyokard İnfarktüsü (Mİ)' nün Tanımı

Kalp ve damar hastalıkları içinde en sık rastlanan rahatsızlıklardan biri miyokard enfarktüsüdür (5, 6). Mİ; akut ve ölümcül bir hastalık olup, uzamış iskemi sonucu meydana gelen geri dönüşümsüz kalp kası nekrozu olarak tanımlanmaktadır(16, 17). Kalbin koroner kan dolaşımının belli bir bölgede yetersiz kalması sonucu, o bölgedeki kalp kası dokusunun ölmesi veya koroner arterin trombus ile tıkanması sonucu oluşmaktadır (16).

Mİ'in oluşumunda çeşitli risk faktörleri rol oynamakta ve bunlardan en önemlisi; aterosklerozdur (18). Koroner arterlerde oluşan ateroskleroz, çocukluk çağından başlayıp yavaş ilerleyen bir süreç olup bazı bireylerde daha hızlı bir ilerleme göstererek, 30'lu yaşlarda ortaya çıkabilirken bazılarında 50'li, ve 60'lı yaşlara kadar sessiz kalabilmekte, koroner arter plağı %60-65'ten fazla daralma olunca hastada şikayetler başlamakta bazen de belirti vermeden aniden ortaya çıkabilmektedir. Erkeklerde aterosklerotik lezyonlar, kadınlardan daha erken yaşlarda ve daha sık görülür, kadınların yaşamlarının da erkeklerinkine benzer olması, toplum yaşantısında daha fazla rol almaları, sigara içme alışkanlığının kadınlar arasında da yayılması gibi nedenlerle kadınlarda da aterosklerotik lezyonlara bağlı iskemik kalp hastalıkları gittikçe daha sık görülmektedir (9).

Endüstri toplumlarında erişkin ölümlerin %50' sinden fazlasının nedeni MI'dır ve mortalite ve morbiditenin yüksek olması, üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, tedavi maliyetinin yüksek olması, ciddi komplikasyonlara yol açması gibi nedenlerden dolayı önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (9).

### 2.1.1. Mİ'ın Epidemiyolojisi

Koroner kalp hastalığı (KKH), gelişmiş batılı ülkelerde gerek mortalite gerekse morbidite nedeni olarak ilk sırada yer almakta, ülkemizde de durum değişmemektedir. Amerika'da her yıl 1.5 milyondan fazla insanın AMİ geçirdiği belirlenmiş, son yıllarda Batı Avrupa ve ABD'de koroner kalp hastalığı mortalitesinde düşme olmasına karşın bu hastalıktan ölenlerin mutlak sayısında azalma olmamış, Avrupa ülkelerinde 45 yaşın üzerindeki erkeklerde ve 65 yaşın üzerindeki kadınlarda birinci sırada ölüm nedeni olarak yer aldığı belirtilmektedir (19). Avrupa ülkeleri içinde genç nüfusta kalp damar hastalığının en sık görüldüğü ülke Türkiye'dir ve ülkemizde kalp hastalığı en çok Karadeniz ve Marmara bölgelerinde görülmüştür (9). Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen TEKHARF çalışmasının verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 2 milyon kişide koroner arter hastalığı tespit edildiği, koroner arter hastalığının sıklığının erkeklerde %5.1, kadınlarda ise %3.3 olduğu belirtilmektedir (19, 20, 21, 22). Bu sayılar ülkemizi Avrupa ülkeleri arasında ilk sıralara yükseltmektedir (22, 23). Ülkemizdeki tüm ölümlerin %45'inin kalp damar hastalıklarından, %36'sının kalp hastalıklarından, %32'sinin ise koroner kalp hastalığından kaynaklandığı bildirilmektedir (19).

Bir kişinin Mİ geçirmesinin sebepleri arasında, ağır fiziksel iş yükü, mevsimsel etkiler (kış ayları), uykusuzluk, gece geç saatlerde aşırı ve ağır yemek yeme, alkol ve sigara kullanılması, kan basıncındaki ani değişimler ve yaşanan ani duygusal gerilimler gösterilmektedir (5, 24). Öfke atağından sonraki iki saat boyunca Mİ geçirme riskinin 14 kat arttığı, soğuk havanın kalp ağrısına neden olduğu, yaşlılarda ise ağır gribal enfeksiyonların Mİ'ı tetiklediği bilinmektedir (24). Akut stresörler; depresyon veya terör saldırıları gibi felaketlerin yanında yas gibi önemli olayların da KKH'ını tetiklediği bildirilmektedir (25).

Ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan bireylerde, daha önce kriz geçirmiş olan bireylerde, yaşlılarda ve erkeklerde Mİ görülme olasılığı daha fazladır ve bunlar bireylerin engelleyemeyeceği risk faktörleridir. Sigara içme, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, aşırı şişmanlık, fiziksel aktivite düzeyinin düşüklüğü ve psikososyal stres ise kişilerin gayreti ve uzmanların yardımlarıyla değiştirilmesi mümkün olan risk faktörleridir (5).

### **2.1.2. Mİ'ın Etiyolojisi**

Miyokard enfarktüsü olgularının %90'dan fazlasında etiyolojik neden tıkaçıcı trombüs olup, diğer nedenler vaskülitler, koroner emboliler, konjenital koroner arter anomalileri, travma, koroner arter anevrizması, koroner arter spazmı, artmış kan viskozitesi ve miyokard oksijen talebindeki aşırı artıştır (26, 19, 16). Gençlerde veya koroner risk faktörü olmayan kişilerde görülen AMI'lerinde ateroskleroz dışı diğer nedenler düşünülmelidir (26, 16).

Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların çoğu son zamanlarda büyük üzüntü çektiklerinden veya çok stresli günler geçirdiklerinden bahsetmekte, büyük mali kayıp, işten ayrılma, uzun bir ilişkinin arkasından gelen ayrılıklar, ödenmesi zor bir borç yükü, bir yakınının kaybı gibi depresyona giden tüm emosyonel stresler bu bireylerde ani tansiyon yükselmeleri veya damar spazmları yaparak Mİ'ne davetiye çıkarmaktadır (1, 24).

Stres ve öfkenin kişinin koroner hastası olma olasılığını arttırmakla kalmayıp, hastalık ortaya çıktıktan sonra da hastalığın ilerlemesine neden olduğu belirlenmiştir (9). Stresle kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada psikolojik stresi yüksek olan hastalarda, diğer hastalara göre Mİ geçirme olasılıklarının yüzde 20 daha fazla olduğu, koroner arter hastalarında stres döneminde anjina semptomlarının arttığı ve bu dönemlerde Mİ geçirme olasılıklarının daha fazla olduğu belirtilmektedir(24). Petersson ve ark. (2011)'in MI hastaları ile yaptığı prospektif kohort çalışmasında da stresli olaylara maruz kalan ve uyum zorluğu çeken hastaların daha fazla risk altında olduğu ve bu bireylerin erken teşhis edilmesi gerektiği belirlenmiştir (27).

### **2.1.3. Mİ'ın Oluşumunda Rol Oynayan Risk Faktörleri**

Miyokard enfarktüsü oluşumunda birçok faktörün rol oynadığı ve risk faktörlerinin anlaşılmasının bu hastalığın korunmasında önemli olduğu belirtilmektedir (9). Hastalığın risk faktörleri kontrol altına alınabilen ve alınamayan olarak iki grupta incelenmekte olup; hiperlipidemi, sigara, alkol kullanımı, psikososyal faktörler, obezite ve diyabetin kontrol altına alınabilen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, aile hikâyesi, düşük sosyoekonomik statü, genetik özelliklerin ise kontrol altına alınamayan risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (5, 19,28, 29).

Sigara, alkol, beslenme, fiziksel inaktivite, diyabet, yaşam olayları ve psikososyal faktörlerin Mİ'nin oluşmasını etkilediği belirtilmiştir (9).

**2.1.3.1. Sigara Kullanımı:** Sigara kullanımı lipid metabolizmasını değiştirerek, koroner vasomotor tonusu artırarak, hematolojik parametreleri değiştirerek, endotel hücre disfonksiyonu yaparak ve antihipertansif ajanlara yanıtı azaltarak çeşitli mekanizmalarla ateroskleroz gelişme riskini artırır (30). En önemli risk faktörlerinden biri olan sigara kullanımı ülkemizdeki yaygınlığı nedeniyle büyük önem taşımakta ve sigara içimi KVH riskini iki kat artırmaktadır (9, 15). İçilen sigara miktarı ile bu risk doğrusal olarak artmakta, sigara içenlerde MI ve kardiyak ölüm riski, içmeyenlere göre erkeklerde 2.7, kadınlarda 4.7 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (30).

Çevresel sigara dumanına maruz kalan bireylerde de kalp hastalığı riski artmakta, MI geçiren bireylerin sigaraya devamı durumunda re-enfarktüs ve ani ölüm riski yükselmektedir (9). MI geçirmiş hastalarda sigaranın bırakılmasını takiben birinci yılda risk yarı yarıya azalmakta, ikinci yıl içinde ise risk hiç içmeyenler seviyesine inmektedir (30).

MI geçirmiş hastaların, hastaneden taburcu olmadan sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmeleri, bırakmanın önemi konusunda bilimsel açıklamalarla ikna edilmeleri, gerekirse hastaların sigara bırakma programına alınmaları ve bu programlarda hastalara sigarayı bırakması için eğitim oturumları, davranış değiştirme teknikleri ve gerektiğinde nikotin replasman tedavisi yapılması önerilmektedir (30, 31).

**2.1.3.2. Alkol Kullanımı:** Orta düzeyde ve düzenli alkol kullanımının kalbi korumakta olduğu, koroner kalp hastalığı riskini ve buna bağlı ölüm oranını azalttığı, düzensiz ve fazla alkol kullanımının ise aritmi ve ani kardiyovasküler ölümlere yol açtığı belirtilmektedir (31).

**2.1.3.3. Beslenme:** Belli diyet düzeni ve yiyecek kategorilerinin kalp hastalıkları riskinde azalma ile ilişkili olduğu, sebze, meyve, tahıl, bakliyat, balık, beyaz et, düşük yağlı ya da yağsız süt ürünleri ve bitkisel sıvı yağ ile beslenmenin kalp hastalıkları riskini azalttığı belirtilmektedir (9, 31). Bu yiyecekler; yüksek oranda lif, omega-3 yağ asidi ile ölçülü miktarda doymamış yağ asidi içermeleri ve yüksek glisemik etkisi olan doymuş yağ asidi ile trans yağ asitlerinden, şeker ve nişastadan fakir olmaları gibi özelliklere sahip olup, bu tip beslenme ile KVH riski %30 oranında azaltılabilir (9).

**2.1.3.4. Fiziksel Aktivite:** Fiziksel olarak aktif olmak koroner kalp hastalığı olan hastaların yaşam tarzında yapması gereken önemli değişikliklerden biridir (28). Egzersiz yapmayan bireyler düzenli egzersiz yapan bireylerle kıyaslandığında; yapmayanlarda koroner kalp hastalığından dolayı ölüm oranının iki kat daha fazla olduğu ve Mİ geçiren hastalarda orta şiddette yapılan egzersizin yeni bir kriz riskini ve mortaliteyi azalttığı belirtilmiştir (31).

Egzersiz yapmamak hem dolaylı, hem de doğrudan kardiyak risklere neden olmaktadır. Kalp kasının zayıflaması ve pompalama işinin etkinliğini yitirip, dolaşımın daha etkisiz hale gelmesi doğrudan risk, kandaki kolesterol düzeyinin artması, hipertansiyon veya şişmanlığın artması ise dolaylı risklerdir (9).

**2.1.3.5. Diyabet:** Diyabetes mellitus (DM) önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Tüm diyabetik hasta ölümlerinin %70-80'inden kardiyovasküler hastalıkların sorumlu olduğu ve bu ölümlerin dörtte üçünün koroner arter hastalığına bağlı olduğu, mortalitenin diyabetik olmayanlara göre diyabetli erkeklerde 2-3 kat, diyabetli kadınlarda ise 3-5 kat arttığı belirtilmiştir (32). Mİ geçirmiş diyabetik olgularda hastane içi mortalitenin diyabeti olmayanlara göre %50 daha fazla ve 2 yıllık mortalitenin ise 2 kat fazla olduğu bulunmuştur (28).

#### **2.1.3.6. Miyokard Enfarktüsü ve Psikososyal Faktörler**

Kardiyovasküler hastalıklar ile depresyon, anksiyete, hostilite, A tip davranış, sosyal izolasyon gibi psiko-sosyal faktörler arasındaki ilişki son zamanlarda ilgi konusu olmuştur (33). Bu alanda yapılan çalışmalardan birisi Uluslararası Kalp (INTERHEART) çalışmasıdır, bu çalışma 52 ülkede 11.119 kalp hastası ve 13.648 kişiden oluşan kontrol grubunda psiko-sosyal risk faktörleri ile akut miyokard enfarktüs riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmış ve başlıca dört faktör sorgulanmıştır. Bu faktörler; işte stres, evde stres, parasal stres ve son bir yılda stresli bir yaşam olayının varlığıdır. Akut Mİ geçiren hastalarda, bu dört faktörün de daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (34). Bu dört faktörün yanı sıra, Mİ geçiren hastalarda son bir yıl içinde kontrol grubuna göre depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (35).

Stresin kalp hastalıkları üzerindeki etkisi ilk kez 1960'lı yıllarda dikkat çekmeye başlamış ve araştırmacılar "A tipi" kişiliği ilk kez o zaman tanımlamışlardır. A tipi kişilik özellikleri şöyle sıralanabilmektedir;

Aşırı çalışma, hırslı, belirli bitirme süresi olan aktivitelerle fazla uğraşma, sabırsız olma ve zamansızlık duygusu, zaman baskısı altında olduğunu ifade eden motor hareketler sergileme, düşmanlık ve eleştiri yapma, agresif ve irritable duygudurum, fizik aktiviteleri arttırma eğilimi, zihinsel aktiviteleri arttırma eğilimi, başarı ve tanınma için yoğun istek duyma, fazla yarışmacılık (9, 36)

Tip A kişilik özelliklerine sahip bireylerin ihtiraslı, zamanla yarışan, başarı ihtiyacı yüksek, yarışmacı, hostile olma gibi özelliklerinin bu kişileri koroner kalp hastalıklarına yatkın hale getirdiği bildirilmektedir (37, 38).

15-45 yaş arası 193 akut enfarktüs hastası ile yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyi, akraba evliliği sonucu doğma ve düşük eğitim düzeyinin gençlerin akut miyokard enfarktüsü geçirmesinde bağımsız risk faktörleri olduğu sonucuna varılmıştır (39).

Koroner arter hastalığı olan kişilerde majör depresyon veya depresif semptomların prevalansının 3 kat fazla olduğu, zayıf sosyal ağa sahip kişilerde koroner arter hastalığı insidansının 2-3 kat fazla olduğu, düşük seviyede duygusal destek alan post-MI hastaların kardiyak olaylara yaklaşık 3 kat fazla maruz kaldıkları ve stresli bir yaşam tarzı olan bireylerde MI ve ani kardiyak ölüm görülme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (28). Depresif olmayan hastalara karşın depresif semptomlu hastalardaki miyokard enfarktüsü için rölatif risk oranının 1.5-4.5 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır (40).

Depresyonun MI'den sonra ilk 18 ay boyunca kalp hastalıkları mortalite oranını 3-4 kat arttırdığı tespit edilmiştir (41). KKH' de minör depresyon için 1-2 kat artış ve majör depresyon için 3-5 kat artış olduğu, KKH riskinin doğrudan depresyonun şiddeti ile ilişkili olduğu ve ilişkinin kuvvetinin ise sigara içme veya hiperkolesterolemi gibi standart risk faktörleri ile aynı büyüklüğe sahip olduğu belirtilmiştir (25).

Ani kızgınlık ve öfkenin miyokard enfarktüsünde akut bir tetikleyici olup olmadığını araştıran bir çalışmada 1623 post-MI hastasına retrospektif bir anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, öfke nöbeti sonrasında enfarktüs rölatif riskinin 2 kattan fazla artmış olduğu tespit edilmiştir (42).

Hemingway ve Marmot (1999)' un aktardığına göre; koroner kalp hastalıklarında psikososyal hipotezleri konu alan prospektif kohort çalışmalarının sistematik olarak gözden geçirildiği bir makalede şu sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sağlıklı popülasyonda

yapılan prospektif kohort çalışmalarının sonuçlarına göre A tipi kişilik/düşmanlık duygusu 14 çalışmanın 6'sında, depresyon ve anksiyete 11 çalışmanın tamamında, psikososyal iş karakteristikleri 10 çalışmanın 6'sında, sosyal destek 8 çalışmanın 5'inde koroner kalp hastalıkları için etiyoloji ve prognostik faktörler olarak ortaya konmuştur. Koroner arter hastalığı bulunan populasyonda yapılan prospektif kohort çalışmalarının sonuçlarına göre ise A tipi kişilik/düşmanlık duygusunun 5 çalışmanın hiçbirinde prognostik önemi gösterilemezken depresyon ve anksiyetenin 6 çalışmanın 6'sında, psikososyal iş karakteristiklerinin 2 çalışmanın birinde ve sosyal desteğin 10 çalışmanın 9'unda prognostik rolü olduğu gösterilmiştir (43).

Psikososyal faktörlerin her birisi ayrı birer grup olarak anlatılmasına rağmen genelde bu stres kaynakları bir arada olma özelliğine sahiptir ve birlikte buldukları klasik majör risk faktörlerinin etkilerini de arttırmaktadırlar. Örneğin sigara içen depresyonlu hastalar sigara içmeyen depresyonlu hastalara göre artmış kardiyak riskle karşı karşıya kalmakta veya iş gerilimi yaşayan kişilerde yaşamayanlara göre daha fazla oranda depresyon görülmektedir (44).

## **2.2. Miyokard Enfarktüsünden Sonra Görülen Psikiyatrik Problemler**

Her fiziksel hastalıkta fiziksel patoloji, intrapsişik yaşantı ve psikososyal çevre karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Hastalık sadece biyolojik bir süreç olmayıp, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel bir olgudur (9). Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ya da davranışsal sorunların hastanın; hastalığına uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilediği belirtilmiştir (45, 46). Kronik hastalıklar hem hastanın hem de ailenin yaşantısında önemli değişikliklerin yapılmasına neden olmakta, hastanın maddi ve manevi gücünde çeşitli yitimler yaratmakta, hasta; hastalık nedeniyle meslek yaşantısında, cinsel etkinliklerinde, sosyal ilişkilerinde, amaçlarında, günlük yaşantısında birçok değişim yapmakta, kronik hastalık nedeniyle yaşanan kayıplar sonucu mesleki çevre etkilenmekte, hatta hastalar işini kaybedebilmekte, hastalıkla ilişkili olarak veya tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili olarak cinsel, fiziksel, psikolojik ve sosyal kısıtlamalar yaşayabilmekte ve bu durum kişide yadsıma, anksiyete, depresyon ve öfke gibi bir çok psikolojik tepkiler ortaya çıkarmaktadır (24).

Kalp hastalıkları ve özellikle miyokard enfarktüsü ruhsal sorunların en fazla geliştiği hastalıklardandır (47, 48, 49, 50). Anjina pektoristen koroner by-pass cerrahisine kadar

uzanan yelpazede kardiyovasküler sistem hastalıklarının hemen hepsi depresyon, anksiyete bozuklukları, deliryum, kişilik değişiklikleri gibi çeşitli ruhsal sorunlara sebep olabilmektedir (50, 51).

Kalp hastalıkları genelinde görülen en yaygın psikiyatrik bozukluklar ise; kaygı bozukluğu, depresyon, uyum bozukluğu, psikoseksüel bozukluklar ve somatizasyon bozukluğudur (37, 47, 48, 50, 51).

### **2.2.1. Kaygı Bozukluğu**

Anksiyete (kaygı); korku, gerilim, panik veya hoş gitmeyen şeylerin olacağı beklentisi içinde olma duygusu olarak tanımlanmakta ve periferal arteriyal vazokonstriksiyon, huzursuzluk, bazal metabolizma hızında artma, bronkodilatasyon ve kan basıncında artma gibi belirtilerin oluşmasına neden olmakla birlikte otonomik sinir sisteminin etkilerine bağlı olarak emosyonel stres ve kaygı, katekolaminleri ve miyokardın oksijen gereksinimini de arttırmaktadır (52). Bu nedenle, Mİ geçiren bireylerde anksiyete beklenen bir tepkidir ve Mİ'nün erken dönemlerinde ortaya çıkabilir; çünkü birey yaşamını tehdit eden bu ciddi tehlike karşısında kaygı, korku hissetmekte olup böyle bir duygulanım süreci yaşayan bireyler, daha önce sorunlarını çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını tekrar kullanmakta zorlanmaktadırlar (10, 24).

Belirlenmiş kalp hastalığı olan ve ayaktan başvuran kalp hastalarının incelenmesi ile elde edilen sonuçlarda hastaların %5-10'unda anksiyete bozukluğu (özellikle panik ataklar ve fobiler) ve %10-15'inde duygudurum bozuklukları (özellikle depresif epizotlar, minör depresyon ya da distimi) olduğu belirtilmektedir (15, 29, 53, 54).

Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine neden olmaktadır (1, 45, 47,50, 55). Bir anlamda kalple birlikte benlik de (ego) enfarktüs ve zedelenme yaşamaktadır (47,50, 51, 56). Birey kendini yeterliliği, işi tehlikeye girmiş, yaşam amaçları, cinselliği tehdit altına girmiş ya da azalmış gibi hissetmekte, istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünmekte, yaşam amaçlarının, duygusal yatırım alanlarının, ilgi alanlarının, programladığı uğraş ve hedeflerinin gerçekleşmeyeceği ve işinde, ev ile ilişkisinde, gerek aile içi gerek toplumsal rol ve işlevlerinde yeterli olamayacağı endişesini yaşamaktadır (1, 24,45, 47, 48, 50, 51).

Bu hastalarda ilk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, ikinci günde inkâr ve tedaviyi reddetme, üçüncü ve beşinci günden sonra ise depresif belirtilerin görüldüğü, inkar ve



tedaviyi reddetme davranışının, kaygı ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine neden olduğu ortaya konulmaktadır (24, 45, 50, 51).

### **2.2.2. Depresyon**

Gerçek kayıplar ya da hasta tarafından algılanan kayıp endişeleri, kaybedilen işlevler ya da işlev kaybı endişesi, cinsel yetersizlik endişesi, iş, ev ve sosyal etkinliklerini yürütemeyeceği kaygısı, kişide narsistik zedelenmeye yol açmaktadır (47). Yaşam amaçlarını kaybetme endişesi, obje kaybı gibi kayıp tepkileri yanında, sigara kullanıyor olması, kilolu olduğu, yeterince spor yapmadığı gibi yetersizlik ya da suçluluk düşünceleri gelişebilmektedir (45, 51). Mİ sonrası gelişen düşük özsaygı ve bireyin kendini sürekli “hasta” rolünde algılaması, öğrenmesini ve uyumunu azaltmakta, pozitif başa çıkma davranışlarını olumsuz etkilemekte kendi kimliğine meydan okuma, değersiz hissetme, sağlığın sürdürülmesine önem vermeme gibi davranışları ortaya çıkarmaktadır (3). Bazı hastalar kendilerinin hasta olmadığını ispat etme çabasına girerek, sağlıkları için zararlı her türlü aktiviteyi ısrarla sürdürmekte, bir kısım hastalar ise tam tersine her şeyden vazgeçici bir tutum geliştirmekte, yaşamaktan, mücadele etmekten tümünden vazgeçmekte, günlük yaşamın zorluk ve uğraşlarından, hayatın gerektirdiği yükümlülükten sakınmak için geçerli bir neden bulmuş gibi davranmaktadırlar (45, 51).

Hastaların %15-20'sinde MI sonrasında majör depresif epizod ortaya çıkmaktadır (15, 46, 53). Akut miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda, %27-65 oranında majör ya da minör depresyon tanı belirtileri gözlenirken; %25'e varan oranda ise, ağır ve genellikle tekrarlayan majör depresyon olduğu gözlenmektedir (40).

DSM V'e göre majör depresif bozukluk tanısının karşılanması için bir manik, karma ya da hipomanik dönem öyküsü olmaksızın, bir ya da birden fazla depresif dönemin yaşanması, en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanında iştah ve kiloda değişiklikler, uyku ve aktivitede değişiklikler, enerji eksikliği, ajitasyon ya da yavaşlama, suçluluk duyguları, düşünme ve karar vermede sorunlar ve yineleyici ölüm ya da özkıyım düşüncelerini içeren diğer depresif semptomlardan en az beşinin bulunması gerekmektedir (57).

Hastaların duygularını kendiliğinden dile getirmemeleri, görüşme sırasında göz temasından kaçınılması, üzüntülü görünüm, azalmış beden devinimi, konuşma hızı ve ritminde azalma, aşırı bağımlılık, yakınının yanından ayrılamama, çaresizlik, umutsuzluk, yanıt süresinin uzamasının fark edilmesi gibi durumlar depresyonun işaretçisi olabilir (58, 59).

MI hastalarında görülen depresyon ve anksiyetenin, hastaların yaşadıkları ağır hastalığa verdikleri doğal bir tepki olduğunu söylemek mümkündür (60). MI sonrası tespit edilen depresyonun büyük bir kısmının kendiliğinden remisyona girdiği veya placebo ile etkin bir şekilde tedavi edilebildiği gözlemlenmiştir (35, 60).

### **2.2.3. Uyum Bozukluğu**

Bedensel hastalıklar; tuttuğu alanlar, etkilediği işlevlerle ziyaret ettiği bireyle geçirdiği zaman boyunca onun fiziksel ve ruhsal gücünü azaltarak bireyi uzun süre tehdit edebilmekte, bu süreç boyunca istenmedik ziyaretçiyi ağırlamak zorunda kalan birey, ziyaretçinin yol açtığı kayıp, hayal kırıklığı, gelecek kaygısı, bağımsızlık ve yeterlilik kaybı korkuları ile baş başa kalmakta ve bağımlılık ihtiyacının artması sonucu fiziksel etkinlikten kaçınma, bazen öfke ve saldırganlık ya da öz kısıym ortaya çıkarmakta, hastalık süregenleştikçe bireyin yaşamının hemen her alanını etkilemekte, ortaya çıkardığı komplikasyonlar ile ciddi baş etme sorunları doğurmakta, umut ve beklentileri azaltmaktadır (58).

İç ve dış çevreden gelen uyaranlar, gelişimsel ya da durumsal olaylar kişinin uyumunu gerektirir. Uyum iç ve dış durumlardaki değişikliklere alışma sürecidir, etkin baş etmeyi ve uzlaşmayı içerir (8). Uyum bozukluğu ise bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal olarak olumsuz olarak etkileyen, uzun süren ya da kalıcı olumsuz özelliklerin değişiminden sonra gelişen durum olarak tanımlanmaktadır (9). Demografik ve sosyokültürel özelliklerin, hastalık öncesi sağlığın nasıl algılandığının, psikiyatrik durumunun, yaşadığı stresli yaşam olaylarının, hastalığın süresinin-ciddiyetinin, hastalığa verilen anlamın, hastalığa karşı tutumun, hastalıkla baş etme yeteneğinin, yeterli sosyal desteğin olup olmamasının, dayanıklılığın ve kontrol edebilme hissini uyumu etkilediği belirtilmektedir (8).

#### 2.2.4. Psikoseksüel Bozukluklar

Miyokard enfarktüsünden sonra görülen diğer bir psikiyatrik problemde cinsel disfonksiyon (CD)'dur. MI sonrası hem erkek hem de kadın için cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma olduğu bildirilmiştir (61). MI geçirmiş hastaların başlıca korkuları cinsel yetersizlik ve/veya cinsel aktiviteye bağlı kardiyovasküler hastalığın tetiklenmesi olmakla birliktebu durum, anksiyete ve gerginlik oluşturmakta, kişiyi cinsel aktiviteden uzaklaştırmakta, özellikle hastalarda depresyona ve öz güven kaybına neden olarak çiftlerin arasını ciddi olarak bozmaktadır (62). MI sonrası cinsel disfonksiyon prevalansı %50-75 olarak belirtilmiştir (63, 64).Kalp krizi sonrası CD(%75)'nun öncesine (%36.7) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (64).

Kardiyovasküler hastalıklarda CD'a neden olan faktörler arasında semptomatik kalp hastalığının ruhsal etkisine bağlı libido azalması, libidonun normal olmasına rağmen korku nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınma, depresyon, cinsel aktivitedeki yaşa bağlı değişiklikler, ilaçlara bağlı disfonksiyon (Methyldopa, tiazidler, spironolactone vb.) ve diğer risk faktörlerine (diyabet, hiperlipidemi, sigara içme vb.) bağlı vasküler değişiklikler sayılabilir (61, 62, 63, 64). Cinsel aktivitenin MI'nü tetikleyebileceği kabul edilmektedir, ancak riskin oldukça düşük olduğu belirtilmiştir (< %1) (61, 63). Yıldız ve Pınar'ın (2003) MI geçiren ve ayaktan tedavi alan bireylerle yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan hastaların %70.6'sının son 1 ayda cinsel ilişkiye girdiği, %29.4'ünün cinsel ilişkiye girmediği, MI sonrası cinsel ilişki yaşayan bireylerin ise %32.4'ünde cinsel aktivite tatmininde, %53.9'unda ise cinsel aktivite sıklığında azalma olduğu tespit edilmiş, MI sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma nedenleri sorgulandığında ise olguların %85.5'inde reenfarktüs korkusu, %9.1'inde reenfarktüs korkusu ile birlikte anjina varlığı, %5.5'inde ise sadece anjina olduğu tespit edilmiş ve sonuç olarak MI sonrası cinsel ilişkiye giren tüm olguların %54.2'sinde, kadın olguların %80'inde, erkek olguların %37'sinde CD olduğu belirlenmiştir (63).

Karabay (2011)'ın MI geçiren hastalarda yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin %63.3'ü cinsel ilişki sıklığında azalma tarif ederken, %20'si değişmediğini, %5'i ise arttığını söylemiş ve hastalardaki cinsel ilişki sıklığındaki azalma nedeni 'tekrar kalpkrizi geçirme korkusu'olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada hasta grubundan 7 kişinin (%11.7) son bir aydır cinsel ilişkiye girmediği, bu 7 kişiden 5'inin, MI sonrası

yeniden cinsel ilişkiye girmeyi denediğini ancak sonrasında çeşitli nedenlerle bıraktıklarını ve son bir aydır hiç cinsel ilişkiye girmediğini ifade ederken, ikisi ise kalp krizi sonrası cinsel ilişkiye hiç başlamadığını, hiç başlamayan 2 kişiden birinin, kalp krizi öncesi cinsel sorunu olmadığını ancak kalp krizi sonrası cinsel isteksizliği olduğunu, hem cinsel isteksizlik hem de yeniden kalp krizi geçirme korkusu nedeni ile cinsel ilişkiye başlamadığını belirtmiştir (64).

### **2.2.5. Somatizasyon Bozukluğu**

Miyokard enfarktüsünde akut fazda ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur (45, 46, 48). Bir kişi kalbinden rahatsız olduğunu kavrayınca ölümü aklına gelmektedir ve bu hastalarda kuşkusuz en büyük kaygı kaynağı ölüm korkusudur (45, 47, 55). İkinci en büyük kaygı kaynağı ise sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur (45, 50, 51, 55, 56).

Bir diğer savunma biçimi de somatizasyon veya hipokondriazis gelişimidir. Bu grup hastalar tüm dikkat, enerji ve duygularını kalp bölgesine odaklandırır, normal sınırlar içindeki en ufak fizyolojik değişikliği ya da diğer nedenlere bağlı olabilecek her türden bulguyu, kalp krizi olarak yorumlar ve doktor doktor gezerler (45). Bu hastalıklarda istirahatle nefes darlığı, baygınlık, boğulma hissi ön planda olup, bu bireylerin kaygısı psikiyatri ile işbirliği içinde izlenmelidir (45, 51).

Kalp hastalıkları ile ilişkili bulunan diğer faktörler ise öfke ve hostilitedir. Öfke, bireysel olarak bir tehdit algılandığında veya olumsuz bir engellenmeyle karşılaşıldığında yaşanan yetersizlik ve güçsüzlük duygularına, kaygıya, korkuya karşı verilen tepki olarak ifade edilmekte ve bireysel tehdit hissetme anksiyeteyi arttırmakta, tehditin özelliğine göre kızgınlık, kırgınlık, engellenmişlik, çaresizlik hissedilmekte sonuçta da öfke yaşanmaktadır . Hissedilen tehdit edici durum benlik saygısını zedeleyici özellikte ise ya da karşı konulamayacak güçte ise öfke daha şiddetli olmaktadır (8). Öfke, hafif düzeyde sinirlilikten şiddetli sinirlilik düzeyine uzanan duygusal bir deneyim olarak tanımlanırken, hostilete bireyi diğer kişilere, çevreye, ya da nesnelere zarar verecek şekilde saldırgan davranışa yönelten davranış şekli olarak tanımlanır (35). Hostilite, diğer kişilere karşı duyulan negatif inançlar sistemidir ve kişiyi öfkeye daha yatkın bir birey yaparak, sağlığını da doğrudan etkilemektedir (5). Dembroski ve ark. (1989)'ı MI ve ani ölümlerle hostilete ilişkisini inceledikleri

çalışmalarında hostilitenin kalp-damar hastalıkları için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (65).

## **2.3. PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ**

### **2.3.1. Problem Kavramı**

Bireyler yaşamları boyunca çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmakta ve bunların üstesinden gelebilmek için çeşitli çözüm yolları aramaktadır (66, 67). Çağdaş yaşam bireyin yaşamında hızlı değişimler yaratmakta ve bu değişimlere uyum gösterebilmek için ise bireyin problemlerinin üstesinden gelebilmesi önemlidir (68).

Problem; temelde, bireyin bir hedefe ulaşmada bir engellenmeyle karşılaştığı bir çatışma durumu olup, bu engellenme hedefe ulaşmayı güçleştirmekte, böyle bir durumda problem çözme ise, engeli aşmanın en iyi yolunu bulmaktır (36, 69)

Problem sözcüğü Grekçe'de "problema" sözcüğünden gelmektedir. "Problema" sözcüğü ise; öne çıkan engel anlamına gelen "proballo" sözcüğünden türetilmiştir (70, 71, 72). Bireyi fiziksel ve düşünsel yönden rahatsız eden kararsızlık ve birden çok çözüm yolu olasılığı görünen her durum problem olarak ifade edilir (70, 73). Problemlerle ilgili olarak, bir kişinin istenilen hedefe ulaşmak amacıyla topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engel, bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumu, insan zihnini karıştıran, ona meydan okuyan ve inancı belirsizleştiren her şey gibi tanımlamalar yapılmıştır (36, 74, 75).

#### **2.3.1.1. Problem Türleri**

Problemlerin çeşitli özelliklerine göre farklı sınıflamalar yapılmakta ve gerektirdikleri tepkilere veya performanslara göre üç grupta sınıflandırılmışlardır. Bu sınıflandırmaya göre problemler aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

1. Hali hazırdaki isteklere veya krizlere karşı ertelenebilir tepkiler gerektiren problemler,
2. Alışılmış karşı karmaşık tepkiler gerektiren problemler,
3. Tek bir probleme karşı çok yönlü tepkiler gerektiren problemler (70, 76).

### 2.3.2. Problem Çözme Becerisi

Problem çözme, mevcut durumla erişilmek istenen amaç arasındaki boşluğun (olanla olması gereken durum arasındaki farkın) algılandığı ve bunun yol açtığı gerginliği yok etmeye yönelik çabaları içeren bilişsel ve davranışsal bir süreçtir (77). Diğer bir tanıma göre problem çözme, kişinin ne istediğini ve istediğini en etkili yolla nasıl elde edeceğini ortaya çıkarmada kişiye yardımcı olan bir süreç olarak ifade edilmektedir (78).

Bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları problemler laboratuvar ortamlarında sunulan problem çözme durumlarından daha karmaşık olduğu için problem çözme laboratuvar ortamlarından günlük hayata taşınmıştır (79). Problem çözme, bireylerin günlük yaşamlarında içsel ve dışsal değişikliklerden kaynaklanan ihtiyaçlarını karşılayarak uyum sağlaması için gösterdiği, amaca yönelik, davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkiler olarak tanımlanmıştır (71).

Problem çözme süreci duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutların birlikte kullanımını gerektirdiği için oldukça karmaşıktır (72, 80, 81).

Çeşitli tanımlardan yola çıkılarak problem çözme; bilişsel, duygusal ve sosyal yönden olmak üzere üç ayrı boyut olarak ele alınmıştır. Problemin birey tarafından anlaşılması, esas problemin ortaya çıkarılması, çeşitli çözüm yollarını ve bu çözüm yollarının sonuçlarını düşünerek en uygun çözüme karar verme gibi bir takım bilişsel süreçleri içeren boyut bilişsel boyut, özellikle kişiler arası sorun çözme sürecinde sağlıklı sonuca ulaşabilmek için tarafların hem kendi duygularını hem de karşı tarafın duygularını tanıması ve uygun tepkiler geliştirmesini içeren boyut ise duygusal boyut, problem çözmenin sosyal boyutunda ise benzer problem durumlarında başka kişilerin neler yaptığını öğrenmek, uzman görüşü almak veya yazılı kaynaklara başvurmak gibi sosyal eylemler yer almaktadır (66).

Sosyal problem çözme günlük yaşamda karşılaşılan problem durumlarında etkili ve uyum sağlayıcı baş etme yöntemlerini fark etmek ya da keşfetmek olarak tanımlanmaktadır. Bu modelde yer alan “sosyal” kavramı problem çözme sürecinin günlük yaşamla ilgili olduğunu izah etmek amacıyla kullanılmıştır, ancak sosyal problem çözme herhangi bir problem alanıyla sınırlı değildir, bu süreç sadece kişiler arası sorunları çözmek için değil aynı zamanda kişisel sorunları çözmek için de

kullanılabilmektedir (79). Ayrıca bunların yanı sıra problemi başarıyla çözen insanlar toplum içinde daha iyi bir statü kazanabilmektedirler (66).

### **2.3.2.1. Problem Çözme Süreci ve Aşamaları**

Problem çözme süreci, bir durumun problem olarak algılanması ile başlayan ve istenilen amaca ulaşmak için birçok seçenekten uygun olanın seçilmesi ve uygulanması olarak, başka bir tanımda da, algılanan ve tanımlanan problem ile ilgili bilgi toplama, problemi çözmeye isteklilik ve problemin çözümüne yönelik engellerin belirlenmesi gibi davranışlardan oluşan bir süreç olarak ifade edilmekle birlikte problem çözme sürecinin hem zihinsel bir etkinlik ya da beceri hem de eğitimde teknik ya da yöntem olduğu belirtilmekte ve problem çözme sürecinin eğitimde alabileceği boyutlar gösterilebilmektedir. Buna göre problem çözenin; bilişsel, duyuşsal ve davranışsal etkinlikleri içeren bir süreç olduğu söylenebilir (36).

Problem çözme sürecinin aşamaları şöyle sıralanmaktadır:

- Problemin anlaşılması,
- Gerekli bilgilerin toplanması,
- Problemin özüne inilmesi,
- Çözüm yollarının ortaya konulması,
- En iyi çözüm yolunun seçilmesi,
- Problemin çözülmesi (75, 82)

Tekeli (2010)' nin aktardığına göre Bingham (1998) problem çözme sürecinin aşamalarını şu şekilde sıralamıştır:

- Problemi tanıma ve onunla uğraşma gereksinimi hissetmek,
- Problemi açıklamaya, niteliğini, alanını tanımaya ve onunla ilgili ikincil problemleri anlamaya çalışma,
- Problemlerle ilgili bilgileri toplama,
- Problemin özüne uygun olan verileri seçme ve düzenleme,

- Toplanmış verilerin ve problemle ilgili bilgilerin ışığı altında olası çözüm yollarını belirleme,
- Çözüm yollarını değerlendirme ve duruma uygun olanlar arasından en iyisini seçme,
- Kararlaştırılan çözüm yolunu uygulama,
- Kullanılan problem çözme yöntemini değerlendirme (36).

Günlük yaşamda aşılması gereken bazı güçlüklerle, problemlerle, engellerle karşılaşılır ve bunların aşılması için bazı problem çözme yolları denenir (83).Bu çözüm yolları şunlardır:

#### **2.3.2.1.1. Aceleci Yaklaşım**

Aceleci yaklaşım, bireyin bir problemle karşılaştığı zaman onu çözebilmek için, durup düşünmeden, aklına gelen ilk fikir doğrultusunda hareket edip etmediğini, problem konusundaki değişik etmenleri dikkate alıp almadığını ve problemle başa çıkma konusunda değişik yollardan çoğunu dikkate almamayı içermektedir (83, 84, 85).

#### **2.3.2.1.2. Düşünen Yaklaşım**

Düşünen yaklaşım, problem çözümüne karar vermeye çalışırken seçeneklerin sonuçlarını tartmayı, ölçmeyi ve karşılaştırmayı içermekte ve bireyin bir problemle karşılaştığında durumu anlamaya çalışıp çalışmadığını, gözden geçirip geçirmediğini ve konuyla alakalı her türlü bilgiyi dikkate alıp almadığını ölçmektedir (83, 84, 85).

#### **2.3.2.1.3. Kaçınan Yaklaşım**

Kaçınan yaklaşım; bireyin ayrıntılı olarak problemin çözümü hakkında bilgi toplamayı düşünüp düşünmediğini, uyguladığı çözüm başarısız olursa o problemle başa çıkma konusunda şüpheye düşüp düşmediğini, problemi çözdükten sonra ise problemi çözme konusunda neyin işe yarayıp, neyin yaramadığını düşünüp düşünmediğini ölçer (83, 84). Kaçınan sorun çözme tarzına sahip kişiler bir sorunla karşılaştığında sorunu görmezden gelme eğiliminde olup onunla yüzleşmeye isteksizdirler, sorununun çözümüne ilişkin sorumluluk almaktan kaçınırlar, sorunun kendiliğinden çözüme kavuşmasını beklerler ya da bu konuda diğer bireylerin yardım ve desteğine ihtiyaç duyarlar, sınırlı düzeyde çözüm seçeneği üretirler ve sıklıkla ilk akıllarına gelen seçenek ile hareket ederler, olası çözüm seçenekleri ve onların sonuçları üzerinde aceleyle, dikkatsizce ve sistemli



olmayan bir tarzda dururlar ve bir o kadar da eksik bir değerlendirme sürecine sahiptirler (86, 87, 88). Bu bireylerin sergiledikleri davranışlar genel olarak erteleme, boyun eğme, tepkisizlik, katlanma, hareketsizlik ya da bağımlılık gibi çeşitli özellikleri içermektedir (86, 87, 88)

#### **2.3.2.1.4. Değerlendirici Yaklaşım**

Bu yaklaşım bireyin bir problem çözümünde belli bir yöntemi denedikten sonra ortaya çıkan sonuç ile kendi düşündüğü sonucu karşılaştırıp karşılaştırmadığını, problem karşısında onu çözebilmek için başvuracağı yollarının hepsini düşünmeye çalışıp çalışmadığını ve bu süreçte neler hissettiğini anlamak için duygularını inceleyip incelemediğini ölçmektedir (83, 84, 85).

#### **2.3.2.1.5. Kendine Güvenli Yaklaşım**

Bu yaklaşım, kişinin problem çözme konusunda kendine güvenini açıklamakta ve bireyin, problem çözmek için çaba gösterme konusunda kendini yeterli görüp görmediğini ölçmektedir (83, 84, 85). Bireyin karşılaştığı problemlerde kendi yeteneklerine güvenmesi, problemin çözülebilir olacağına inanmasının ve problemi çözmeye uğraşmasının kişinin yaşam memnuniyetini ve benlik saygısını arttırmada önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (87). Problem çözmeye kendine güvenli yaklaşıma sahip bireylerin, karar vermede benlik saygılarının yüksek olduğu, bir karar verirken daha dikkatli oldukları, daha az panik oldukları ve daha az kaçınan yaklaşım tarzını gösterdikleri belirtilmiştir (13).

#### **2.3.2.1.6. Planlı Yaklaşım**

Bireyin bir problemin çözümü konusunda, o problemin üzerinde durup durmadığını ve planlı bir şekilde elde edilen verileri değerlendirerek çözüme ulaşıp ulaşılmadığını ölçer. Bu aynı zamanda bireyin problemi çözmeye yetenekli olduğunu düşünüp düşünmediğini de kapsar (83, 84, 85).

#### **2.3.2.2. Problem Çözme Becerisini Etkileyen Faktörler**

Kişilerin problem çözme beceri algısını etkileyen bazı faktörler vardır (69). Bu faktörlerden bazıları aşağıda açıklanmıştır.

### **2.3.2.2.1. Özgüven**

Özgüven (self-confidence), herhangi bir davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştireceğimize yönelik inançtır. Problem çözme ve özgüven bir döngü şeklinde ilişki içerisinde olduğu için özgüveni yüksek olan bireylerin problemi tanımaya, kabul etmeye ve problemlerle uğraşmak için girişimde bulunmaya daha yatkın oldukları, diğer açıdan ise, problem çözme becerisinin özsaygının ve özgüvenin gelişmesini hızlandırdığı bilinmektedir (69). Etkili problem çözme becerisine sahip bireylerin kendine güven duygusunun geliştiği, bunun sonucu olarak da problemlerin çözümünde aktif planlamayı kullandıkları saptanmıştır (66). Çeşit ve ark. (2012)'nin çalışmasında benlik saygısı düşük olan bireylerin, atılgan davranma, sorumluluk alma gibi özelliklere sahip olması ve problem çözme becerisi üzerinde özgüven, kişisel girişim gibi kişilik özelliklerinin etkili olduğunun belirlenmesi, benlik saygısı yüksek olan bireylerin problem çözme becerisi konusunda daha yeterli olabileceğini göstermektedir (67). Ünüvar (2003)'in araştırmasında, benlik saygısı yüksek olan ergenlerin problem çözme becerisi konusunda daha yeterli olduğu saptanmıştır (85).

### **2.3.2.2.2. Kaygı**

Problemlerini etkili çözemeyen bireylerin, etkili problem çözme becerisine sahip bireylere göre, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz kaldıkları ve duygusal problemlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (76). Etkili problem çözme becerisine sahip bireylerin etkisiz problem çözme becerisine sahip kişilere göre problem karşısında daha az depresyon ve daha az kaygı yaşadıkları, içsel kontrollerinin daha güçlü olduğu saptanmıştır (66, 69, 89). Bunun yanı sıra, etkisiz problem çözenin, stres verici durumlara ve psikolojik uyumsuzluklara sebep olacağı ve sosyal problem çözme becerilerindeki eksikliklerin gençlerde saldırganlık, davranış bozuklukları, madde kullanımı gibi sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir (69, 76, 88, 89).

### **2.3.2.2.3. Aile Tutumu**

Gelişim sürecinde kalıtım kadar çevrenin de etkili olduğu ve çocuk için de en önemli çevrenin aile olduğu belirtilmektedir. Problem çözme yetisi büyümenin ayrılmaz bir parçasıdır, çocuklar hayatın ilk birkaç ayında problem çözer hale gelirler ve çocukların

zihinsel ve duygusal gelişimleri problem çözme becerileri ile yönlendirilir fakat anne-baba zamanla bu doğal eğilimi çocuktan alır ve kendilerine bağımlı hale getirirler (69).

Böylelikle, çocuklar ya da ergenler, karşılaştıkları problemlerin çözümünde ebeveynleriyle destekleyici bir ilişkiye ihtiyaç duydukları için çocukların problemleri çözebilmesi için uygun ortamın hazırlanması ama bu ortama müdahale edilmemesi gerekmektedir (66). Bir problem durumunda ebeveyn ilk önce amacın ne olduğundan, çözümün ayrıntılarını şekillendirmeye kadar, çocukta eksik olan, sorun çözme becerisini ona kazandırmalıdır (69).

Arslan ve Kabasakal (2013)'in çalışmasında, anne ve babalarını demokratik olarak algılayan öğrencilerin problem çözme becerilerinin, anne ve babalarını otoriter olarak algılayan öğrencilerin problem çözme becerilerinden yüksek olduğu bulunmuştur (90).

Kaya ve ark.(2012)'ı tarafından yapılan bir çalışmada da anne babaların demokratik davranma düzeyi arttıkça çocukların akademik başarılarının, problem çözme becerilerinin de arttığı sosyal kaygılarının ise düşük olduğu saptanmıştır (91).

Doğan (2009)'ın çalışmasında da, demokratik anne-baba tutumuna sahip öğrencilerin problem çözme becerileri, otoriter anne-baba tutumuna sahip olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ebeveynlerini demokratik olarak algılayan öğrenciler bir problemle karşılaştıkları zaman onu çözebilmek için, durup düşünmeden, akıllarına gelen ilk fikir doğrultusunda değil, problem konusundaki değişik etmenleri dikkate alarak problemle başa çıkma konusunda değişik yolları deneme konusunda yeterli gördükleri düşünülebilir. Ebeveynlerini koruyucu olarak algılayan öğrenciler ise problem çözme konusunda kendilerini aceleci olarak görebilmektedirler (84).

#### **2.3.2.2.4. Duygu ve Düşüncelerin Etkileri**

Problem çözme sürecinde duyguların önemli rolü bulunmaktadır. Çünkü duygularını tanıyan, sağlıklı bir şekilde ifade edebilen bireyler karşısındaki bireyin de duygularını tanıyabilecek ve anlayabilecektir (66). Duygular kişinin yaşam biçimini ve kararlarını etkileyebilmekte sadece duygusal engellemelerden dolayı problemlerini çözemeyen birçok kişi bulunmaktadır. Bireyler problemi çözmeden önce kaygı, korku, üzüntü, öfke ya da engellenme duygusu hissederken problemi çözdükten sonra mutluluk, gurur ya da rahatlama hissedebilirler (66, 69). Ayrıca problem çözme sürecinde probleme ilişkin düşünce şekli de büyük önem taşımaktadır. Problem çözme sürecini zorlaştıran

düşünceler; “bu çok zor”, “eğer daha fazla imkânım olsaydı (para, zaman, yetenek) bu problemi çözebilirdim”, “bu çok acil bir durum, düşünecek zamanım yok” şeklinde sıralanırken, “sorunların birden fazla çözüm yolu olabilir”, “bir tarafın kazanması diğer tarafın kaybetmesi anlamına gelmez” gibi olumlu düşüncelerin de problem çözme sürecini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (66). Ayrıca problem çözmeye iyi niyet, problemlerin birden fazla çözümü olduğuna inanma, iki tarafında kazanabileceği, sorunlara farklı bakış açılarıyla yaklaşılabilirliği, güç kullanmaktan kaçınma, pozisyonlar üzerinde değil problemler üzerine odaklanma, duyguları dikkate alma gerekliliği gibi olumlu düşünceler de problem çözmeyi kolaylaştırmaktadır (92, 93).

### **2.3.2.3. Problem Çözme Becerisine Sahip Bireyin Özellikleri**

Problem çözme becerisi, kişiyi çözüme götürecek bilgilerin elde edilmesi ve kullanıma hazır olacak şekilde birleştirilerek bir problemin çözümüne uygulayabilme düzeyi olarak tanımlanmıştır (69). İnsan hayatı çözülmesi gereken değişik sayı ve yapıda problemlerle doludur (94). Bazen bir sorun çözülmeden diğeri ortaya çıkmakta, bireyler aynı anda birçok sorunla karşılaşmakta ve yaşam sorunlarının çözümü ile anlam kazanmaktadır (69). Bugünün toplumu da değerlere körü körüne uyan kişileri değil, yaratıcı, kritik, eleştirel ve analitik düşünebilen, karşılaştığı değişik türde problemleri çözebilen girişken kişileri gerektirmektedir (69, 94).

Bu açıklamalar doğrultusunda problem çözme becerisine sahip olan kişilerin ortak özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Yenilikçi ve yeni oluşumlara açıktır.
- Düşüncelerinde esnektir.
- Yaratıcıdır.
- Tercih ve kararlarını ifade edebilir.
- Sorumluluk duygusuna sahiptir.
- Cesaretli ve maceracıdır.
- Alternatif fikirler üretir.
- Kendine güvenir ve kendine yeterlidir.

- İlgili alanları genişletir.
- Objektif ve mantıklıdır.
- Rahat ve duygusaldır.
- Aktif ve enerjiktir.
- Verimlidir.
- Olaylara eleştirel bir bakışla yaklaşır.
- Başarısızlıklarının nedenlerini araştıran,
- Başarısızlıkla sonuçlanan çabalarından dolayı ümitsizliğe düşmeyen,
- Problemi çözmede etkili olan faktörleri belirleyen kimselerdir (36, 69, 95).

Etkili çözümler üretebilen bireyler, sonuç ile olması gerekeni karşılaştırarak, çözüm yollarının tümünü düşünür, duygularını inceler, problem çözme yeteneklerinin olduğuna ve karşılaştıkları problemlerin çoğunu çözebileceklerine inanırlar. Bu tür bireyler, kendi kararlarını verebilen ve bu kararlarından hoşnut olabilen, aceleci davranmayan, problem çözmekten kaçınmayan, düşünen, seçenekleri değerlendiren, planlı davranan, sistemli yöntem kullanan, kendine güvenen ve dolayısıyla kişilerarası ilişkilerinde başarılı olan kimselerdir (36).

Problemlerini etkili çözemeyen bireylerin, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz kaldıkları ve daha fazla duygusal problemlerinin olduğu belirtilmiştir (70, 96, 97). Ayrıca, etkisiz problem çözenin, stres verici durumlara ve psikolojik uyumsuzluklara neden olduğu da görülmüştür (70, 97).

Problem çözmede kendisini başarısız olarak değerlendirenlerin, daha fazla iç çatışmalı, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlı, depresif ve obsesif davranışlara sahip oldukları, düşmanca ve olumsuz davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir (36, 98).

Problem çözerken kendine güvenen, kontrollü davranan, problemle yüzleşmeyi tercih eden kişilerin daha az kişisel problem bildirdikleri; kendilik algılarının daha olumlu olduğu, sosyal anksiyetelerinin daha az olduğu, kişiler arası ilişkilerde daha başarılı

oldukları, ruhsal durumlarının daha iyi olduğu, depresyon düzeylerinin daha düşük, intihar eğilimlerinin daha az olduğu belirtilmektedir (66).

Problem çözme becerisinin;

- Problemlerle baş etmeyi öğretme,
- Çıkabilecek problemlerin önceden tahmin edilmesini sağlama,
- Problem ortaya çıkar çıkmaz, yaratıcı fikirler oluşturulmasına yardımcı olma,
- Çözüm bulmada başarılı olunmasını sağlama,
- Karar verirken bireyin kendine güven duymasını sağlama,
- Tartışma aşamasında oyalanmadan, harekete geçilmesini kolaylaştırma gibi yararları vardır (70).

#### **2.4. MİYOKARD ENFARKTÜSÜ VE PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIMI**

Mİ sonrası, hastalarda görülen uyku problemleri, yorgunluk hissi, anksiyete ve depresyon gibi yaşam kalitesini bozan bozuklukların tespiti ve tedavisi, hastaların prognozu açısından önemli olup, bu gibi durumlar düzeltilmediği takdirde kişilerin yaşam kalitesi bozulmakta ve hastalığın seyri olumsuz yönde etkilenmektedir (29). Mİ' den sonra hastalar 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmede güçlük çekmekte, işini kaybetme, iş değiştirme ve boşanma gibi sosyal travmalarla karşı karşıya kalabilmektedirler (1, 24, 99). Mİ sonrası yaşam hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmakta, bu süreçte bireyler yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlemekte, beraberinde hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşanabilmektedir (6, 24). Bu nedenle, bireyin tedaviye uyumunu arttırmak, prognozu iyileştirmek hem de psikiyatrik hastalığın oluşturduğu sıkıntıyı azaltmak için bu hastalarda psikiyatrik tedavi yaklaşımları oldukça önemlidir (15).

Tıbbi hastalığı olan hastalardaki psikiyatrik ve psikososyal bakım ve tedavinin; hasta bakım ve kalitesini arttırdığı, mortaliteyi, morbiditeyi azalttığı, düzelme ve iyilik haline katkıda bulunduğu bildirilmektedir (100). Kalp hastalıklarında ortaya çıkan depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkâr, bağımlılık, uyum güçlükleri ve risk faktörü olan alışkanlıkların düzeltilmesi için de

psikoterapi gereklidir vebu hastalarda psikoterapötik yaklaşımda ilk başta hastanın korku ve kaygılarını rahatça ifade etmesi sağlanmalı, hastalığının, kendisi için öznel anlamı ve hastalığın nasıl algılandığı öğrenilmelidir (37, 51).

Hastanın hastalığa gösterdiği tepkileri, yaşı, yaşam dönemi, kültürü, kişilik yapısı, hayattan beklentileri ve duygusal yatırım alanlarına göre değişir (37, 51). Bazı hastalarda ölüm korkusu öncelikli iken, bazılarında özrürlük endişesi, cinsel etkinlikte yetersizlik endişesi ön plandadır (37, 46, 51). Hastanın endişe kaynaklarına, hastalıkla ilgili kaygı odaklarına göre yaklaşımlar farklı olmakla birlikte, hastaların hastalıkları üzerinde yeterli denetim sağlayabildiklerini hissettikleri ölçüde kaygıları azalır, uyum kolaylaşır. Buna karşın bilgilendirme, güvence ve desteğe rağmen yakınmalar, korku ve kaygılar devam ediyorsa sistematik psikoterapi gerekmektedir (51).

Mİ sonrası bireyin yeni yaşamında davranışsal uyumunun desteklenmesi, bütüncül hasta bakımı vererek, hastaların yaşadığı duyguları anksiyete, depresyon, öfke gibi sözel ve sözel olmayan belirtilerinin değerlendirilmesi önemlidir. Hemşireler, iletişim becerilerini kullanarak hastaların duygu, düşünce, algı ve korkularını sözel olarak ifade etmesi için hastasını cesaretlendirmeli, dinlemeli ve gerektiğinde yönlendirmeli, hastanın endişelerini ortaya koyabilmesi için, sorular sormasına olanak sağlamalı ve güven ortamı oluşturmalıdır. Hemşire-hasta arasında oluşacak güven, zamanla hastaların ruhsal sıkıntısının azalmasına neden olur. Psikiyatri hemşiresi; hastaya motivasyon ve duygusal destek sağlayarak, hastanın ihtiyacı olan girişimleri ve hedefleri geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Psikiyatri hemşiresi koordinatör, bakım veren, eğitimci ve danışman olarak görev yapar hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada multidisipliner ekip çalışmasının önemli bir parçası olarak çalışır (9).

Miyokard enfarktüsü tedavisinde temel amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek, tedaviye uyumu sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda hemşire; belirlenen hedeflere ulaşmasına yardımcı olmak için gerekli yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastaya eğitim ve danışmanlık sağlar (101).

Miyokard enfarktüsünü deneyimleyen hastanın bakım ilkelerinde temel amaçlar şunlardır:

- Mİ risk faktörleri konusunda danışmanlık hizmeti sunma,
- Fizyolojik ve psikolojik iyilik durumunun sürdürülmesinde gereksinimlere yönelik rehberlik etme,
- Uyum kapasitesi ve öz bakım yeteneğinin sürdürülmesinde emosyonel destek sağlama,
- Hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi ya da baş etmesi için gerekli bilgileri verme (3, 9)



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda problem çözme becerisi ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde Ekim 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni- Örneklemi**

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde MI tanısı ile takip edilen 196 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu evrenden alınan ve araştırmanın kriterlerine uyan 81 birey çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Testin gücü (1- $\beta$ ) 0.80 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

1. Miyokard enfarktüsü tanısı alan
2. 18-65 yaş grubunda yer alan
3. İletişim kurulabilen
4. Okuma yazma bilen hastalar
5. En az 6 ay önce MI geçirmiş olan hastalar alınmıştır.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü kişiler
2. Miyokard infarküsü dışında başka bir koroner hastalığı ve fiziksel hastalığı olanlar
3. Psikiyatrik tanı ve tedavi alan hastalar
4. İletişim problemi olan hastalar
5. Yatarak tedavi edilen hastalar
6. Okuma yazma bilmeyen hastalar

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın yapıldığı süre boyunca haftada 3 gün polikliniğe gidilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hasta bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanmıştır. Görüşmeler poliklinik muayenesi bittikten sonra uygun bir odada yapılmıştır ve her bir hasta ile görüşme ortalama 30 dk. sürmüştür. Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından hazırlanan “Birey Tanıtım Formu”, miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin problem çözme becerilerini belirlemek amacı ile “Problem Çözme Envanteri” ve psikiyatrik belirtileri ölçmek için “Kısa Semptom Envanteri” kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Birey Tanıtım Formu**

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, meslek, yerleşim yeri, herhangi bir işte çalışma durumu vb.) ve Mİ’ ne bağlı özelliklerini (kaçıncı enfarktüsü, enfarktüsü ne kadar süre önce geçirdiği, enfarktüs sonrasında hayatını değerlendirme durumu vb.) belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan 19 sorudan oluşan bir formdur (Ek-1).

#### **3.4.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)**

1992’de Derogatis tarafından geliştirilen Kısa Semptom Envanterinin Türkçe’ ye uyarlanması Şahin ve Durak tarafından 1994’te yapılmıştır. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir (102).

Derogatis (1992) tarafından geliştirilen ölçek ayaktan tedavi görmekte olan 719 psikiyatrik, 626 erkek hipertansiyon hastası ve hasta olmayan 25 kişiyle yapılmış üç farklı çalışmada, 9 alt ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmiştir (102).

Şahin ve Durak tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek üç farklı çalışmada kullanılmış ve toplam puanlardan elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95 arasında bulunmuştur. Ayrıca alt ölçekler için elde edilen Cronbach Alpha katsayıları ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin "Anksiyete (12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49)" "Depresyon (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39)", "Olumsuz benlik (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53)" "Somatizasyon (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33)" ve "Hostilite (düşmanlık) (1,

3, 4, 6, 10, 40, 41)" olmak üzere 5 faktörden oluştuğu belirtilmiştir (103). KSE alınan puanların yükselmesi bireylerde psikiyatrik semptomların daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Envanter ergen ve yetişkinlere uygulanmaktadır. Çalışmamızda alt ölçekler için elde edilen Cronbach Alpha katsayıları ise 0.53 ile 0.78 arasında değişmektedir. (EK-2)

### **3.4.3. Problem Çözme Envanteri (PÇE)**

Bireyin problem çözme becerisi konusunda kendi algılayışını ölçen 35 maddelik bu envanter Heppner ve Peterson (1982) tarafından geliştirilmiştir. PÇE, 35 madde ve üç faktörden oluşmaktadır. Bunlardan birincisi problem çözme güveni, ikincisi problemden kaçınma/yaklaşma, üçüncüsü kontroldür (104). PÇE bu üç faktörün özetidir. Ölçeğin orjinalinin Cronbach alfa tutarlılık katsayısı .90, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise, .72 ile.85 arasında bulunmuştur. Ölçeğin alt ölçeklerinin tekrar test güvenilirlik katsayıları,  $r = .83$  ile  $r = .89$  arasında değişmektedir.

Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen 1-6 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Seçenekleri “her zaman böyle davranırım” ile “hiçbir zaman böyle davranmam” şeklinde oluşturulmuştur. Ölçeğin puanlamasında 9, 22 ve 29 numaralı maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34 numaralı maddeler ters olarak puanlandırılır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılmıştır (105). Ölçeğin Cronbach alfa tutarlılık katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin aceleci yaklaşım (13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 32), düşünen yaklaşım (18, 20, 31, 33, 35), kaçınan yaklaşım (1, 2, 3, 4), değerlendirici yaklaşım (6, 7, 8), kendine güvenli yaklaşım (5, 11, 23, 24, 27, 28, 34), planlı yaklaşım (10, 12, 16, 19) olmak üzere altı faktör bulunmuştur. Türkiye’ de yapılan çalışmalarda bu altı faktör kullanılmaktadır(83,85, 88, 89, 93, 97).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan 192’dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Problem çözme envanterinden elde edilen puanın düşük olması problem çözme becerisinin yüksek olduğunu, yüksek olması ise problem çözme becerisinin düşük olduğunu gösterir. Ayrıca puanın artması o alt boyutun daha çok kullanıldığını göstermektedir. Bu çalışmada problem çözme envanterinin güvenilirlik katsayısı .75 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda alt ölçekler için elde edilen Cronbach Alpha katsayıları ise 0.65 ile 0.92 arasında değişmektedir. (EK-3)

### 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde ve ayaktan tedavi alan bireyler ile yapıldığı için tüm evrene genellenemez. Araştırmaya sadece 18-65 yaş grubunun dahil edilmesi, kardiyolojik hastalıkların ileri yaşta görülmesi bu nedenle aslında hastalıkların çok görüldüğü 65 yaş üstü kişilerin araştırmaya alınmaması; ileri yaştaki bireylerin çoğunun okuma-yazma bilmemesi ve araştırmaya katılma kriterlerinden birinin de okur-yazar olmak olması nedeniyle çoğu hastanın araştırmanın dışında tutulması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18 programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde bireylerin tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerine göre KSE ve PÇE puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Varyans analizi, normal dağılım göstermeyen durumlarda Kruskal Wallis testi, independent samples t testi, psikiyatrik belirtiler ile problem çözme becerisi arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, tez önerisi, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kuruluna sunulmuş ve yazılı onay alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın yapılacağı Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden (Ek-6) ve Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanından (Ek-7) yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan bireylere; çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklenildiği açıklanarak “**isteklilik, gönüllülük**” ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve “**otonomi**” ilkesine saygıya dikkat edilmiştir.

Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmanın dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek “**sadakat-gizlilik**” ilkesi doğrultusunda veriler toplanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

**Bağımlı Değişken:** Bireylerin problem çözüme becerileri ve bireylerde görölen psikiyatrik belirtiler bağımlı değişkenlerdir.

**Bağımsız Değişken:** Bireylerin sosyo- demografik özellikleri(yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum vb.) ve hastalığa ait bazı tanımlayıcı özellikleri(kaçıncı enfarktüs, enfarktüsü ne kadar süre önce geçirdiği, enfarktüs sonrasında hayatını değerlendirme durumu vb.)bağımsız değişkenlerdir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Bu araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının  $54.60 \pm 8.14$  olduğu, hastaların %76.5’ini erkeklerin oluşturduğu belirlenmiştir. Hastaların %42’sinin ilkokul mezunu olduğu, %75.3’ünün ilde yaşadığı, %61.7’sinin şuan herhangi bir işte çalışmadığı, çalışan grubun ise %41.9’unun serbest meslekle uğraştığı, %65.4’ünün gelirinin giderden az olduğu, %6.2’sinin hastalığından dolayı işi bırakmak zorunda kaldığı saptanmıştır.

**Tablo 1: Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=81)**

<b>Özellikler</b>	<b>X±SS</b>
<b>Yaş</b>	54.60±8.14
	S %
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	19 (23.5)
Erkek	62 (76.5)
<b>Eğitim durumu</b>	
Okur-yazar	18 (22.2)
İlkokul	34 (42.0)
Ortaokul	14 (17.3)
Lise	10 (12.5)
Üniversite	5 (6.0)
<b>Yerleşim yeri</b>	
İl	61 (75.3)
İlçe	15 (18.5)
Köy	5 (6.2)
<b>Herhangi bir işte çalışma durumu</b>	
Evet	31 (38.3)
Hayır	50 (61.7)
<b>Meslek (n=31)</b>	
İşçi	11 (35.5)
Ev hanımı	2 (6.5)
Memur	5 (16.1)
Serbest meslek	13 (41.9)
<b>Ailenin gelir durumu</b>	
Gelir gidere denk	27 (33.4)
Gelir giderden az	53 (65.4)
Gelir giderden fazla	1 (1.2)
<b>Hastalık nedeniyle işi bırakma durumu</b>	
Evet	5 (6.2)
Hayır	76 (93.8)

#### 4.2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Bireylerin hastalığına ait özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların %55.6’sının en son kalp krizini son bir yıl içinde geçirdiği, %72.8’inin ilk kez kalp krizi geçirdiği, %49.4’ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsünün olduğu, %35.8’inin ailesinde MI nedeniyle kaybettiği bir yakınının olduğu saptanmıştır. Hastaların %66.7’sinin enfarktüs öncesi yaşamını stresli olarak değerlendirdiği, %43.2’sinde enfarktüs öncesinde yaşadıkları bir stresörün olduğu, bu stresörün ise %33.3’ünde iş stresi olduğu saptanmıştır. Hastaların %63.8’inin miyokard enfarktüsünden sonra yaşam şekillerinde olumsuz yönde değişiklik olduğu, %27.2’sinin enfarktüs sonrası yaşamlarını kötü olarak değerlendirdikleri, %35.8’inin kendini sakin bir kişi olarak tanımladığı saptanmıştır.

**Tablo 2: Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı**

Özellikler	S %
<b>Kalp krizini geçirme zamanı</b>	
6 - 12 ay	45 (55.6)
1 - 2 yıl	11 (13.6)
2 - 5 yıl	12 (14.8)
6 yıl ve üzeri	13 (16.0)
<b>Enfarktüs sayısı</b>	
1	59 (72.8)
2	16 (19.8)
3	6 (7.4)
<b>Ailede kalp hastası olma durumu</b>	
Evet	40 (49.4)
Hayır	41 (50.6)
<b>Ailede Mİ nedeniyle kaybettiği yakını olma durumu</b>	
Evet	29 (35.8)
Hayır	52 (64.2)
<b>Enfarktüs öncesi stresli bir yaşam durumu</b>	
Evet	54 (66.7)
Hayır	27 (33.3)
<b>Enfarktüs öncesi yaşadığı bir stresör olma durumu</b>	
Evet	35 (43.2)
Hayır	46 (56.8)



**Tablo 2'nin Devamı**

<b>Özellikler</b>	<b>S %</b>
<b>Stresör (n=33)</b>	
İş stresi	11 (33.3)
Ailevi sıkıntılar	10 (30.3)
Yakınımın ölümü	9 (27.3)
Maddi sıkıntılar	1 (3.0)
Cezaevinde olma	1 (3.0)
Sağlık problemleri	1 (3.0)
<b>Mİ'nin yaşam şekli üzerine olumsuz etkisi olma durumu</b>	
Evet	51 (63.8)
Hayır	29 (36.2)
<b>Enfarktüs sonrası hayatı değerlendirme durumu</b>	
Kötü	22 (27.2)
Orta	38 (46.9)
İyi	21 (25.9)
<b>Kendini tanımlama durumu</b>	
Acelecı	5 (6.2)
Heyecanlı	1 (1.2)
Sinirli	24 (29.6)
Sakin	29 (35.8)
Acelecı, sinirli	13 (16.0)
Acelecı, heyecanlı	3 (3.7)
Heyecanlı, sinirli	4 (5.0)
Hepsi	2 (2.5)

### 4.3. Hastaların Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Hastaların KSE ve PÇE alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların KSE alt ölçeklerinden; depresyon alt ölçeği puan ortalaması  $10.6 \pm 7.1$ , anksiyete alt ölçeği puan ortalaması  $5.1 \pm 4.2$ , olumsuz benlik alt ölçeği puan ortalaması  $5.1 \pm 4.8$ , somatizasyon alt ölçeği puan ortalaması  $7.0 \pm 5.1$ , hostilite alt ölçeği puan ortalaması  $5.7 \pm 3.8$ , rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçeği puan ortalaması  $0.6 \pm 0.3$  olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların PÇE alt ölçeklerinden; aceleci yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $39.4 \pm 9.4$ , düşünen yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $13.8 \pm 6.1$ , kaçınan yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $18.4 \pm 6.1$ , değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $7.8 \pm 3.1$ , kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $23.5 \pm 6.4$ , planlı yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $9.4 \pm 3.2$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 3: Hastaların Kısa Semptom Envanteri ve Problem Çözme Envanteri Alt Ölçek ve Toplam PÇE Puan Ortalamaları**

Ölçekler	X±SS	Alınan Min- max değer	Alınabilecek Min – max değer
<b>Kısa semptom envanteri</b>			
Depresyon	$10.6 \pm 7.1$	0.0- 30.0	0.0-48.0
Anksiyete	$5.1 \pm 4.2$	0.0- 16.0	0.0-52.0
Olumsuz benlik	$5.1 \pm 4.8$	0.0- 20.0	0.0-48.0
Somatizasyon	$7.0 \pm 5.1$	0.0- 25.0	0.0-36.0
Hostilite	$5.7 \pm 3.8$	0.0-18.0	0.0-28.0
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	$0.6 \pm 0.3$	0.8- 1.64	0.0-4.0

**Tablo 3'ün Devamı**

<b>Ölçekler</b>	<b>X±SS</b>	<b>Alınan Min- max değer</b>	<b>Alınabilecek Min – max değer</b>
<b>Problem çözme envanteri</b>			
Aceleci yaklaşım	39.4± 9.4	14.0-54.0	9.0-54.0
Düşünen yaklaşım	13.8± 6.1	5.0- 30.0	5.0-30.0
Kaçıngan yaklaşım	18.4± 6.4	4.0-24.0	4.0-24.0
Değerlendirici yaklaşım	7.8± 3.1	3.0-15.0	3.0-18.0
Kendine güvenli yaklaşım	23.5± 6.4	12.0-33.0	7.0-42.0
Planlı yaklaşım	9.4± 3.2	4.0-17.0	4.0-24.0
<b>PÇE TOPLAM</b>	112.6± 16.3	68.0- 145.0	32.0-192.0

#### **4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KSE Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KSE alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4'te görülmektedir. Cinsiyete göre KSE alt ölçekleri puan ortalamaları değerlendirildiğinde, depresyon puan ortalamasının kadınlarda 14.73±8.91, erkeklerde 9.45±6.08 olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir (P<0.05). Anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4).

KSE'nin, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçeği puan ortalamalarının hastaların eğitim durumuna, yerleşim yerine, herhangi bir işte çalışma ve hastalık nedeniyle işi bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4).

KSE'nin anksiyete alt ölçeği puan ortalamasının geliri gidere denk olan hastalarda 3.77±3.42, geliri giderden az olan hastalarda 5.88±4.45 olduğu ve anksiyete alt ölçeği puan ortalamasının gelir durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır

( $p < 0.05$ ). Depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçeği puan ortalamalarının gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4)

**Tablo 4: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KSE Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=81)**

Özellikler	KSE Alt Ölçekleri					
	Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik	Somatizasyon	Hostilite	Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın (19)	14.73±8.9	6.78±5.0	4.68±5.2	7.63±3.9	5.89±4.2	0.75±0.4
Erkek (62)	9.45±6.0	4.67±3.8	5.33±4.7	6.85±5.4	5.72±3.7	0.61±0.3
	t= 2.416	t= 1.681	t= - 0.514	t= 0.575	t= 0.168	t= 1,276
	<b>p= 0.024</b>	p= 0.105	p= 0.609	p= 0.567	p= 0.867	p= 0.214
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar (18)	13.55±9.0	5.94± 5.1	4.16±3.9	8.66±5.7	5.22±3.7	0.71±0.4
İlkokul (34)	10.05±6.4	5.50±4.1	4.88±4.5	6.64±5.3	5.44±3.6	0.62±0.3
Ortaokul (14)	10.35±5.6	5.21±3.8	6.78±4.6	6.92±3.7	7.50±4.0	0.70±0.2
Lise (10)	10.50±7.9	4.0±3.8	6.60±7.4	7.40±5.0	6.40±4.3	0.67±0.4
Lisans (5)	6.0±4.3	2.40±2.3	3.60±3.2	3.40±3.4	3.80±3.2	0.37±0.2
	F=1.358	F= 0.938	F= 0.964	F= 1.155	F= 1.291	F= 1.031
	p=0.257	p= 0.447	p= 0.432	p= 0.338	p= 0.281	p= 0.397

**Tablo 4'ün Devamı**

Özellikler	KSE Alt Ölçekleri					
	Depresyon  X±SS	Anksiyete  X±SS	Olumsuz benlik  X±SS	Somatizasyon  X±SS	Hostilite  X±SS	Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi  X±SS
<b>Yerleşim yeriniz?</b>						
İl (61)	11.26±7.56	5.57±4.40	5.19±4.59	6.63±4.82	5.95±3.64	0.66±0.35
İlçe (15)	8.80±5.93	4.86±3.35	5.86±6.05	8.46±5.82	6.26±4.52	0.65±0.34
Belde/köy (5)	9.40±4.72	1.20±1.09	3.0±3.74	7.60±6.87	2.0±1.41	0.44±0.30
	F= 0.795 p= 0.455	F= 2.652 p= 0.077	F= 0.655 p= 0.522	F= 0.792 p= 0.457	F= 2.742 p= 0.071	F= 0.912 p= 0.406
<b>Herhangi bir işte çalışma</b>						
Evet (31)	9.61±6.5	5.41±3.6	5.09±3.9	6.16±4.6	5.80±3.5	0.61±0.2
Hayır (50)	11.36±7.4	5.02±4.5	5.24±5.3	7.58±5.4	5.74±4.0	0.66±0.3
	t= -1.069 p= 0.288	t= 0.413 p= 0.681	t= -0.129 p= 0.898	t= -1.213 p= 0.229	t= 0.760 p= 0.940	t= -0.618 p= 0.539
<b>Ailenin gelir durumu (n=80)*</b>						
Gelir gidere denk (27)	9.14±6.4	3.77±3.4	4.44±4.6	6.40±4.6	5.0±3.6	0.55±0.3
Gelir giderden az (53)	11.67±7.3	5.88±4.4	5.62±4.9	7.45±5.3	6.09±3.8	0.70±0.3
	t= -1.520 p= 0.132	t= -2.346 <b>p= 0.022</b>	t= -1.028 p= 0.307	t= -0.860 p= 0.392	t= -1.213 p= 0.229	t= -1.838 p= 0.070

**Tablo 4' ün Devamı**

Özellikler	KSE Alt Ölçekleri					
	Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik	Somatizasyon	Hostilite	Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Hastalık nedeniyle işi bırakma durumu</b>						
Evet (5)	12.20±3.9	4.20±2.2	7.00±2.1	10.80±5.8	5.80±2.5	0.75±0.1
Hayır (76)	10.59±7.3	5.23±4.3	5.06±4.9	6.78±5.0	5.76±3.9	0.64±0.3
	t= 0.484	t= -0.531	t= 0.866	t= 1.714	t= 0.021	t= 0.678
	p= 0.630	p= 0.597	p= 0.389	p= 0.090	p= 0.983	p= 0.500

\* Ailenin gelir durumu analiz edilirken gelir durumu giderden fazla olan 1 hasta araştırmanın dışında tutulmuştur.

#### **4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PÇE Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre PÇE alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 5'te görülmektedir. Cinsiyete göre PÇE alt ölçekleri puan ortalamaları değerlendirildiğinde, aceleci yaklaşım ve kaçınan yaklaşım alt ölçek puan ortalamalarının erkeklerde, planlı yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının ise kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve toplam PÇE puan ortalamasının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

PÇE'nin aceleci yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının lisans mezunu olan hastalarda; düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçeği puan ortalamalarının ise okur-yazar olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Kaçınan yaklaşım, değerlendirici yaklaşım ve toplam PÇE puan ortalamasının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

PÇE'nin aceleci yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması işi bırakmak zorunda kalan hastalarda  $32.80\pm 4.2$ , işi bırakmak zorunda kalmayan hastalarda  $39.84\pm 9.5$  olduğu ve aceleci yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının hastalık nedeniyle işi bırakma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, planlı yaklaşım alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamalarının hastalık nedeniyle işi bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

PÇE'nin aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, planlı yaklaşım alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamalarının yerleşim yerine, ailenin gelir durumuna, herhangi bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PÇE Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler	PÇE alt ölçekleri						Toplam PÇE X±SS
	Aceleci yaklaşım X±SS	Düşünen yaklaşım X±SS	Kaçınan yaklaşım X±SS	Değerlendirici yaklaşım X±SS	Kendine güvenli yaklaşım X±SS	Planlı yaklaşım X±SS	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın (19)	35.42±8.0	16.0±5.4	15.0±6.5	8.0±2.7	25.15±4.9	11.84±3.2	111.42±20.2
Erkek (62)	40.62±9.5	13.24±6.2	19.51±6.1	7.80±3.3	23.0±4.2	8.77±2.9	112.96±15.1
	t= -2.144	t= 1.730	t= -2.770	t= 0.231	t= 1.877	t= 3.872	t= -0.308
	<b>p= 0.035</b>	p= 0.088	<b>p= 0.007</b>	p= 0.818	p= 0.064	<b>p= 0.001</b>	p= 0.760

**Tablo 5'in Devamı**

Özellikler	PÇE Alt Ölçekleri						
	Acelec yaklaşım X±SS	Düşünen yaklaşım X±SS	Kaçınan yaklaşım X±SS	Değerlendiric i yaklaşım X±SS	Kendine güvenli yaklaşım X±SS	Planlı yaklaşım X±SS	Toplam PÇE X±SS
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur-yazar (18)	34.83±6.4	17.50±5.7	16.38±6.5	9.0±2.9	26.83±3.2	12.22±3.0	116.77±15.4
İlkokul (34)	42.44±9.9	13.38±6.4	18.47±6.1	7.70±3.5	23.41±4.4	9.32±2.8	114.73±16.6
Ortaokul (14)	38.57±7.7	12.71±5.3	21.50±4.9	6.92±2.9	22.64±2.8	8.0±2.1	110.35±8.6
Lise (10)	35.70±11.4	12.90±5.1	17.20±8.1	7.80±2.8	21.70±4.4	8.90±3.5	104.20±21.4
Lisans (5)	45.0±7.8	9.60±4.6	19.80±7.2	7.40±1.94	18.20±4.7	6.20±2.6	106.20±19.9
	F= 3.053 p= 0.028*	F= 2.596 p= 0.047*	F= 1.410 p= 0.065	F= 0.928 p=0.384	F= 6.056 p= 0.001*	F= 6.710 p=0.001*	F= 1.388 p= 0.232
<b>Yerleşim yeri</b>							
İl (61)	39.08±9.9	13.26±5.8	18.44±6.5	7.73±3.0	22.93±4.5	9.26±3.1	110.72±17.0
İlçe (15)	40.80±8.1	14.40±6.8	20.40±5.5	7.86±3.8	24.80±3.9	9.40±3.6	117.66±14.2
Belde/köy (5)	39.20±8.3	20.0±5.2	12.80±5.0	9.20±1.9	26.60±3.2	12.60±2.0	120.40±16.3
	F= 0.195 p= 0.823	F= 2.971 p= 0.057	F= 2.696 p= 0.074	F= 0.485 p= 0.617	F= 2.426 p=0.095	F= 2.497 p= 0.089	F= 1.729 p= 0.184
<b>Herhangi bir işte çalışma durumu</b>							
Evet (31)	40.35±10.03	13.61±6.51	18.64±6.67	7.61±3.44	23.29±4.38	8.90±2.89	112.41±14.64
Hayır (50)	38.82±9.15	14.06±5.98	18.34±6.40	8.0±3.01	23.64±4.53	9.86±3.47	112.72±17.41
	t= 0.707 p= 0.482	t= -0.316 p= 0.753	t= 0.205 p= 0.838	t= -0.532 p= 0.596	t= -0.342 p= 0.734	t= -1.283 p= 0.203	t= -0.080 p= 0.936



**Tablo 5'in Devamı**

Özellikler	PÇE Alt Ölçekleri						
	Aceleci yaklaşım X±SS	Düşünen yaklaşım X±SS	Kaçıngan yaklaşım X±SS	Değerlendirici yaklaşım X±SS	Kendine güvenli yaklaşım X±SS	Planlı yaklaşım X±SS	Toplam PÇE X±SS
<b>Ailenin gelir durumu **</b>							
Gelir gidere denk (27)	41.07±8.3	13.03±5.7	20.18±4.9	8.40±2.9	23.33±4.8	8.55±3.5	114.59±14.3
Gelir giderden az (53)	38.69±9.9 t= 1.059 p= 0.293	14.32±6.4 t= -0.875 p= 0.384	17.79±6.9 t= 1.781 p= 0.079	7.60±3.2 t= 1.069 p= 0.289	23.79±4.0 t= -0.447 p= 0.676	10.0±3.0 t= -1.886 p= 0.630	112.20±16.8 t= 0.628 p= 0.532
<b>Hastalığı nedeniyle işi bırakma durumu</b>							
Evet (5)	32.80±4.2	13.60±5.5	15.60±7.3	5.40±2.8	24.20±5.9	8.20±3.8	99.80±14.3
Hayır (76)	39.84±9.5 t= - 3.199 <b>p= 0.015</b>	13.90±6.2 t= -0.108 p= 0.915	18.64±6.4 t= -1.019 p= 0.311	8.01±3.1 t= -1.810 p= 0.074	23.46±4.3 t= 0.358 p= 0.722	9.57±3.2 t= -0.911 p= 0.365	113.44±16.1 t= -1.838 p= 0.070

\* Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

\*\* Ailenin gelir durumu analiz edilirken gelir durumu giderden fazla olan 1 hasta araştırmanın dışında tutulmuştur.

#### **4.6. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre KSE Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların hastalığına ait özelliklerine göre KSE alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 6'da görülmektedir. KSE'nin depresyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçeği puan ortalamalarının enfarktüs öncesi stresli bir yaşamı olduğunu belirten hastalarda belirtmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçeği puan ortalamalarının enfarktüs öncesi stresli yaşama göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

Enfarktüs öncesinde yaşadığı bir stresörü olma durumuna göre hastaların olumsuz benlik puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının da bu grupta yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

Enfarktüs sonrası yaşamını kötü olarak değerlendiren grupta depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak sadece depresyon ve somatizasyon alt ölçekleri puan ortalamalarının MI sonrası hayatını kötü olarak değerlendirenlerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

MI'nın yaşam şekli üzerindeki etkisine göre KSE'nin depresyon ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçek puan ortalamalarının yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirten hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite puan ortalamalarının MI'nın yaşam şekli üzerindeki etkisine göre anlamlı değişiklik göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

KSE'nin hostilite alt ölçeği puan ortalamasının ailesinde kalp hastası olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçekleri ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının ailesinde

kalp hastası olması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

KSE'nin anksiyete, hostilete alt ölçeği ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının MI nedeniyle bir yakını kaybedenlerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçeği puan ortalamalarının ise ailesinde MI nedeniyle bir yakını kaybetme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6: Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre KSE Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler	KSE Alt Ölçekleri					
	Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik	Somatizasyon	Hostilite	Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Enfarktüs öncesi stresli bir yaşam varlığı</b>						
Evet (54)						
Hayır (27)	11.88±7.4	5.81±4.2	5.81±4.8	7.64±5.3	6.46±3.7	0.71±0.3
	8.29±6.0	3.88±3.8	3.92±4.6	5.81±4.5	4.37±3.5	0.50±0.2
	t= 2.179	t= 1.977	t= 1.677	t= 1.529	t= 2.390	t= 2.724
	<b>p= 0.032</b>	p= 0.051	p=0.097	p= 0.130	<b>p=0.019</b>	<b>p= 0.008</b>
<b>Enfarktüs öncesi stresör varlığı</b>						
Evet (35)	11.05±6.9	5.71±4.2	6.54±5.3	7.48±5.7	6.17±3.8	0.70±0.3
Hayır (46)	1.41±7.3	4.76±4.1	4.15±4.1	6.69±4.6	5.45±3.8	0.60±0.3
	t= 0.399	t= 1.011	t= 2.262	t= 0.684	t= 0.832	t= 1.357
	p= 0.691	p= 0.315	<b>p=0.026</b>	p= 0.496	p=0.408	p= 0.179

**Tablo 6' nın Devamı**

Özellikler	KSE Alt Ölçekleri					
	Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik	Somatizasyon	Hostilite	Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Enfarktüs sonrası hayatını değerlendirme durumu</b>						
Kötü (22)	13.54±6.7	5.27±4.6	6.36±5.1	8.90±5.1	6.40±3.1	0.77±0.3
Orta (38)	11.39±7.1	5.52±4.1	5.15±4.7	7.71±5.1	5.60±3.8	0.67±0.3
İyi (21)	6.42±5.8	4.42±3.9	4.0±4.4	3.85±3.5	5.38±4.5	0.46±0.3
	F= 6.426 <b>p= 0.003</b>	F= 0.463 p= 0.631	F=1.296 p=0.279	F= 6.651 <b>p= 0.002</b>	F=0.445 p=0.642	F= 0.863 p= 0.426
<b>MI'ın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisinin varlığı</b>						
Evet (51)	12.43±6.9	5.47±4.3	5.70±4.4	7.80±5.0	5.98±3.3	0.71±0.3
Hayır (29)	7.75±6.7	4.68±4.0	3.96±5.1	5.72±5.1	5.37±4.6	0.52±0.3
	t= 2.925 <b>p= 0.005</b>	t= 0.792 p= 0.431	t= 1.587 p=0.116	t= 1.756 p= 0.083	t= 0.670 p= 0.505	t= 2.349 <b>p= 0.021</b>
<b>Ailede kalp hastası olma durumu</b>						
Evet (40)	11.30±7.3	6.05±4.0	5.97±5.3	7.82±4.9	6.65±4.0	0.72±0.3
Hayır (41)	10.09±7.0	4.31±4.2	4.41±4.1	6.26±5.2	4.90±3.4	0.57±0.3
	t= 0.754 p= 0.453	t= 1.883 p= 0.063	t= 1.463 p=0.147	t= 1.373 p= 0.174	t= 2.101 <b>p=0.039</b>	t= 1.923 p= 0.058
<b>Ailede MI nedeniyle kaybedilen birinin olması durumu</b>						
Evet (29)	12.65±6.9	7.06±3.9	6.55±5.4	7.55±5.3	7.10±4.1	0.78±0.3
Hayır (52)	9.59±7.0	4.11±3.9	4.42±4.3	6.75±5.0	5.01±3.4	0.57±0.3
	t= 1.873 p= 0.065	t= 3.200 <b>p=0.002</b>	t=1.933 p=0.057	t= 0.672 p= 0.503	t= 2.424 <b>p=0.018</b>	t= 2.628 <b>p= 0.010</b>

#### **4.7. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre PÇE Alt Ölçek ve Toplam PÇE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hastaların hastalığına ilişkin özelliklerine göre PÇE alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 7’de görülmektedir. Enfarktüs öncesi stresli yaşam biçiminin olup olmamasına göre PÇE alt ölçekleri puan ortalamaları değerlendirildiğinde, tüm alt ölçeklerin ve toplam PÇE puan ortalamasının anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

Enfarktüs öncesi yaşanan stresöre göre PÇE’nin tüm alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

Enfarktüs sonrası hayatı değerlendirme durumuna göre PÇE’nin tüm alt ölçeklerinin puan ortalamasının anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Toplam PÇE puan ortalamasının ise enfarktüs sonrası hayatını iyi olarak değerlendiren hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

MI’ın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirten hastaların değerlendirici yaklaşım puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, planlı yaklaşım alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamalarının ise MI’ın yaşam şekli üzerindeki etkisine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

Ailede kalp hastası olması ve ailede MI nedeniyle kaybedilen bir yakınının olması durumuna göre PÇE’nin tüm alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7: Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre PÇE Alt Ölçek ve Toplam PÇE Puan Ortalamaları**

Özellikler	PÇE Alt Ölçekleri						
	Acelecı yaklaşım X±SS	Düşünen yaklaşım X±SS	Kaçıngan yaklaşım X±SS	Değerlendirici yaklaşım X±SS	Kendine güvenli yaklaşım X±SS	Planlı yaklaşım X±SS	Toplam PÇE X±SS
<b>Enfarktüs öncesi stresli bir yaşam varlığı</b>							
Evet (54)	38.75±8.5	14.20±6.5	18.74±6.3	7.57±3.4	23.70±4.8	9.50±3.3	112.48±16.3
Hayır (27)	40.70±11.1	13.25±5.3	17.88±6.8	8.40±2.5	23.11±3.5	9.48±3.2	112.85±16.6
	t= -0.870 p= 0.387	t= 0.649 p= 0.519	t= 0.556 p= 0.580	t= -1.226 p= 0.225	t= 0.562 p= 0.576	t= 0.024 p= 0.981	t= -0.096 p= 0.924
<b>Enfarktüs öncesi stresör varlığı</b>							
Evet (35)	40.34±8.8	13.65±5.9	20.0±5.2	7.62±3.3	23.71±4.1	9.34±2.8	114.68±14.7
Hayır (46)	38.69±9.9	14.06±6.3	17.28±7.0	8.02±3.0	23.34±4.6	9.60±3.5	111.02±17.4
	t= 0.774 p= 0.441	t= -0.294 p= 0.770	t= 1.979 p= 0.051	t= -0.550 p= 0.584	t= 0.365 p= 0.716	t= -0.360 p= 0.720	t= 1.001 p= 0.320

**Tablo 7'nin Devamı**

Özellikler	PÇE Alt Ölçekleri						
	Aceleci yaklaşım X±SS	Düşünen yaklaşım X±SS	Kaçıngan yaklaşım X±SS	Değerlendirici yaklaşım X±SS	Kendine güvenli yaklaşım X±SS	Planlı yaklaşım X±SS	Toplam PÇE X±SS
<b>Enfarktüs sonrası hayatını değerlendirme</b>							
Kötü (22)	38.95±8.8	13.63±5.5	18.63±5.9	7.68±2.5	24.18±4.3	9.81±3.1.	112.90±12.6
Orta (38)	38.39±9.9	13.84±6.1	17.78±6.7	7.50±3.1	23.10±4.9	9.42±3.2	110.05±18.71
İyi (21)	41.71±9.1	14.23±7.0	19.47±6.5	8.66±3.7	23.52±3.7	9.28±3.5	16.90±14.8
	F= 0.052 p= 0.949	F= 0.465 p= 0.630	F= 0.958 p= 0.388	F= 0.401 p= 0.671	F= 0.156 p= 0.856	F= 1.204 p= 0.306	F= 4.853 <b>p= 0.010</b>
<b>MI'nın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisi olma durumu</b>							
Evet (51)	38.52±9.1	13.52±5.4	17.90±6.3	7.29±2.7	23.35±4.8	9.39±3.1	110.0±16.5
Hayır (29)	40.55±9.9	14.65±7.3	19.24±6.6	8.89±3.6	23.86±3.7	9.79±3.4	117.0±15.3
	t= -0.920 p= 0.360	t= -0.781 p= 0.437	t=-0.887 p= 0.378	t= -2.217 <b>p= 0.030</b>	t= -0.487 p= 0.628	t= -0.524 p= 0.601	t=-1.862 p= 0.066

**Tablo 7'nin Devamı**

Özellikler	PÇE Alt Ölçekleri						
	Aceleci yaklaşım X±SS	Düşünen yaklaşım X±SS	Kaçıngan yaklaşım X±SS	Değerlendirici yaklaşım X±SS	Kendine güvenli yaklaşım X±SS	Planlı yaklaşım X±SS	Toplam PÇE X±SS
<b>Ailede kalp hastası olma durumu</b>							
Evet (40)							
Hayır(41)	37.40±9.6	14.32±6.1	17.50±6.9	7.90±3.4	23.40±4.4	9.65±3.1	110.17±17.5
	41.36±8.9	13.46±6.1	19.39±5.8	7.80±2.9	23.60±4.4	9.34±3.4	114.97±14.8
	t= -1.916	t= 0.627	t= -1.320	t= 0.134	t= -0.211	t= 0.422	t= -1.330
	p= 0.059	p= 0.532	p= 0.190	p= 0.894	p= 0.834	p= 0.674	p= 0.187
<b>Ailede MI nedeniyle kaybedilen birinin olması durumu</b>							
Evet (29)							
Hayır (52)	39.03±9.3	13.41±5.9	17.44±6.5	7.55±3.0	23.13±4.5	10.10±3.3	110.68±16.7
	39.61±9.6	14.15±6.3	19.01±6.4	8.01±3.2	23.71±4.4	9.15±3.2	113.67±16.1
	t= -0.263	t= -0.516	t= -1.048	t= -0.634	t= -0.553	t= 1.255	t= -0.787
	p= 0.793	p= 0.607	p= 0.298	p= 0.528	p= 0.582	p= 0.213	p= 0.434



#### **4.8. Yaş, Kısa Semptom Envanteri ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişki**

PÇE alt ölçeği olan aceleci yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

PÇE alt ölçeği olan düşünen yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

PÇE alt ölçeği olan kaçınan yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

PÇE alt ölçeği olan değerlendirici yaklaşım ile KSE alt ölçeği olan depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile arasında negatif yönde, hastaların yaşı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), anksiyete ve somatizasyon ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

PÇE alt ölçeği olan kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE alt ölçeği olan somatizasyon ve hastaların yaşı ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçekleri ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

PÇE alt ölçeği olan planlı yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Toplam PÇE puan ortalaması ile KSE alt ölçeklerinden yalnızca hostilite ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8: Yaş, Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişki**

Ölçekler	KSE alt ölçekleri						Yaş
	Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik	Somatisasyon	Hostilite	Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	
Aceleci yaklaşım	r=-0.92, p=0.413	r=-0.131, p=0.245	r=0.064, p=0.571	r=-0.192, p=0.085	r=-0.196, p=0.79	r=-0.132, p=0.239	r=-0.74, p=0.510
Düşünen yaklaşım	r= -0.67, p= 0.553	r= 0.007, p= 0.954	r= -0.127, p= 0.258	r= 0.041, p= 0.717	r= -0.166, p= 0.139	r= -0.79, p= 0.483	r= 0.210, p=0.59
Kaçıngan yaklaşım	r= -0.16, p=0.889	r= -0.114, p= 0.311	r= 0.096, p= 0.394	r= 0.025, p= 0.821	r= 0.023, p= 0.841	r= 0.009, p= 0.934	r= 0.17, p= 0.884
Değerlendirici yaklaşım	r= -0.292, p= <b>0.008</b>	r= -0.218, p= 0.50	r= -0.329, p= <b>0.003</b>	r= -0.42, p= 0.710	r= -0.323, p= <b>0.003</b>	r= -0.327, p= <b>0.003</b>	r= 0.257, p= <b>0.021</b>
Kendine güvenli yaklaşım	r= 0.126, p= 0.263	r=0.050, p=0.658	r= -0.061, p= 0.590	r= 0.255, p= <b>0.021</b>	r= -0.131, p= 0.244	r= 0.083, p= 0.461	r= 0.220, p= <b>0.048</b>
Planlı yaklaşım	r= 0.114, p= 0.310	r=0.117,p=0.298	r=-0.012, p= 0.914	r= 0.207, p= 0.063	r=-0.061, p= 0.591	r= 0.114, p= 0.313	r= 0.161, p= 0.151
Toplam PÇE	r=-0.085, p= 0.453	r=-0.124, p= 0.270	r=-0.056, p=0.622	r=0.017, p= 0.880	r=-0.278, p= <b>0.012</b>	r=-0.121, p= 0.282	r=0.185, p= 0.98

## 5. TARTIŞMA

Kalp hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar arasında iki yönlü bir etkileşim olduğu, şiddetli emosyonel streslerin insanların kardiyak problemler yaşamalarına yol açabileceği, diğer taraftan kalp hastalıklarının seyri sırasında da psikiyatrik komplikasyonların sıklıkla ortaya çıkabileceği iyi bilinmektedir. KAH bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta, yaşamdan doyum almasını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (14). Kalp hastalığı tanısı almak ile ortaya çıkan ani ölüm riski veya hastalık tehdidi bireyde sıklıkla anksiyete ve disforiye, genellikle de depresyona sebep olmaktadır (15). Mİ sonrası gelişen düşük benlik saygısı ve bireyin kendini sürekli “hasta” rolünde algılaması, öğrenmesini ve uyumunu azaltmakta, pozitif başa çıkma davranışlarını olumsuz etkilemektedir (3). Bu araştırma, MI tanısıyla tedavi edilen hastalarda problem çözme becerisi ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılmıştır.

### 5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının  $54.60 \pm 8.14$  olduğu saptanmıştır. Yapılan farklı araştırmalarda da çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 53.5- 63 arasında değiştiği görülmektedir (10, 31, 106-108).

Araştırmaya katılan hastaların %76.5' ini erkekler oluşturmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda da araştırmaya katılan bireylerin %69-98'inin erkek olduğu tespit edilmiştir (1, 3, 38, 107, 109-112). Araştırmamızın bu sonucu MI'nın daha çok erkeklerde görülmesinden kaynaklanabileceğini ortaya koymaktadır (5, 19, 20, 21, 22)

Araştırmaya katılan hastaların % 72.8'inin ilk kez MI geçirdiği tespit edilmiştir. Dickens (2004)' in çalışmasında da araştırmaya katılan hastaların %84'ünün, Irmak ve Fesli (2005)'nin çalışmasında ise %89.9'unun ilk kez MI geçirdiği tespit edilmiştir (31, 107).

Çalışmamızda hastaların %42'sinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer olarak MI geçiren hastaların %28.3-45.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (1, 3, 38, 109). Bu sonuç araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ileri yaşlarda olmalarından kaynaklanabilir. AMI geçiren hastaların eğitim düzeylerinin, toplumdaki sağlıklı bireylere oranla daha düşük olduğu belirtilmektedir (15).

Çalışmamızda araştırmaya katılan bireylerin %75.3'ünün ilde yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %61.7'sinin şuan herhangi bir işte çalışmadığı, çalışan grubun ise %41.9'unun serbest meslekle uğraştığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (3, 9, 38).

Çalışmamızda araştırmaya katılan bireylerin %65.4'ünün gelirinin giderden az olduğu bulunmuştur. Nehir (2011)'in çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin %53.3'ünün gelir durumunun giderden az olduğu saptanmıştır (9). Yine yapılan başka bir çalışmada da sosyoekonomik düzey arttıkça, kardiyovasküler olay sıklığında azalma olduğu gözlenmiştir (113). Düşük sosyoekonomik düzeyin bu hastalık için bir risk faktörü olduğu literatürde de belirtilmektedir (5, 19, 28, 29, 39).

## **5.2. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi**

Araştırmamızda hastaların %49.4'ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Fertelli ve Tel (2007)'in çalışmasında bireylerin %56.7'sinin, Eski ve Fesci (2002)'nin çalışmasında %56.6'sının, Güneş ve ark. (2002)'nin çalışmasında %47.5'i, Nehir (2011)'in çalışmasında %33.3'ünün, Karabay (2011)'in çalışmasında %50'sinin ailesinde MI geçirmiş bireyler olduğu, Yıldırım (2008)'in çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin %28.36'sının, Arslan ve ark. (2011)'nin çalışmasında ise bireylerin %55'inin ailesinde kalp hastası olduğu belirtilmiştir (3, 9, 16, 45, 60, 64, 109). Araştırmamızda çalışmaya katılan bireylerin %35.8'inin ailesinde MI nedeniyle kaybettiği bir yakının olduğu saptanmıştır. Güneş ve ark. (2002)'nin çalışmasında araştırmaya katılan hastaların %32.5'inin ailesinde Mİ nedeniyle ölüm saptanmıştır (45). Ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan bireylerde, daha önce kalp krizi geçirmiş olan bireylerde Mİ görülme olasılığı daha fazladır ve bunlar bireylerin engelleyemeyeceği risk faktörleridir (5).

Araştırmamızda hastaların %66.7'si enfarktüs öncesinde stresli bir yaşam tarzlarının olduğunu belirtmişlerdir. Fertelli ve Tel(2007)'in çalışmasında da bireylerin %86.7'sinin stres yaşantısı tanımladığı belirtilmiştir (109). Vural ve Başar (2006)'ın çalışmasında miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda son bir yıl içinde kontrol grubuna göre stresli olay geçirme ve depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (35). Karabay (2011)'in çalışmasında araştırmaya katılan hastaların % 46,72'si kalp krizi öncesi stres

verici bir yaşam olayı yaşadıklarını ve kalp krizlerini bu stres verici yaşam olayı ile ilişkilendirdiğini ifade etmiştir (64). Hansen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2002) MI geçiren erkeklerde önceki yıl içinde geçirilmiş kötü olay hikâyesi gibi stresli yaşam olaylarının yaşandığı belirlenmiştir (114).

Çalışmamızda bireylerin %43.2'sinde enfarktüs öncesinde yaşadıkları bir stresörün olduğu, bu stresörün ise %33.3'ünde iş stresi olduğu saptanmıştır. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların bir çoğu son zamanlarda büyük üzüntü çektiklerinden veya çok stresli günler geçirdiklerinden bahsederler. Büyük bir mali kayıp, işten ayrılma, uzun bir ilişkinin arkasından gelen ayrılıklar, ödenmesi zor bir borç yükü, bir yakının kaybı gibi depresyona yol açan tüm duygusal stresler ani tansiyon yükselmeleri ya da damar spazmları yaparak MI'ne davetiye çıkarır (1, 24). 52 ülkeden insanların katılımı ile yapılan INTERHEART çalışması, 11.119 kalp hastası ve 13.648 kişiden oluşan kontrol grubunda psiko-sosyal risk faktörleri ile akut miyokard enfarktüs riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmış ve başlıca dört faktör incelenmiştir: İşte stres, evde stres, parasal stres ve son bir yılda stresli bir yaşam olayının varlığı. Akut MI geçiren hastalarda, bu dört faktörün de görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (34). Karabay (2011)'in çalışmasında da 28 kişiden 14'ü işi, 8'i maddi sorunları, 5'i ailevi sorunları, bir tanesi ise sosyal ilişkilerindeki sorunlar nedeniyle kalp krizi öncesi stres yaşadığını belirtmiştir (64).

Araştırmaya katılan hastaların %63.8'si miyokard enfarktüsünden sonra yaşam şekillerinde olumsuz yönde değişiklik olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin %27.2'sinin enfarktüs sonrası yaşamlarını kötü olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Hastaların göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, yorgunluk gibi hastalık semptomlarından başka şüphe duyma, rahatsızlık, panik atakları, ölüm korkusu yaşamaları, yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda hastaların beslenme alışkanlıklarında ve günlük yaşam aktivitelerinde, aşırı stres ya da aşırı yorgunluk veren etkinliklerinde değişiklikler yapma zorunluğu yaşam kalitesini azaltmaktadır (3).

Çalışmaya katılan bireylerin %35.8'inin kendini sakin bir kişi olarak tanımladığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %64.2'sinin ise kendisini aceleci, heyecanlı ve sinirli olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Yetgin (2010)'in çalışmasında

sinirlilik, hostilite, agresyon, rekabetçi ve sabırsız kişilik özelliklerine sahip olan bireylerde AMI (Akut Miyokard İnfarktüsü) gelişimi riskinin normal popülasyona oranla yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (15).

### **5.3. Hastaların Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanterinden Alınan Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Araştırmaya katılan hastalarda depresyon ve somatizasyon alt ölçeği puan ortalamalarının diğer semptomlara göre yüksek olduğu; anksiyete, hostilite, olumsuz benlik alt ölçeklerinin puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bireyin iş hayatı, çevre ilişkileri ve cinsel hayatında ortaya çıkan işlevsellik kaybı ve kısıtlanmalar, gerçek ya da beklenen kayıpların bu bireylerde depresyona yatkınlığı arttırabileceği belirtilmektedir (15). Dirik ve Şahin (2008)'in çalışmasında Mİ geçiren hastaların kaygı ve depresyon belirtileri yaşadıkları belirlenmiştir (5). Hosseini ve ark. (2009)'nın çalışmasında hastaların %40.3'ünde hem anksiyete hem de depresyon saptanmıştır (112). Güneş ve ark. (2002)'nin çalışmasında araştırmaya katılan grupta %67.5'inde anksiyete, %50'sinde depresyon saptanmıştır (45). Yetgin (2010)'nin çalışmasında da AKS (Akut Koroner Sendrom)'li hasta grubunda depresyon ve anksiyete skorları daha yüksek saptanmış, bu sonuç ise ölüm korkusu gibi faktörlere bağlanmıştır (15). Moser ve ark. (2010)'nın çalışmasında da negatif duyguların (depresyon, anksiyete ve hostilite) kalp hastalarında sağlıklı bireylerden daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (115). Keskin ve Gümüş (2012)'ün çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin anksiyete düzeyi orta düzeyde bulunmuştur (54). Mİ hastalarının kaygı ve depresyon yaşamaları, gelecekle ilgili endişelerinin olması, günlük hayatlarında bir takım kayıp yaşamaları, hastalıkla ilgili daha önceki olumsuz deneyimleri, genel durumlarının kötüleşeceğini hissetme, hastanın akut dönemde yaşadığı angina, dispne ve ölüm korkusu yaşama gibi faktörlerle ilgili olabilir (10, 15). Anksiyete ve depresyonun kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğu ve kalp hastası olduğunu öğrenen bireylerde bu tür psikolojik bozuklukların oluştuğu bilinmektedir (29). Dirik ve Şahin (2008)'in çalışmasında araştırmaya katılan hastaların hostilite düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir (5). Arslan ve ark.(2011)'in yaptığı çalışma da Mİ hastalarında, sağlıklı gruba kıyasla öfke düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (60).

Araştırmaya katılan hastalarda PÇE alt ölçeklerinden aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım alt ölçek puanlarının diğer alt ölçeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur. KAH insan yaşamına getirdiği kısıtlamalardan dolayı bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilemekte ve bu tür hastalar beklenenden daha kısa sürede hastaneye tekrar yatmakta, taburcu olduktan sonra yaşamının sonuna kadar bu hastalık ile yaşamakta, hastalıkla beraber yaşama süresinin artması ise uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (14). Böyle bir süreç yaşayan bireyler ise daha önce sorunlarını çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını kullanmakta güçlük çekmektedir(10).Bu çalışmada bireylerin bir problemle karşılaştıklarında çözüme karar verirken durumu anlamaya çalışmadıkları, konuyla ilgili her türlü bilgiyi dikkate alıp gözden geçirmedikleri, olası sonuçları ölçüp tartmadıkları, problemin çözümü konusunda kendilerine güvenmedikleri söylenebilir. Bunun yanı sıra hastaların problem çözme beceri boyutlarından en fazla kaçınan yaklaşımı kullandıklarından dolayı karşılaştıkları herhangi bir problemin çözümü hakkında bilgi toplamayı düşünmedikleri, uygulanan çözüm başarısızlıkla sonuçlanırsa başa çıkma konusunda yeterli çabayı göstermedikleri, problemin çözümünden sonra izlenen yol konusunda neyin işe yarayıp yaramadığını düşünmedikleri söylenebilir.

#### **5.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda, depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının kadınlarda, olumsuz benlik alt ölçeğinin puan ortalamasının ise erkeklerde daha fazla olduğu ancak, sadece depresyon puan ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Özer ve ark. (2009)'nın çalışmasında erkeklerde anksiyete, kadınlarda ise depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (10). Ekici (2010)'nin ve Moser (2010)'in çalışmasında da anksiyete ve depresyon bulguları kadın hastalarda daha yüksek bulunmuştur (29, 115). Başka bir çalışmada da AKS sonrası gelişen depresyonla kadın cinsiyet arasında anlamlı şekilde ilişki olduğu bildirilmiştir (116).Cinsiyetler arasında bu farkı oluşturan en önemli faktör kadın ve erkeklerin yaşamlarının farklı şekillerde etkilenmesi olabilir. Erkekler için hastalık ve iyileşme sürecindeki en önemli endişe, işe dönüşleri ve cinsel yaşamları ile ilgili, kadınların ise, bunlara ek olarak, aile içindeki rol ve

sorumluluklarını yerine getiremeyeceklerini ve çocuklarının bakımını sürdüremeyeceklerini düşünmeleri, yaşamlarında daha çok değişiklik yapmaya zorlanması, evliliklerinde ve aile içindeki geleneksel rollerini sürdürmede sorun yaşaması depresyon ve anksiyete yaşamalarında etkili faktörler olabilir. Literatürde de kadınların erkeklerden 2 kat daha fazla depresyona yakalandıkları belirtilmektedir (117, 118). Bir diğer neden olarak da bu gösterilebilir.

Araştırmamızda eğitim seviyesine göre KSE alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Anksiyete, rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının ilde yaşayanlarda daha fazla olduğu, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete puan ortalamalarının ise ilçede yaşayan hastalarda daha fazla olduğu ancak gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda anksiyete ve hostilete puan ortalamalarının çalışan grupta, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının ise herhangi bir işte çalışmayan hastalarda daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasında şuan herhangi bir işte çalışıyor olma durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Gelir durumu kötü olan hastalarda depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilete, somatizasyon ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve anksiyete açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Özer ve ark. (2009)'nın çalışmasında ailenin gelir durumu düşük olan hastalarda depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (10). Güneş ve ark. (2002)'nin çalışmasında depresyon ve anksiyete ile düşük ekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır, Mİ sonrası takip ve tedavi hizmetlerinin yüksek maliyetinin ve bireylerin hastalığa ek olarak bu gibi sorunlarla karşı karşıya kalmasının onların depresyon yaşamasının normal olduğunu göstermektedir (45).

Çalışmamızda hastalıktan sonra işi bırakmak zorunda kalan hastalarda depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete, rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).



### **5.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bu araştırmada, cinsiyet bakımından aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım puan ortalamalarının istatistiksel olarak kadınlarda, planlı yaklaşımın ise erkeklerde anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuç kadınların problem çözümünde daha az aceleci davrandıklarını ve daha az problemden kaçtıklarını, erkeklerin ise problem çözümünde daha planlı yaklaştıklarını göstermektedir. Miyokard enfaktüsünde başetmede cinsiyet farklılıklarının incelendiği bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla başetme yöntemi kullandıkları, hastalık etkilerini minimize ettiklerini, yardım arama davranışını geciktirdikleri ve diğerlerini kendi sağlık problemleri ile rahatsız etmek istemedikleri ortaya konmuştur (119).

Eğitim durumuna göre aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu arttıkça toplam PÇE puan ortalamalarının azalması, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça problem çözme becerisinin olumlu yönde arttığını göstermektedir. Problem çözme süreci, algılanan ve tanımlanan problemle ilgili bilgi toplama, problemi çözmeye isteklilik ve problemin çözümüne yönelik engellerin belirlenmesi gibi davranışlardan oluşan zihinsel bir etkinlik ve beceridir (36). Çalışmamızın sonucu yüksek eğitim düzeyinin problem çözümü için gerekli zihinsel etkinlik ve beceriyi artırdığını göstermektedir.

Çalışmamızda PÇE ve Alt ölçek puan ortalamalarının hastaların yaşadığı yer, herhangi bir işte çalışma durumu, ailenin gelir durumu ve hastalık nedeniyle işi bırakma gibi özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

### **5.6. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Enfarktüs öncesinde stresli bir yaşam biçimi olan hastalarda depresyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Vural ve Başar (2006)' ın çalışmasında MI geçiren hastalarda son bir yıl içinde kontrol grubuna göre stresli olay geçirme ve depresyonun daha sık olduğu tespit edilmiştir (35). Kişinin sahip olduğu

sorun çözüme becerisi ile olumsuz bir yaşam olayının ardından ortaya çıkabilecek depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, başka bir deyişle sorun çözüme becerisinin, olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında aracı bir role sahip olduğu savunulmaktadır (86).

Enfarktüs öncesinde yaşadığı bir stresörü olma durumuna göre hastaların olumsuz benlik puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının da bu grupta yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Birey stresörle karşılaştığında bu stresörlere karşı bazı tepkiler göstermektedir. Stres yaşayan bir kişi konsantrasyon güçlüğü, hatırlama güçlüğü yaşamakta, karar vermekte zorlanmakta, ayrıca; taşikardi, terleme, midede kasılma, dispne, tedirginlik, korku, kaygı, öfke, hayal kırıklığı, karamsarlık, madde bağımlılığı, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, panikleme, sosyal ortamlardan kaçınma, huzursuzluk gibi stres belirtileri görülmektedir. Strese verilen tepkiler; sabit bir tepki olarak otonom sinir sistemi tarafından yönetilen 'kaç veya savaş' tepkisi olarak kendini göstermektedir. Stresle başa çıkma mekanizmaları bireyin yaşam stresi sonucu yaşadığı gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir (120).

Hayatını kötü olarak değerlendiren grupta depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak sadece depresyon ve somatizasyon alt ölçekleri puan ortalamalarının MI sonrası hayatını kötü olarak değerlendirenlerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). MI geçiren hastalar aşırı derecede stresli bir döneme girerek anksiyete, depresyon, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk sorunları yaşamakta ve bu sorunlar nedeniyle de yaşam kalitesi etkilenebilmektedir (99).

MI'ın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirten hastalarda depresyon ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). MI'ın bireylerde kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açtığı, kalple birlikte benliğinde zedelenmesi, kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmekte, yaşam amaçları, cinselliğini tehdit altına girmiş ya da azalmış hissetmesine, istediği gibi yaşayamayacağı ve her şeyin kısıtlanacağı düşüncesine neden olduğu ileri sürülmektedir (1, 24, 45, 47, 48, 50, 51, 55,

56). Yukarıda sıralanan bu etkenler hastalarda depresyonun daha yüksek çıkmasını desteklemektedir. Anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete puan ortalamalarının MI'ın yaşam şekli üzerindeki etkilerine göre anlamlı değişiklik göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Ailesinde kalp hastası olan hastalarda hostilete puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu durum hastalığın genetik geçiş özelliği göstermesinin kişi tarafından bilinmesinin hastada hostilete davranışına neden olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının ailede kalp hastası olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Ailesinde MI nedeniyle kaybettiği bir yakını olan hastalarda anksiyete, hostilete ve rahatsızlık ciddiyeti puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Sevilen bir aile yakınının aynı hastalık nedeniyle kaybedilmesinin bu hastalarda anksiyeteyi artırdığı ve yaşanan anksiyetenin ise bireyin hostile davranışlar göstermesine neden olduğu düşünülmektedir. Güneş ve ark.(2002)'nin çalışmasında da ailesinde MI nedeniyle kaybettiği bir yakını olanlarda depresyon ve anksiyete puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (45).

### **5.7. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

MI öncesi stresli bir yaşam biçiminin olması ve enfarktüs öncesi yaşanan bir stresörün olma durumuna göre hastaların PÇE ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ). İnsan yaşamı çözülmesi gereken değişik sayı ve yapıda problemlerle doludur (94). Bazen bir sorun çözülmeden bir diğeri ortaya çıkmakta, kişi aynı anda birçok sorunla karşılaşmakta ve yaşam sorunların çözümü ile anlam kazanmaktadır (69, 94). Çalışmamızda her ne kadar MI öncesi stresli bir yaşam ve stresörünün olması durumuna göre problem çözme becerisi düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmasa da MI öncesi stresli bir yaşam olduğunu bildirenlerin sayıca çok olması bu hastalarda problem çözümünün iyi olmadığını düşündürmektedir.

Enfarktüs sonrası yaşamını iyi olarak değerlendiren hastaların PÇE puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, hayatını orta düzeyde değerlendirenlerin daha iyi bir problem çözme becerisine sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastalık, hastanın maddi ve manevi gücünde çeşitli kayıplar yaratır, birey hastalık sebebiyle meslek yaşantısında, cinsel etkinliklerinde, sosyal ilişkilerinde, amaçlarında, günlük yaşantısında birçok değişim yapmak zorunda kalır. Hastalar hastalıkla ilişkili olarak ya da tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili olarak cinsel, fiziksel, psikolojik ve sosyal kısıtlamalar yaşayabilir ve bunun sonucunda kişide yadsıma, anksiyete, depresyon ve öfke gibi bir çok psikolojik tepkiler ortaya çıkabilir (9). Böyle bir süreç yaşayan bireyler ise daha önce problemlerini çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını kullanmakta güçlük çekmektedir (10, 24). Çalışmamızın sonuçlarına göre; enfarktüs sonrasında hayatını iyi olarak değerlendiren hastaların PÇE'den alınan toplam puanlarının yüksek olduğunu, bu puanın yüksek olmasının ise hastaların problem çözme becerisinin düşük olduğunu ve bu hastaların problemlerle baş edemediklerini, problemlerini çözemediklerini göstermektedir.

MI'ın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirten hastaların değerlendirici yaklaşım puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Değerlendirici yaklaşım, bireyin problem çözümünde belli bir yöntemi denedikten sonra ortaya çıkan sonuç ile kendi düşündüğü sonucu karşılaştırıp karşılaştırmadığını, problem karşısında onu çözebilmek için başvuracağı yolların tümünü düşünmeye çalışıp çalışmadığını ve neler hissettiğini anlamak için duygularını inceleyip incelememediğini gösterir (83, 84, 85). Çalışmamızın sonucu MI'ın yaşam şekli üzerindeki farkındalığın hastaların yeni süreçte problem çözümünde değerlendirici yaklaşımı olumlu yönde kullandıklarını düşündürmektedir.

Ailede kalp hastalığı öyküsü ve ailede MI nedeniyle kaybettiği bir yakınının olma durumuna göre hastaların PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

## 5.8. Yaş, Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişki

PÇE alt ölçeği olan değerlendirici yaklaşım ile KSE alt ölçeği olan depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile arasında negatif yönde, hastaların yaşı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Çalışmamızın sonuçlarına göre hastaların değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları azaldıkça hastaların depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamaları artmaktave değerlendirici yaklaşım puan ortalamasının azalması hastaların değerlendirici yaklaşımı daha çok kullandıklarını göstermektedir. Değerlendirici yaklaşımı kullanan bireyler; problemin çözümü hakkında bilgi toplamayı düşünen, bir problemle karşı karşıya kaldığında eğer uyguladığı çözüm başarısız olursa o problemle baş etme konusunda endişeye düşmeyen, problemi çözdükten sonra ise bu konuda neyin işe yarayıp, neyin yaramadığını düşünen bireylerdir (84).Değerlendirici yaklaşım problem çözme için önemli bir yaklaşım olsada çalışma sonuçlarımız bu yaklaşımın kullanılmasının bu hastalarda psikiyatrik belirtileri arttırdığını ortaya koymaktadır. MI'n bireylerde kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açtığı, kalple birlikte benliğinde zedelendiği, kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmekte, yaşam amaçları, cinselliğini tehdit altına girmiş ya da azalmış hissetmesine, istediği gibi yaşayamayacağı ve her şeyin kısıtlanacağı düşüncesine neden olduğu ileri sürülmektedir( 1, 24, 45, 47, 48, 50, 51, 55, 56). Birey hastalık aşamasını ve sonraki hayatını değerlendirmeye başladığında, geriye döndüremeyeceği şeyler olduğunu (genetik yatkınlık, cinsiyet, yaş, kalbin ne kadarının hasar gördüğü ve bu hasarın cerrahi müdahale yada medikal tedavi ile geri dönüştürülemez olması) ve hayatının geri kalanında kendisini bekleyen zorlukları ve yapması gerekenleri fark ettiğinde ise bunların bireylerde depresyon, olumsuz benlik, hostilite puanlarının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; bireylerin yaşları arttıkça, yaşamın vermiş olduğuzayıflık ve tükenmişlik hissi nedeniyle bireylerin kendilerine olan güvenlerinin azaldığı, problem çözümü konusunda endişeli davrandıkları, çözüm yollarını yeteri kadar düşünmedikleri ve daha plansız davrandıkları çalışmamızın sonucunda görülmektedir.

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE alt ölçeği olan somatizasyon ve hastaların yaşı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Somatizasyon, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir (121). MI geçiren hastalar tüm dikkat, enerji ve duygularını kalp bölgesine odaklandırır, normal sınırlar içindeki en ufak fizyolojik değişikliği ya da diğer nedenlere bağlı olabilecek her türden belirtiyi, kalp krizi şeklinde algılamaktadırlar (45, 51). Kendine güvenli yaklaşım, bireyin problem çözme konusunda kendine güvenini, problem çözme ve problem çözmek için çaba gösterme konusunda kendini yeterli görüp görmediğini belirler (83, 84, 85). Çalışmamızın sonucuna göre; hastaların somatizasyon belirtileri artıkça bireylerin kendine güvenlerinin azaldığı, ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastaların yaşı arttıkça yaşlanmanın vermiş olduğu zayıflık ve tükenmişlik hissi nedeniyle bireylerin kendilerine olan güvenlerinin azaldığı ve sorunların çözümü konusunda daha plansız davrandıkları çalışmamızın sonucunda görülmektedir.

Toplam PÇE puan ortalaması ile KSE alt ölçeklerinden hostilite arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Hastaların hostilite puan ortalamaları artıkça toplam PÇE puan ortalamalarının azaldığı, toplam PÇE puan ortalamalarının azalması ise hastaların problem çözme becerilerinin yükseldiğini göstermektedir. Öfke tıbbi hastalığa en yaygın emosyonel cevaplardan biridir. Hostilite, diğer bireylere karşı duyulan negatif inançlar sistemidir ve kişiyi öfkeye daha yatkın bir birey yaparak, sağlığını da doğrudan etkilemektedir (5). Ayrıca hostilite (düşmanlık), kişilere zarar verme ya da eşyaları tahrip etme şeklinde saldırgan davranışı teşvik eden tavır şekli olarak da tanımlanmaktadır (35). Bastırılan öfke, benlik saygısında azalmaya ve depresyona sebep olabilir. Tıbbi hastalıklar bedenin bir parçasının, fiziksel fonksiyonların, bağımsızlığın, sosyal rollerin, işin, statünün, ekonomik durumunun, amaç veya hayallerinin kaybına neden olabilir ve bu nedenlerden ötürü birey hastalığı bir kayıp durumu olarak da algılayabilir (100). Hastalığa bağlı olarak yaşanan kısıtlanma, kontrol kaybı, yaşam amaçlarının değişmesi, anksiyeteyi arttırır, güçsüzlük hissine neden olur ve bu durum öfke yoluyla ifade edilir (54). Çalışmamızın sonuçlarına göre; hastalar içinde bulunduğu durumu değerlendirmeye başladığında; yaşam amaçlarını kaybetme endişesi, obje kaybı gibi kayıp tepkileri yanında, sigara kullanıyor olması, kilolu olduğu, yeterince spor yapmadığı gibi yetersizlik ve suçluluk düşünceleri gelişebilmekte bu durumun ise bireylerin hostile davranışlar göstermesine neden olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda problem çözme becerisi ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkileri incelemek için yaptığımız araştırmanın genel sonuçları şöyledir:

#### 6.1.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Sosyo-Demografik Verilerine Ait Sonuçlar;

- Araştırmamız MI geçirmiş 81 hasta ile yapılmış olup, hastaların 62'sinin erkek hastalardan oluştuğu,
- Hastaların yaş aralığının 31-65 arasında değiştiği ve ortalama yaşın  $54.60 \pm 8.14$  olduğu,
- Hastaların büyük çoğunluğunun (%42) eğitim durumlarının ilköğretim seviyesinde olduğu,
- Hastaların %75.3'ünün il merkezinde yaşadığı, %61.7'sinin şuan herhangi bir işte çalışmadığı, çalışan grubun ise yarıya yakın (%41.9) bir kısmının serbest meslekle uğraştığı,
- Hastaların %65.4'ünün gelir durumunun giderden az olduğu,
- Hastaların %6.2'sinin hastalığından dolayı işi bırakmak zorunda kaldığı saptanmıştır.

#### 6.1.1.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Ait Sonuçlar;

- Hastaların %72.8'inin ilk kez kalp krizi geçirdiği,
- Hastaların %55.6'sının kalp krizini son bir yıl içerisinde geçirmiş olduğu,
- Hastaların %49.4'ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğu, %35.8'inin MI nedeniyle kaybettiği bir yakını olduğu,
- Hastaların %66.7'sinin enfarktüs öncesinde stresli bir yaşam tarzları olduğu, %43.2'sinin enfarktüs öncesinde yaşadıkları bir stresörünün olduğu ve bu stresörün %33.3'ünde iş stresi olduğu,
- Hastaların %63.8'inin enfarktüs sonrası hayatlarında olumsuz yönde değişiklik olduğu, %27.2'sinin enfarktüs sonrası hayatlarını kötü olarak değerlendirdikleri,

- Hastaların %35.8'inin de kendini sakin biri olarak tanımladığı saptanmıştır.

#### **6.1.1.3. Hastaların Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanterinden Alınan Puan Ortalamalarının Sonuçları;**

- Araştırmaya katılan hastaların KSE alt ölçeklerinden depresyon alt ölçeği puan ortalaması  $10.6 \pm 7.1$ ; anksiyete alt ölçeği puan ortalaması  $5.1 \pm 4.2$ ; olumsuz benlik alt ölçeği puan ortalaması  $5.1 \pm 4.8$ ; somatizasyon alt ölçeği puan ortalaması  $7.0 \pm 5.1$ ; hostilite alt ölçeği puan ortalaması  $5.7 \pm 3.8$ ; rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçeği puan ortalaması  $0.6 \pm 0.3$  olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların PÇE alt ölçeklerinden aceleci yaklaşım puan ortalaması  $39.4 \pm 9.4$ ; düşünen yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $13.8 \pm 6.1$ ; kaçınan yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $18.4 \pm 6.1$ ; değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $7.8 \pm 3.1$ ; kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $23.5 \pm 6.4$ ; planlı yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması  $9.4 \pm 3.2$  olarak bulunmuştur.

#### **6.1.1.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamasına Ait Sonuçlar;**

- Kadın hastaların KSE depresyon alt ölçeği puan ortalamasının erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu, diğer alt ölçeklerin puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği,
- Geliri giderden az olan hastaların KSE anksiyete alt ölçeği puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, diğer alt ölçeklerin puan ortalamalarının gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği,
- Depresyon, anksiyete, hostilite, olumsuz benlik, somatizasyon, rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçekleri puan ortalamalarının eğitim durumuna, yerleşim yerine, herhangi bir işte çalışma ve hastalık nedeniyle işi bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir.



#### **6.1.1.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamasına Ait Sonuçlar;**

- Erkek hastaların aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçeği puan ortalamalarının kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği,
- Aceleci yaklaşımın eğitim durumuna göre ilkokul mezunu olanlarda; düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçekleri puan ortalamasının okur-yazar olanlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, değerlendirici yaklaşım, kaçınan yaklaşım alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamasının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği,
- PÇE alt ölçeği olan aceleci yaklaşımın puan ortalamasının hastalığı nedeniyle işi bırakmak zorunda kalan hastalarda, anlamlı olarak düşük olduğu, diğer alt ölçeklerin ve toplam PÇE puan ortalamasının ise hastalığı nedeniyle işi bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği,
- PÇE alt ölçeklerinin ve toplam PÇE puan ortalamalarının gelir durumu, yerleşim yeri, herhangi bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir.

#### **6.1.1.6. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Sonuçları;**

- Enfarktüs öncesinde stresli bir yaşam tarzı olduğunu belirten hastalarda KSE alt ölçeklerinden depresyon, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçekleri puan ortalamasının enfarktüs öncesinde stresli bir yaşam tarzı olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği,
- Enfarktüs öncesi yaşadığı bir stresörü olduğunu belirten hastalarda KSE olumsuz benlik alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer alt ölçek puan ortalamalarının enfarktüs öncesi yaşanan stresör varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği,

- Depresyon ve somatizasyon alt ölçeği puan ortalamasının enfarktüs sonrası hayatını kötü olarak değerlendiren hastalarda anlamlı farklılık gösterdiği, diğer alt ölçeklerin puan ortalamalarının enfarktüs sonrası hayatını değerlendirme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği,
- MI'ın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirten hastalarda KSE'nin depresyon ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer alt ölçeklerin puan ortalamalarının MI'ın yaşam şekli üzerindeki etkisine göre anlamlı farklılık göstermediği,
- Ailesinde kalp hastası olduğunu belirten hastalarda KSE'nin hostilete alt ölçeği puan ortalamasının ailesinde kalp hastası olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer alt ölçeklerin puan ortalamasının ailede kalp hastası olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği,
- Ailesinde MI nedeniyle kaybettiği yakını olanlarda KSE'nin anksiyete, hostilete ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçek puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer alt ölçeklerin puan ortalamasının ailede MI nedeniyle kaybedilen yakınının olması durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

#### **6.1.1.7. Hastaların Hastalığına Bağlı Özelliklerine Göre Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımına Ait Sonuçlar;**

- PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamasının enfarktüs sonrası hayatını değerlendirme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği, toplam PÇE puan ortalamasının enfarktüs sonrası hayatını iyi olarak değerlendirenlerde anlamlı farklılık gösterdiği,
- MI'ın yaşam şekli üzerinde olumsuz etkisinin olduğunu belirten hastalarda PÇE'nin değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu, diğer alt ölçeklerin ve toplam PÇE puan ortalamasının MI'ın yaşam şekli üzerindeki etkisine göre anlamlı bir farklılık göstermediği,
- PÇE alt ölçekleri ve toplam PÇE puan ortalamalarının enfarktüs öncesinde stresli bir yaşam tarzı olma durumuna, enfarktüs öncesi yaşanan stresör varlığına, ailede kalp hastası olması durumuna ve ailede MI nedeniyle kaybedilen bir yakınının olması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

#### **6.1.1.8. Yaş, Kısa Semptom Envanteri Ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar;**

- PÇE alt ölçeği olan aceleci yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- PÇE alt ölçeği olan düşünen yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- PÇE alt ölçeği olan kaçınan yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- PÇE alt ölçeği olan değerlendirici yaklaşım ile KSE alt ölçeği olan depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile arasında negatif yönde, hastaların yaşı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), anksiyete ve somatizasyon ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- PÇE alt ölçeği olan kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE alt ölçeği olan somatizasyon ve hastaların yaşı ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt ölçekleri ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- PÇE alt ölçeği olan planlı yaklaşım ile KSE alt ölçekleri puan ortalamaları ve hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- Toplam PÇE puan ortalaması ile KSE alt ölçeklerinden hostilite arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), toplam PÇE puan ortalaması ile hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

## 6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Koroner arter hastalığı daha çok 50-60' lı yaşlarda ve sık olarak erkeklerde görülmesi nedeniyle bu yaş grubunda olan bireylere bu hastalıklardan korunmaya yönelik olarak gerekli eğitimlerin verilmesi,
- Her ne kadar genetik faktörler değiştirilemeyen risk faktörleri olsa da bireylere hayatının geri kalanında hastalıkla yaşamasını öğrenmesine yönelik gerekli eğitimlerin verilmesi; hemşirelerin ise MI geçirmiş hastalarla çalışırken hastaların hastalığa verdiği tepkileri değerlendirmeleri, hastaların en yoğun yaşadığı endişe, öfke, korku, ve ölüm korkusuyla baş etmede hastalara destek olmaları,
- Psikolojik faktörlerin koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü gelişim sürecine birçok noktadan katılma olasılıkları bulunduğundan miyokard enfarktüsünü önlemek ve hastalığın seyrini iyileştirmek için stresle baş etmeye yönelik psikoeğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi,
- Bu hasta grubu ile çalışan hemşireler, iletişim becerilerini kullanarak hastaların duygu, düşünce, algı ve korkularını sözel ifade etmesi için cesaretlendirmeli, dinlemeli ve gerektiğinde konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi ile işbirliği yaparak hastanın değerlendirmesini ve bakımının düzenlemeli,
- Çalışmamızın sonuçlarına göre MI sonrası hastaların problemlerin çözümü karşısında çok aceleci davrandıkları, problemleri çözmeye isteksiz oldukları, problemle yüzleşmekten kaçındıkları, problem çözme konusunda kendine güvenmedikleri ve problem çözme konusunda yeteri kadar düşünmedikleri görülmektedir. Bu nedenle bu hastaların taburculuk eğitimlerinde problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarının hazırlanması,
- Çalışma sonuçları, MI' den sonra bireylerin yaşamlarında olumsuz yönde değişiklikler olduğunu ve bireylerin karşılaştıkları bu olumsuzluklarla baş etmekte zorlandıklarını hatta hastalıkları yokmuş gibi davrandıklarını göstermektedir. Hastaların baş etmelerini kolaylaştırmak ve hastalığa uyumunu artırmak amacıyla taburculuk sonrasında eğitimde bunlara yer verilmesi,
- Bu çalışmada, hastaların problem çözme becerisi ile psikiyatrik belirtileri arasında anlamlı ilişkiler olduğu ve problem çözme becerisindeki yetersizliğin psikiyatrik belirtileri artırdığı tespit edilmiştir. Bu nedenle MI sonrası hastaların

bu belirtilerin görülmesi ve problem çözme becerisi açısından değerlendirmesinin yapılması,

- Psikiyatri dışı kliniklerdeki hastanın psikosozyal olarak değerlendirilmesi ve bu hastaya bakım verecek hemşirenin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi multidisipliner ekip çalışmasının önemli bir parçası olarak işlev gören konsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) hemşiresinin görevidir. Bu nedenle hastanelerde psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerle koordineli çalışacak olan KLP hemşirelerinin istihdam edilmesinin teşvik edilmesi, bu istihdamı karşılayacak KLP hemşirelerini yetiştiren yüksek lisans programlarının yaygınlaştırılması ve hemşirelerin buna yönlendirilmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Çam O. ve Nehir S. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi. 2011; 27 (2): 47-59.
2. World Healty Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Geneva, 2002; 2-19.
3. Eski S. ve Fesci H. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2002; 4 (1): 15-28.
4. Onat A. Risk factors and cardiovascular diseases in Turkey. Atherosclerosis. 2001; 156 (1): 1-10.
5. Dirik G. ve Şahin G. Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard enfarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008; 9 (15): 249-266.
6. Türkmen-Nehir S. ve Çam O. Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012; 3 (3): 105-115.
7. Keskin F. E, Çelebi A, Keskin S, Sayalı E, Gürol T, Alicanoğlu R, Koç Ö.D, Şenol G.E, Kocaoğlu A, Ekizoğlu E. Akut miyokard enfarktüsü geçiren nondiyabetik hastalarda glikoz-insülin-potasyum tedavisinin etkinliği. Bakırköy Tıp Dergisi. 2008; 4: 58-64.
8. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. 2003, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 181 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Yasemin Kutlu).
9. Nehir S. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. 2011, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 193 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. M. Olcay Çam).
10. Özer C. Z, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokard enfarktüslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. Turk Kardiyol Dern Arş. 2009; 37 (8): 557-562.

11. Ergin E.B. ve Dağ İ. Kişiler arası problem çözme davranışları, yetişkinlerdeki bağlanma yönelimleri ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013; 14: 36-45.
12. Çam S. ve Tümkaya S. Üniversite öğrencilerinde kişilerarası problem çözme. Çukurova üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006; 15 (2): 119-132.
13. Arslan C. Öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin, stresle başa çıkma ve kişiler arası problem çözme açısından incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2010; 10 (1): 7-43.
14. Erdem N. ve Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 8 (3): 1-9.
15. Yetgin A.Z. Akut koroner sendromlu hastalarda, stabil koroner arter hastalığı olan ve koroner arter hastalığı olmayan hastalarda kendini değerlendirme formları ile ölçülen depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması. 2010, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 95 sayfa, Bursa, (Prof. Dr. Dilek Yeşilbursa).
16. Yıldırım A. Sosyoekonomik düzey ile miyokard enfarktüsü ve post miyokard enfarktüsü komplikasyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. 2008, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 46 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Fuat Şar).
17. Hacılioğlu G, Mert N, Deniz S, Orak S. Bir vakıf üniversitesi öğrencilerinin miyokard enfarktüsü ve risk faktörleri ile ilgili farkındalık düzeyleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011; 19 (2): 99-104.
18. Aygün Ö. S. koroner arter hastalığında leptin ve hs CRP düzeyleri. 2011, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 96 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Levent Kayrın).
19. Ateş A. Akut miyokard enfarktüslü hastalarda miyokard performans indeksinin sağkalım üzerine etkisi. 2005, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 73 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Mustafa Şan).
20. Korkmaz D.F. Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa. 2012: 52-59.

21. Hindistan S. ve Nural N. Miyokard enfarktüsünde kadın ve erkek arasındaki farklılıklar. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3 (1): 66-72.
22. Dilek F. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2008, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 86 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).
23. Ünsar S, Durna Z, Süt N. Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2004; 2: 27-41.
24. Nehir S. ve Çam O. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26 (3): 73-84.
25. Burker J. S, Colquhoun M. D, Esler D. M, Hickie B. I, Hunt D, Jelinek V. M, Oldenburg F. B, Peach G. H, Ruth D, Tennant C. C, Tonkin M. A. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *MJA* 2003; 178: 272–276.
26. Kono T, Morita H, Nishina T, Fujita M, Hirota Y, Kawamura K, et al. Circadian variations of onset of acute myocardial infarction and efficacy of thrombolytic therapy. *J Am Coll Cardiol*. 1996; 27: 774-778.
27. André-Petersson L, Schlyter M, Engström G, Tydén P and Hedblad B. Behavior in a stressful situation, personality factors, and disease severity in patients with acute myocardial infarction: baseline findings from the prospective cohort study SECAMI (The Secondary Prevention and Compliance following Acute Myocardial Infarction-study). *BMC Cardiovascular Disorders*. 2011. doi:10.1186/1471-2261-11-45.
28. Şengül C. Genç yaşta miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda klasik ve psikososyal risk faktörlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. 2006, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 72 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Mehmet Özkan).
29. Ekici B. Koroner arter hastalığı ciddiyeti ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ilişkisi. 2010, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 95 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgül Ercan).



30. Özkan Ş. SDÜ aile hekimliği ve check-up polikliniğine başvuran olgularda kardiyovasküler risk faktörlerinin araştırılması. 2006, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 152 sayfa, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Serpil Aydın).
31. Irmak Z. ve Fesci H. Akut miyokard enfarktüsünde sekonder koruma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 85-96.
32. Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2009; 9: 238-247.
33. Chamberlain M. A, Vickers S. K, Colligan C. R, Weston A. S, Rummans A. T, Roger L. V. Associations of preexisting depression and anxiety with hospitalization in patients with cardiovascular disease. PMayo Clin Proc. 2011; 86 (11): 1056-1062. doi:10.4065/mcp.2011.0148.
34. Yusuf S, Hawken S, Ôunpoo S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Published online September 3, 2004.
35. Vural M. ve Başar E. Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi? Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2006; 6: 55-59.
36. Tekeli Ş. G. Lise son sınıf öğrencileri ile üniversite öğrencileri arasında bir karşılaştırma: Akademik benlik yeterliği, denetim odağı, stresle başa çıkma ve problem çözme becerisi. 2010, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 203 sayfa, (Prof. Dr. Ali Dönmez).
37. Savrun M, Balcıoğlu İ, Tan O. Kardiyak hastalarda psikofarmakoloji. Yeni Symposium. 1998; 36 (1-2): 41-45.
38. Çolakoğlu T. Kalp krizi geçirmiş bireylerde travma sonrası gelişim ile öz duyarlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2013, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 90 sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Duysal Aşkun Çelik).

39. İsmail J, Jafar T.H, Jafary F.H, White F, Faruqui A.M, Chaturvedi N. Risk factors for non-fatal myocardial infarction in young South Asian adults. *Heart* 2004; 90: 259–263.
40. Zellweger M.J, Osterwalder H.R, Langewitz W, Pfisterer E.M. Coronary artery disease and depression. *European Heart Journal*. 2004; 25: 3–9.
41. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa M. G. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000; 101: 1919-1924.
42. Mittleman A. M, Maclure M, Sherwood J. B, Mulury P. R, Tofler G. H, Jacobs S. C, Friedman R, Benson H, Muller J. E. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*. 1995; 92: 1720-1725.
43. Hemingway H. and Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 1999; 318(7196): 1460–1467.
44. Mousner D. H. and Eaton W. W. Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand–control model. *Am J Public Health*. 2000; 90: 1765–1770.
45. Güneş N, Sevim E. F, Özden Y. S. Akut miyokard enfarktüsü sonrası depresyon ve anksiyete sıklığı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2002; 6 (2): 69-72.
46. Çam O, Gümüş A. B, Yıldırım S. Fiziksel hastalıklara verilen psikososyal tepkiler. İçinde: Çam O, Engin E. (Ed). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevi. İstanbul. 2014; 601-638.
47. Özkan S. ve Özkan M. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve psikosomatik tıp. İçinde: Kulaksızoğlu I. B, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O. (Eds). *Psikiyatri*. İstanbul Üniversitesi Basım Ve Yayınevi. İstanbul. 2009; 254-297.
48. Özdemir Ü. ve Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1 (1): 57-72.
49. Frasure S. N. and Lesperance F. Depression and other psychological risks following myokardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 627-36.
50. Özkan S. Kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi*. 2002; 1: 44-55.

51. Küçük L. Kalp hastalarında ruhsal sorunlar ve bakımın psikososyal boyutu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007; 11 (1): 48-51.
52. Çuhadar D. ve Karadağ G. Koroner anjiyografi uygulanacak hasta ve yakınlarının kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Ve Toplum Dergisi. 2006; 16 (3): 56-62. Temmuz- Eylül.
53. Coşar B. Psikosomatik bozukluklar ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İçinde: Yüksel N. (Ed). Ruhsal Hastalıklar. 4. baskı. Akademisyen Tıp Yayınevi. Ankara. 2014; 402-413.
54. Keskin G. ve Gümüş A. B. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda anksiyete, öfke ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi. New/Yeni Symposium Journal. 2012; 50 (3): 134-144.
55. Durna Z. Akut miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda koroner yoğun bakım ortamı stresörlerinin ve stres düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 1997; 1 (1): 25-31.
56. Özdemir A, Akansel N, Çıtak-Tunç G, Tuğutlu Z. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi. Mart- Nisan 2005; 16-21.
57. Amerikan psikiyatri birliği, ruhsal bozukluların tanısall ve sayımsal elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabından çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
58. Oğuzhanoglu N. K. Tıbbi durumlar ve depresyon. Duygudurum Dizisi. 2001; 3: 116-125.
59. Mete H. E. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008; 11 (Ek 3): 3-18.
60. Arslan H, Arkar H, Danaoglu Z. Miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik Psikiyatri. 2011; 14: 143-149.
61. Çamcı G. ve Cam G. Miyokard enfarktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam. Florence.Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2014; 22 (2): 114-119.
62. Vicdan N. ve Özer C. Z. Miyokard enfarktüsü ve cinsel işlev bozukluğu. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2011; 1 (2).
63. Yıldız H. ve Pınar R. Miyokard enfarktüsünde cinsel fonksiyon bozukluğunun irdelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2003; 6 (4): 1-8.

64. Karabay D. G. Erkek hastalarda kalp krizi sonrası cinsel işlev bozuklukları ve nedenleri. 2011, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 133 sayfa, (Prof. Dr. Hayriye Elbi).
65. Dembroski M. T, Macdougall M. J, Costa T. P, Grandits A. G. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the multiple risk factor intervention trial. *Psychosomatic Medicine*. 1989; 51: 514-522 .
66. Danışık D. N. Ergenlerin sürekli öfke, öfke ifade tarzları ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. 2005, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık Ve Rehberlik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 113 sayfa, (Yard. Doç. Dr. Özgür Erdur Baker).
67. Çeşit C, Ece S. A, Kafadar H. Research into problem solving abilities and self-esteem levels of high school students who have taken art education and who have not (with the example of the province-Bolu). *International Online Journal of Educational Sciences*, 2012; 4 (3): 706-726.
68. Soyer K. M. ve Bilgin A. Problem-solving skills perceptions of the university students according to different variants. *International Conference on New Trends in Education and Their Implications*. 2010, Antalya, Turkey.
69. Yiğiter K. Rekreatif etkinliklerin üniversite öğrencilerinde algılanan problem çözme becerisi ve benlik saygısı düzeylerine etkisi. 2012, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kocaeli, 122 sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Betül Bayazıt).
70. Sezgin E. Problem çözme becerisi ölçeğinin geliştirilmesi. 2011, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Programları Anabilim Dalı, Eğitimde Program Geliştirme Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 97 sayfa, (Prof. Dr. F. Dilek Gözütok).
71. Karabulut O. E. ve Ulucan H. Yetiştirme yurdunda kalan öğrencilerin problem çözme becerilerinin çeşitli değişkenler bakımından incelenmesi (Kırşehir ili örneği). *Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011; 12 (1): 227-238.
72. Demirtaş H. ve Dönmez B. Secondary school teachers' perceptions about their problem solving abilities. *İnönü University Journal of the Faculty of Education*. 2008; 9 (16): 177-198.

73. Genç Z. S. ve Kalafat T. Öğretmen adaylarının demokratik tutumları ile problem çözme becerilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007; 2 (22): 10-22.
74. Yıldız S. A. ve Eşkisü M. Problem çözme becerisini geliştirme programının 9. sınıf öğrencilerinin problem çözme becerisi üzerindeki etkisi. Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011; 13 (1): 189-206.
75. Gelbal S. Problem çözme. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.1991; 6: 167-173.
76. Güçlü N. Lise müdürlerinin problem çözme becerileri. Milli Eğitim Dergisi. 2003; 160: 272-300.
77. Öğülmüş S. Kişilerarası sorun çözme becerileri ve eğitimi. Ankara: Nobel Yayıncılık. 2006.
78. Vural E. D. Okul öncesi öğretmen adaylarının duygusal zekaları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. e-Journal of New World Sciences Academy. 2010; 5 (3): 972-980.
79. Kurtyılmaz Y. Öğretmen adaylarının saldırganlık düzeyleri ile akademik başarıları, iletişim ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiler (Anadolu üniversitesi ve Osmangazi üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma). 2005, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri (Eğitimde Psikolojik Hizmetler) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 130 sayfa, (Prof. Dr. Gürhan Can).
80. Korkut F. Lise öğrencilerinin problem çözme becerileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2002; 22: 177-184.
81. Özkan Y, Akgün R, Yanardağ Z. M, Yüceer T. Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin bazı değişkenlere göre kişilerarası problem çözme becerilerinin incelenmesi. TSA. 2013; 17 (3): 197-213.
82. Tansel B, Gökçakan Z, Çelikkaleli Ö. Çevik kuvvet polislerinin psikolojik belirti düzeyleri ve stresle baş etme yollarının incelenmesi. Polis Bilimleri Dergisi. 2012; 14 (3): 45-66.
83. Tetik S. ve Açıkgöz A. Duygusal zeka düzeyinin problem çözme becerisi üzerindeki etkisi: Meslek yüksekokulu öğrencileri üzerine bir uygulama. Electronic Journal of Vocational Colleges. UMYOS Özel Sayı. 2013: 87-97.
84. Doğan U. Lise öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri problem çözme becerilerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. 2009, Muğla Üniversitesi,

- Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 128 sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Atılgan Erözkan).
85. Ünüvar A. Çok yönlü algılanan sosyal desteğin 15-18 yaş arası lise öğrencilerinin problem çözme becerisine ve benlik saygısına etkisi. 2003, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 130 sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Izgar).
86. Demirbağ E. Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği. 2013, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 94 sayfa, (Prof. Dr. Mehmet Eskin).
87. Bedel A. ve Arı R. Kişiler arası sorun çözme beceri eğitiminin ergenlerin yapıcı problem çözme ve sürekli öfke düzeylerine etkisi. İlköğretim Online. 2012; 11 (2): 440-451.
88. Neziroğlu G. Ruminasyon, yaşantısal kaçınma ve problem çözme becerileri ile depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. 2010, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 127 sayfa, (Prof. Dr. İhsan Dağ).
89. Oğuztürk Ö, Akça F, Şahin G. Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin bazı değişkenler üzerinden incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2011; 14: 173-184.
90. Arslan G. ve Kabasakal Z. Investigation of relationships between attitudes of parent and problem solving skills of adolescents. International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Spring 2013; 8 (6): 33-42, Ankara-Turkey.
91. Kaya A, Bozaslan H, Genç H. Üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumlarının problem çözme becerilerine, sosyal kaygı düzeylerine ve akademik başarılarına etkisi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012; 18: 208-225.
92. Karataş Z. Okul pansiyonunda kalan ergenlerin kaygı düzeyleri ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011; 21: 208 – 222.

93. Karataş Z. Problem çözme becerileri ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki ve benlik saygısının aracı rolü: Bir yapısal eşitlik modeli çalışması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014; 30: 118 – 140.
94. Kelleci M. ve Gölbaşı Z. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 8; 2.
95. Günüşen N. P. ve Üstün B. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeyleri ile kontrol odağı arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2011; 4 (2): 72-77.
96. Ceylan R, Bıçakçı M. Y, Aral N, Gürsoy F. Okul Öncesi Eğitim Kurumunda Çalışan Öğretmenlerin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 14 (1): 85-98.
97. Üstündağ S. ve Beşoluk Ş. Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. X. Ulusal Fen ve Matematik Kongresi. 2012. Niğde. Türkiye.
98. Karaca N. H, Aral N, Karaca L. Okul öncesi öğretmenlerinin problem çözme becerisi ve benlik saygısının incelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2013; 2 (3): 67-75.
99. Nehir S. ve Çam O. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikiyatri hemşireliği. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 2010. Samsun. Türkiye.
100. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006; 2 (47): 90-97.
101. Akdemir N. Kardiyo-vasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset. Ankara. 2005: 407-482.
102. Derogatis L.R. The brief symptom inventory, administration, scoring and procedures manuel-II, New York, Clinical Psychometric Research Inc. 1992.
103. Şahin N. H. ve Durak A. Kısa semptom envanteri (brief symptom inventory- bsi) : Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1994; 9 (31): 44-56.
104. Heppner P.P. and Peterson C.H. The development and implications of a personal problem solving inventory. Journal of Counseling Psychology. 1982; 29; 66-75.

- 105.Şahin N, Şahin H. N. ve Heppner P. P. “Psychometric Properties of the Problem Solving Inventory in A Group of Turkish University Students”, *Cognitive Therapy and Research*. 1993; 17 (4): 379-396.
- 106.Carpegiani C, Emdin M, Bonaguidi F, Landi P, Michelassi C, Trivella G. M, Macerata A, L’Abbate A. Personality traits and heart rate variability predict long- term cardiac mortality after myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2005; 26: 1612–1617. doi:10.1093/eurheartj/ehi252.
107. Dickens M. C, McGowan L, Percival C, Douglas J, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, Creed F. H. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart* 2004; 90: 518–522. doi: 10.1136/hrt.2003.011668.
108. Chiou A, Potempa K, Buschmann M. B. Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. *Int. J. Nurs. Stud.*1997; 3 (4): 305-311.
109. Fertelli T. K. ve Tel H. Miyokard enfarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2007; 11 (2): 57-61.
110. Hindistan S. ve Nural N. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde cinsiyete yönelik girişimler ve risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009; 4 (11): 35-47.
111. Abrams E. T, Vaughan-Sarrazin M, Rosenthal E. G. Psychiatric Comorbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009; 2: 213-220. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.108.829143.
112. Hosseini H. S, Ghaemian A, Mehdizadeh E, Ashraf H. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality following myocardial infarction: A 5-year follow-up. *Cardiology Journal*. 2014. Online article. doi: 10.5603/CJ.a2014.0023.
113. Albert A.M, Glynn R. J, Buring J, Ridker P. M. Impact of Traditional and Novel Risk Factors on the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Cardiovascular Events. *Circulation*. 2006; 114: 2619-2626.
114. Hansen D, Li J, Mortensen P. B, Olsen J. Myocardial Infarction in Parents Who Lost a Child: A Nationwide Prospective Cohort Study in Denmark. *Circulation*. 2002; 106: 1634-1639.



115. Moser K. D, Dracup K, Evangelista S. L, Zambroski H. C, Lennie T. A, Chung L. M, Doering V. L, Westlake C, Heo S. Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety and hostility in elderly heart failure, myocardial infarction and coronary artery bypass graft patients. *Heart Lung*. 2010; 39(5): 378–385. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.10.017.
116. Perez H. G, Nicolau C. J, Romano W. B, Laranjeira R. Depression and Acute Coronary Syndromes: Gender-Related Differences. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* – 2005; 85 (5).
117. Engin E. Ve Ergün G. Depresyon. İçinde: Çam O, Engin E. (Ed). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevi. İstanbul. 2014; 335-366
118. Yüksel N. Depresif bozukluklar. İçinde: Yüksel N. (Ed). *Ruhsal Hastalıklar*. 4. Baskı. Akademisyen Tıp Yayınevi. Ankara. 2014; 267-322
119. Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44; 4: 360–374.
120. Molu G. N. Selçuk üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. 2008, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 82 sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Havva Tel).
121. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004 (Ek 1): 14-19.

## 8. EKLER

### EK-1. BİREY TANITIM FORMU

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Ayrı  
yaşıyor

4. Eğitim Durumunuz a) Okur Yazar b) İlkokul Mezunu c) Ortaokul  
Mezunu d) Lise Mezunu e) Lisans Mezunu

5) Yerleşim yeriniz? a) İl b) İlçe c) Belde/köy

6. Şuan herhangi bir işte çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

7. Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir? a) İşçi b) Emekli c) Ev hanımı d)  
Ev Hanımı e) Memur f) Serbest g) Diğer.....

8. Hastalığınızdan dolayı işinizi bırakmak zorunda kaldınız mı?

a) Evet b) Hayır

9. Ailenizin gelir durumu nasıl?

a) Gelir gidere denk b) Gelir giderden az c) Gelir giderden fazla

10. Ne kadar süre önce miyokard enfarktüsü geçirdiniz?.....

11 . Kaçınıcı enfarktüsünüz? .....

12. Enfarktüs öncesi stresli bir yaşam biçiminiz var mıydı? a) Evet b) Hayır

13. Enfarktüs öncesi yaşadığınız sizi çok fazla etkileyen bir olay var mı? a) Evet b)  
Hayır

14. Varsa ne?.....

15. Ailede sizin dışınızda kalp hastalığı öyküsü olan var mı ? a) Var( Kim.....) b)  
Yok

16. Ailenizde MI nedeniyle kaybettiğiniz başka kimse var mı?

a)Evet (Kim:.....) b)Hayır

17. Kendinizi nasıl bir kişi olarak tanımlarsınız (aceleci, heyecanlı, sinirli, sakin gibi)?.....

18. Miyokard enfarktüsünün yaşam şeklinin üzerinde olumsuz etkisi oldu mu?

a) Evet b) Hayır

19. Enfarktüs sonrası hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) İyi b) Kötü c) Orta

## EK-2. KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatli okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçütlere göre değerlendirin:

0. hiç yok 1. biraz var 2. orta derecede var 3. epey var 4. çok fazla var

	Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var				
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4				
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4				
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği hissi	0	1	2	3	4				
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4				
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4				
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4				
7. Göğüs(kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4				
8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4				
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4				
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4				
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4				
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4				
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4				
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	1	2	2	3	3	4	4
15. İşleri bitire konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4				
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4				
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4				

18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu düşüncesi	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri doğru mu diye tekrara tekrar kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük, zorlanmak	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanında iken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4

44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında\kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek\ değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanları sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

### EK-3. PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

Bu envanterin amacı günlük yaşantınızdaki problemlerinize(sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: "Burada söz edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?" Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

1. Her zaman böyle davranırım    2. Çoğunlukla böyle davranırım    3.Sık sık böyle davranırım
- 4.Arada sırada böyle davranırım    5. Ender olarak böyle davranırım    6. Hiçbir zaman böyle davranmam

her zaman

hiçbir zaman

	1	2	3	4	5	6
1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.	1	2	3	4	5	6
2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem	1	2	3	4	5	6
3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim	1	2	3	4	5	6
4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem	1	2	3	4	5	6
5. Sorunlarını çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	1	2	3	4	5	6

6. Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım	1	2	3	4	5	6
7. Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım	1	2	3	4	5	6
8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.	1	2	3	4	5	6
9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam	1	2	3	4	5	6
10. Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır.	1	2	3	4	5	6
11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.	1	2	3	4	5	6
12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilir ve bu kararlardan hoşnut olurum.	1	2	3	4	5	6
13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.	1	2	3	4	5	6
14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.	1	2	3	4	5	6
15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.	1	2	3	4	5	6
16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
17. Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçerim, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	1	2	3	4	5	6
19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	1	2	3	4	5	6
22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir	1	2	3	4	5	6



yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.						
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5	6
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	1	2	3	4	5	6
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.	1	2	3	4	5	6
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	1	2	3	4	5	6
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	1	2	3	4	5	6
30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam.	1	2	3	4	5	6
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	1	2	3	4	5	6
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	1	2	3	4	5	6
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.	1	2	3	4	5	6
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.	1	2	3	4	5	6
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	1	2	3	4	5	6

## **EK-4. ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

### ***(Araştırmacının Açıklaması)***

Bu çalışma, Miyokard enfarktüsü tanısı ile ayaktan takip edilen hastaların hastalıktan sonra ki, problem çözme becerilerini ve bunların psikolojik belirtilerle ilişkisinin olup olmadığını belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların problem çözme becerilerini ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formunu doldurmanız istenecektir.

### ***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)***

Sayın Araştırmacı ..... tarafından Gaziantep Üniversitesi Şahibey Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Kardiyoloji polikliniğinde yapılacak olan bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ‘‘katılımcı’’ (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

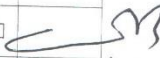









İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

<b>Katılımcı</b>	<b>Görüşme tanığı</b>	<b>Katılımcı ile görüşen araştırmacının</b>
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı, soyadı, nvanı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel.	Tel.	Tel:
İmza	İmza:	İmza:

## EK-5. ETİK KURUL ONAY YAZISI

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 22.10.2013 /348	Tarih:22.10.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
<b>GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ercan SIVASLI	PEDIATRI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDIATRI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mesut ÖZKAYA	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Seval KUL	BİYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ. MÜH (sivil Üye)	GASKİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Elden Teslim Aldım

Donda Çuhadar



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Problem Çözme Becerisi Ve Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	348				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü				
	DESTEKLEYİCİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>				
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER	<input type="checkbox"/>					

*(Handwritten signatures and initials)*

## EK-6. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ İZİN YAZISI



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

SAYI : 98102723-900/ 1780  
KONU : Tez çalışması hk.

24/09/2013

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Serpil ÇİFTÇİ'nin "Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Problem Çözme Becerisi ve Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki" başlıklı tez konusunu 09.09.2013-30.06.2014 tarihleri arasında Kardiyoloji Anabilim Dalında yapması Anabilim Dalı Başkanlığının olumlu görüşleri doğrultusunda Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. İzzet ELBEYLİ  
Dekan V.

Eki: 1 adet yazı.

Yrd.Doç.Dr. Derya TANRIVERDİ  
Psikiyatri Hem ABD Bşk

Tel : (0342) 360 07 53

Faks: (0342) 360 16 17

e-posta:tipfaksek@gantep.edu.tr

# EK-7. GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIP FAKÜLTESİ İZİN YAZISI

T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA  
HASTANESİ

Sayı: KRD/2013 - 455  
Konu: Rotasyon hakkında

16.09.2013

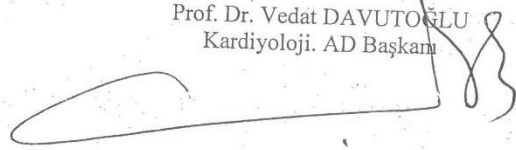
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi:98102723-900 / 1664 10.09.2013 tarihli sayılı yazıya istinaden

Etik kurul ve anket için hasta bilgilendirmiş onamı alınması şartıyla uygun görülmüştür.

Gereğini bilgileriniz arz ederim.

Prof. Dr. Vedat DAVUTOĞLU  
Kardiyoloji. AD Başkanı



17.09.13 - 3137

## **EK-8. ÖZGEÇMİŞ**

1989 yılında Gaziantep' in Şehitkamil ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Gaziantep' de tamamladı. 2007 yılında 19 Mayıs Lisesi'nden mezun oldu. 2008 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı. 2012 yılında üniversiteden mezun oldu. 2012 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Anabilim Dalında yüksek lisansa başladı. 2012 yılından beri Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde KBB Servisinde klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır.