

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KALP KRİZİ GEÇİREN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON BELİRTİ ŞİDDETİ
İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE PROBLEMLE
BAŞETME SİTİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Canan ÇAKABAY BARMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

İSTANBUL- 2023

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KALP KRİZİ GEÇİREN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON BELİRTİ ŞİDDETİ
İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE PROBLEMLE
BAŞETME SİTİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Canan ÇAKABAY BARMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Özlem ŞAHİN

İSTANBUL- 2023

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KALP KRİZİ GEÇİREN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON BELİRTİ ŞİDDETİ
İLE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE PROBLEMLE
BAŞETME SİTİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Canan ÇAKABAY BARMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez _____ / ____ / 2023_ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Canan ÇAKABAY BARMAN

23.01.2023



ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca meslekî duruşlarıyla bana örnek olan, bilgi ve tecrübelerinden faydalanmama müsaade ederek yetişmemde büyük katkıları olan başta Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR, Doç. Dr. Anıl GÜNDÜZ, Dr. Burcu SEVİM olmak üzere bütün saygıdeğer hocalarıma;

Tezimin her aşamasında desteğini ve bilgisini benden esirgemeyerek çalışmamı ortaya koymamı sağlayan saygıdeğer danışman hocam Dr. Özlem ŞAHİN'e;

Tezimin hasta verilerinin toplanıp çalışılmasında emeği geçen İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Kardiyoloji Enstitüsü asistan hekimlerine;

Sabır ve emekleriyle daima yanımda olup bugünlere kadar gelmemi sağlayan annem Hasret ÇAKABAY, babam İdris ÇAKABAY ve her koşulda yanımda olan sevgili kardeşlerime sevgi ve saygılarımı sunarım.

Hayatıma anlam katan kızım Asmin İkra ve oğlum Ahmet Furkan'a sevgilerimi, Hayatımın her alanında olduğu gibi eğitim hayatımın her aşamasındaki ve tez çalışmamdaki yardım ve desteklerinden ötürü sevgili eşim Dr. Hasan Ali BARMAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak veri toplama sürecinde araştırmaya katılım sağlayarak bana destek olan ve bilime katkı sunan tüm hastalara destekleri için teşekkürlerimi sunarım.

Canan ÇAKABAY BARMAN

23.01.2023

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMA VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE	10
1.1. Miyokard İnfarktüsü (MI)	10
1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Miyokard İnfarktüsü (MI).....	10
1.1. TSSB ve Algılanan Sosyal Destek	14
1.2. TSSB ve Baş Etme Sitilleri	16
1.2.1.Problem Odaklı Baş Etme	16
1.2.2.Duygu Odaklı Baş Etme	17
1.2.3.Etkisiz Baş Etme.....	17
1.3. Depresyon ve Miyokard İnfarktüsü (MI)	18
1.4. Depresyon ve Baş Etme Sitilleri.....	23
1.5. Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek	24
BÖLÜM 2: YÖNTEM	27
2.1. Araştırmanın Modeli.....	27
2.2. Araştırmanın Örneklemi	27
2.3. Veri Toplama Araçları.....	27
2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	27
2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği	27
2.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Kısa Ölçeği	28
2.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	28
2.3.5. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği – Kısa Formu.....	28
2.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	29
2.5. Veri Analizi	29
BÖLÜM 3: BULGULAR	31
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	60
4.1. Betimsel İstatistiklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
4.2. Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
4.3. Korelasyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	73

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR.....	78
EKLER.....	97
ÖZ GEÇMİŞ.....	104



KISALTMALAR

AKS	: Akut Koroner Sendrom
MI	: Myokard İnfarktüsü (kalp krizi)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences



TABLO LİSTESİ

Tablo 1 . Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	31
Tablo 2 . Katılımcıların Demografik Özellikleri	32
Tablo 3 . Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı Değerler	33
Tablo 4 . Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Tanımlayıcı Değerleri	33
Tablo 5 . Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Form Arasındaki İlişki	35
Tablo 6 . Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkmanın Tarzlarının Derpresyonu Yordaması	37
Tablo 7 . Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkmanın Tarzlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Yordaması	37
Tablo 8 . Cinsiyete Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	38
Tablo 9 . Daha Önce Psikiyatriste Giderek İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	39
Tablo 10 . Eğer Psikiyatriste Gittiyseniz İlaç Tedavisine Devam Etme Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	41
Tablo 11 . Psikoterapi Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	42

Tablo 12 . Psikoterapiye Devam Etme Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması.....	44
Tablo 13. Aynı Anda Hem İlaç Hem de Psikoterapi Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması.....	45
Tablo 14 . Şu an da Hem İlaç Hem de Psikoterapi Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması.....	47
Tablo 15 . Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	48
Tablo 16. Medeni Duruma Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	51
Tablo 17. Gelir Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	55
Tablo 19. Kalp Krizi Geçirme Sayısına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması	57

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Kalp Krizi Geçiren Bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon Belirti Şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek ve Problemle Başetme Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tezin Yazarı: Canan ÇAKABAY BARMAN **Danışman:** Dr. Özlem ŞAHİN

Kabul Tarihi: 23.01.2023

Sayfa Sayısı: v (ön kısım) + 96 (tez) + 8 (ek)

Anabilimdalı: Psikoloji

Bilimdalı: Klinik Psikoloji

Bu araştırmanın amacı kalp krizi geçiren hastalarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) depresyon belirti şiddeti, algılanan sosyal destek ve baş etme stilleri üzerindeki etkinin ortaya konmasıdır. Araştırma İstanbul ilinde bulunan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Kardiyoloji Enstitüsünde kalp krizi geçirmiş ve ayakta tedavi gören 18 yaş üstü 48'i kadın 52'si erkek olmak üzere toplam 100 takipli hastaya ölçek uygulanarak yapılmıştır. Araştırmada veri toplamak için katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Problemle Baş Etme Stilleri Ölçeği uygulanmıştır. Pearson korelasyon analizini uygulayarak değişkenler arasındaki ilişki, demografik değişkenlere göre ölçek puanlarını kıyaslamak için bağımsız gruplar için t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Çoklu Doğrusal Regresyon ile yordayıcılık test edilmiştir. Veri analizi için SPSS 25 programı kullanılmıştır. Analizin ilk varsayımı olarak kabul edilen normal dağılım varsayımı kontrol edilmiştir. Algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarının travma sonrası stress bozukluğunu ve depresyonu yordama gücünü belirlemek amacıyla regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, kalp krizi (MI) geçiren hastalarda aileden alınan destek ve davranışsal olarak ilgiyi kesmenin depresyonu yordadığı görülmüş, bireylerin aileden aldığı sosyal destek arttıkça depresyon düzeyi azaltmakta iken davranışsal olarak ilgiyi kesmenin depresyon düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Hem psikoterapi hem farmakolojik destek alan MI hastalarında yüksek düzeyde depresyon ve TSSB olduğu saptanmıştır. Bu hastaların duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı ve diğer etkinlikleri bırakma gibi işlevsiz baş etme stillerini daha yaygın kullandıkları sonucuna varılmıştır. Çalışma sonucunda algılanan sosyal destek, aile desteği ve arkadaş desteği yeterli düzeyde karşılanan kalp hastalarının daha az psikolojik ve farmakolojik desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Boşanmış olmak ile travma sonrası stress bozukluğu(TSSB), depresyon, sosyal destek ve başetme stilleri arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalp Krizi, Depresyon, TSSB, Sosyal Destek, Başetme Stilleri

ABSTRACT

İstanbul Kent University, Institute of Graduate Education - Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: An Investigation of the Relationship between Post Traumatic Stress Disorder and Depression Symptom Severity and Perceived Social Support and Problem and Coping Styles in Individuals with a Myocardial Infarction

Author: Canan ÇAKABAY BARMAN **Supervisor:** Dr. Özlem ŞAHİN

Date: 23.01.2023

Nu. of pages: v (pre text) + 96 (main body) +8 (App.)

Department: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

The aim of this study is to reveal the effect on post-traumatic stress disorder, depression symptom severity, perceived social support and coping styles in patients with a history of heart attack. The research was carried out by applying a scale to a total of 100 followed-up patients, 48 women and 52 men, over the age of 18, who had a heart attack and were receiving outpatient treatment at Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Cardiology in Istanbul. Informed consent form, Sociodemographic Information Form, Post Traumatic Stress Disorder, Beck Depression Test, Multidimensional Perceived Social Support and Problem Coping Styles scales were applied to the participants to collect data in the study. Independent Groups t-test and ANOVA were used to compare the relationship between variables and scale scores according to demographic variables by applying Pearson correlation analysis. Predictiveness was tested with Multiple Linear Regression. SPSS 25 program was used for data analysis. The normal distribution assumption, which was accepted as the first assumption of the analysis, was checked. In order to predict the Depression of Perceived Social Support and Coping Styles, Regression Analysis method was used to examine the predictor between the variables, and in this direction, multiple linear regression analysis was performed.

The findings show that family support and behavioral disengagement predict depression in patients who have had a heart attack. It has been determined that as the social support individuals receive from the family increases, the level of depression decreases, while the behavioral interruption increases the level of depression. MI patients who received both psychotherapy and pharmacological support were found to have high levels of depression and PTSD. It was concluded that these patients more commonly used dysfunctional coping styles such as focusing and expressing emotions, quitting substance use and other activities. As a result of the study, it is seen that heart patients who have adequate perceived social support, family support and friend support need less psychological and pharmacological support. Being divorced was found to be a negative correlation between PTSD, depression, social support and coping styles.

Keywords: Heart Attack, Depression, PTSD, Social Support, Coping Styles

GİRİŞ

Ülkemizde olduğu gibi dünyada ölüm nedenlerinin başını %39.9'luk oran ile kalp-damar hastalıkları çekmektedir (Lozano vd., 2012: 2094-2128). Bu hastalık grupları içerisinde ise %23.8'lik oran ile kalp krizi vakaları ilk sırada yer almaktadır (Nascimento, Brant, Marino, Passaglia, & Ribeiro, 2019: 20-26). Yaklaşık 350 yıl önce, negatif duyguların kalbi olumsuz etkilediğini gözlemlenmiş olsa da 1930'lara kadar bu iddiayı destekleyecek bilimsel kanıtlar yetersiz idi (Willis, 2014). 1930'lu yıllarda Psikiyatri hastaları üzerinde yapılan iki çalışma, depresyonun erken ölüm, özellikle kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm için bir risk faktörü olabileceği gösterilmiştir (Fuller, 1935; Malzberg, 1937: 1231-1238). İlk olarak, genel popülasyona kıyasla kardiyovasküler hastalık (KVH) tanısı alan hastalarda depresyon daha yaygındır. Kalp hastalarında depresyonun yüksek prevalansı yapılan başka bir çalışmada gösterilmiş olup, hastaların yaklaşık %40' ında MI sonrasında depresyon bildirilmiştir (Cay, Vetter, Philip, & Dugard, 1972: 425- 435).

MI yaşamsal bütünlüğü tehdit etmesinin yanında, hastalığın yaşam üzerinde oluşturduğu fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel etkiler hastalığı kabullenme sürecinde, tedaviye uyum sağlamada ve değişen yaşam tarzının benimsenmesinde bireyler için oldukça zorlayıcı olabilmektedir (Dias, Resende, & Diniz, 2015; Kutlu, Özberk, & Demirbaş, 2016: 672-679). Hastalığın ilk belirtileri ile başlayan ölüm kaygısı, tekrar atak geçirme endişesi, üzüntü ve inkâr gibi yaşanan duygusal ve ruhsal sorunlara etkili müdahalelerde bulunulmadığında yaşam boyu devam edebilen psikososyal sorunlara ve ruhsal hastalıklara dönüşebilmektedir. Aynı zamanda hastaların bu süreçte yoğun bakımlarda sevdiklerinden ayrı kalması, izole bir ortamda tedavilerinin yapılması ve hastalık sürecine yönelik belirsizlikler yaşanan psikososyal sorunların daha da artmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle, koroner yoğun bakım ünitelerinde MI geçiren hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve gerekli psikososyal hizmetlerin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Hastalığın oluşmasında sadece fiziksel faktörler değil aynı zamanda psikososyal sorunların, kişilik özelliklerinin, kaygı, depresyon ve etkisiz baş etme yöntemlerinin de kardiyovasküler hastalıkların gelişmesinde ve klinik seyrinde önemli etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Travma: “Bireyin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, karşısında kendisinin ya da diğerlerinin fizik bütünlüğüne zarar veren bir olayını yaşaması, yaralanması, böyle bir olaya tanık olmak ya da böyle bir olayla karşı karşıya geldiği durumlar” olarak tanımlanmıştır (Van der Kolk, 2000: 7-22). MI, yaşamı ciddi düzeyde tehdit eden, beklenmedik, ani bir durum olması ve sonrasında

çeşitli psikolojik problemlere neden olması, sebebiyle travmatik bir deneyim olarak kabul görmektedir. Bu sebeple kalp krizi birçok psikopatolojinin gelişim sürecinde önemli bir etken olarak görülmektedir. MI geçiren 116 hastanın incelendiği bir çalışmada TSSB gelişiminin yörüngesindeki önemli değişkenliği desteklediği görülmektedir (Ginzburg, Solomon, ve Bleich, 2002: 748-757), Kalp krizinde 1 ay sonra gelişen TSSB'nin yaygınlık oranı %4-25 arasında izlenmektedir (R. C. Jones, Chung, Berger, ve Campbell, 2007).

MI geçiren bazı hastalar bu durumu travmatik bir olay olarak yaşar ve TSSB' ye neden olabilir. Bir MI' dan sonra yetersiz teşhis edilen ve genellikle hekim tarafından fark edilmeyen TSSB semptomları, hastaların iyileşmeleri üzerinde önemli etkilere sahip olabilir. Bu tür semptomlar, MI dahil olmak üzere çeşitli travmatik olaylara maruz kalan hastaların genel ve kardiyovasküler sağlığı üzerinde negatif bir etkisi olduğu görülmektedir (Shemesh vd., 2004: 521-526). Yapılan bir çalışmada TSSB kriterlerini karşılayan gazilerde, TSSB' si olmayanlara göre MI riskinin dört kat daha fazla olduğunu gözlemlenmiştir. Kardiyovasküler savunmasızlığı daha fazla olan MI hastaları özellikle TSSB' den etkilenme olasılığı yüksektir (Boscarino vd., 1999: 227-234). TSSB'nin kardiyovasküler nedenlerle daha yüksek oranda hastaneye yatışla ilişkili olduğu ve hastaların farmakolojik tedavilerine uyumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu başka bir çalışmada ortaya konulmuştur (Shemesh vd., 2001: 215-222). Öte yandan daha küçük bir örneklem üzerinde yapılan bir araştırmada TSSB ile MI sonrası prognoz arasında herhangi bir ilişki gözlemlenmemiştir (Pedersen vd., 2004: 313-318) .

TSSB gelişimi ile ilgili faktörlerin belirlenmesi, klinisyenlerin travma sonrası semptomlar geliştirecek hastaları tespit etmesine ve bununla ilişkili gibi görünen sonuçları önlemesine yardımcı olabilir (Guay & Marchand, 2006) Travma öncesi risk faktörleri ile ilgili olarak, çalışmalar TSSB, kardiyovasküler hastalık ve madde kötüye kullanımı öyküsünün TSSB gelişimi ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (Kutz ve ark., 1994). Peritravmatik risk faktörleri arasında (Ginzburg vd., 2002: 748-757), ayrışma semptomları, MI' yı yeniden yaşama, otonomik hiperaktivasyon ve depresyon ve ayrıca MI' yın algılanan şiddeti (Karni Ginzburg vd., 2003), sahip olduğunun farkındalığı meydana geldiği sırada bir MI (Bennett vd., 1999) ve olumlu sosyal desteğe zayıf erişim (Pedersen vd., 2003) TSSB semptomlarının gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. TSSB ile MI'nin objektif şiddetinin çeşitli göstergeleri (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, MI tipi ve ortalama kreatin kinaz düzeyi) arasında hiçbir ilişki gösterilmemiştir (Bennett vd., 2002; Ginzburg vd., 2002; Ginzburg vd ., 2003; Thompson, 1999). TSSB gelişimi ile ilişkili olduğu bulunan travma sonrası faktörler arasında MI'dan bu yana geçen süre, kötü fiziksel sağlık (Kutz vd., 1994), yorgunluk (McPhearson, 1998), kaygı

(Pedersen vd., 2003), olumsuz duygulanım (Bennett vd., 1999; Pedersen vd., 2002; Pedersen vd., 2003) yer alır.

Başa çıkma stratejileri, stresli yaşam durumlarının baskısını en aza indirmeyi hedefleyen davranışsal ve bilişsel tepkilerin toplamı olarak tanımlanmaktadır (Folkman, 1984: 839). MI ve getirdiği olumsuz sonuçlar ile baş edebilmek; Uzun süreli dinamik olarak çok çeşitli emosyon ve uyum ihtiyaçları ile başa çıkmayı gerekli kılar. MI süreci ve sonrasında hastalar daha yüksek ranjda ve farklı düzeylerde algılanan kaygı hissetmekte ve bildirmekte olup çeşitli başa çıkma sitilleri geliştirebilmektedir (Taghaddosi vd., 2010: 35-41). Koroner arter hastalığı olan hastalarda bu hastalardaki stres düzeyinin toplumdaki sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Hallman vd., 2003: 433-445). MI sonrası iyileşen hastalar bir takım ciddi zorluklarla karşı karşıyadır. Pek çok araştırma, hastaların fiziksel ıstırapın yanı sıra genellikle ciddi stres etkenleri ve diğer psikolojik zorluklar yaşadıklarını göstermiştir. Bunlar savunmasızlık duyguları (Hildingh vd., 2007: 36), ölüm korkusu, travma sonrası stres bozukluğu (Boscarino, 2004: 103), kontrol kaybı, kaygı (Doerfler, Paraskos, & Piniarski, 2005:166-172) ve depresyondur (Barefoot vd., 2000: 790-795). Hastanın hastalığın önemini göz ardı etmesi ya da bastırması, yüksek dozda kaygı yaşaması, çökkün ya da depresif hissetmesi, depresyon ve emosyonel zorlanma ve bunun sonucunda aile bireyleri, özel ilişkilerde sorun yaşamaları, hastalığın getirmiş olduğu sıkıntılar ile etkili bir biçimde baş etmelerini engellemektedir (Salminen vd., 2012). MI hastalarının bu zorlu süreç ile mücadele etmelerini sağlamak amacıyla kullanılan baş etme sitillerini değerlendirmek ve problem odaklı başa çıkma stratejisi gibi daha olumlu baş etme sitillerini kullanmalarını sağlamak amacıyla spesifik müdahaleler elzem görülmektedir (Bafghi vd., 2018:). MI yaşamı ciddi düzeyde tehdit eden hastaneye yatışı gerekli kılan, çeşitli operasyon ya da tıbbi müdahaleleri zorunlu kılan bununla birlikte aile ortamı, sosyal ortam, iş ortamından uzaklaştırma, belirsizlik ve kaygı yaratan önemli bir süreci ifade etmekte ve çeşitli psikososyal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (Ozer vd., 2009: 37). Meydana gelen bu psikososyal ya da davranışsal sorunlar hastaların tedaviye uyum sağlamasını, bakıma katkı sağlamasını, tedavi süresi ve hastalığın prognozunu, yaşam konforunu, mortalite ve morbiditeyi negatif yönde etki edebilmektedir(Collet vd., 2021; Visseren vd., 2021: 42). Etkili bir şekilde baş etme sitilleri geliştirebilmek hastanın tedavi sürecinin sağlıklı sürdürülebilmesi, yönetebilmesi ve tekerrür eden kardiyak problemlerin önüne geçerek mortalite oranlarının düşmesi açısından oldukça önem arz etmektedir (Bafghi vd., 2018: 35-39). MI geçiren hastalar üzerine yapılmış bir çalışmanın sonucu; problem odaklı baş etme sitilleri kullanan bireylerin bu zorlu süreci daha

sağlıklı ve kısa sürede atlattığı ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermiştir (Panthee vd., 2011: 8). MI geçiren hastaların kaygı ve belirsizlikte baş etme stillerinin değerlendirilmesi ve daha etkili baş etme tutumları geliştirmelerinin tedaviye uyumu arttırdığı mortalite ve morbiditeyi olumlu yönde etkilediği tespit edilmekle birlikte bu alanda daha çok bilgiye gereksinim duyulduğu düşünülmektedir (Hanna vd., 2020: 101). Bir araştırmada MI hastalarının çok yüksek düzeyde stres yaşadıkları ve bu stresi yüksek oranlı strese sahip olan MI hastalarının ekseriyetle duygu odaklı başa çıkma stratejisi kullandıklarını tespit edilmiştir (Bafghi vd., 2018:). Yapılan başka bir araştırmada MI hastalarının duygu odaklı başa çıkma stillerinden ziyade problem odaklı başa çıkma stillerini kullandıklarını ortaya konulmuştur (Chung vd., 2011: 393-419). Stresle başa çıkma stratejileri kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yardımcı olabilir. Kardiyovasküler hastaları stresle başa çıkma stratejileri konusunda eğitmenin, bu hastalarda azalmış stres ile ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur (Williams vd., 2003: 291). MI insidansının artması ve sağlık araştırmacılarının psiko-sosyal faktörler ile kardiyovasküler hastalıkların insidansı ve devamı arasındaki korelasyona artan vurgusu göz önüne alındığında hastalarda stresle başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi gerekliliği hissedilmektedir (Sadock vd., 2002). Daha önceki çalışmalar, başarılı başa çıkmanın MI' dan bir yıl sonra bile zor olduğunu göstermiştir (Eriksson vd., 2009: 8). Bir MI' yı takiben etkili başa çıkma, hastalık, tedavi ve ilaçların etkileri hakkında bilgi, problem çözme tutumu ve kişisel motivasyon duygusu gerektirir (Arnetz vd., 2008: 229-238).

Baş çıkma süreci farklı aşamalar içerebilir. Örneğin, bir çalışmada MI' dan sonraki 8 haftadan 3 yıla kadar kadınların deneyimlerini incelenmiş, sürecin üç aşamadan oluştuğunu tespit edilmiş: hayatta kalma, başlangıç ve dengeyi biçimlendirme (Fleury vd., 1995: 24). Bu aşamalar, kadınların yaşam ve kişisel gelişim üzerine yeni bir bakış açısına doğru hareketini örneklemiştir (Fleury vd., 1995: 386-389). İlk aşamada, içsel kaos, izolasyon ve değerleri ve inançları inceleme ihtiyacı hissettiler. Kişisel anlam arayışını ve değerli ilişkilerin incelenmesini içeren duygusal ve fiziksel zorlukları içeriyordu. Oluşum sürecinde, hayatlarını yaşamak için yeni modeller, yeni benlik beklentileri ve dünyayı yeni görme biçimleri yarattılar. Denge oluşturma aşamasında, MI ile ilgili zorluklar ve sürekli belirsizlik yoluyla büyümeleri devam etmiştir (Fleury vd., 1995: 24). Bir başka çalışmaya göre hastaların çoğu yoluna devam ederek ve günlük yaşamda bir denge kazanmaya başlamış, ancak bazı hastalar günlük yaşamlarını yönetmede büyük zorluklar yaşamış ve sosyal ağlarından destek eksikliği hissetmiştir (Marja vd., 2008).

Çoğunlukla ileri yaş ve orta yaş hastalığı olarak bilinmekte olan koroner arter hastalığı kişinin yaşam standartlarını ve hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İlerleyen süreçte sosyal aktivitelerde azalma, yaşam boyunca devam edeceğine yönelik kaygıların artması, kişilerin içe çekilme, sosyal açıdan izole olma, kendini ötekilerden farklı görme, yalnız ve çaresiz hissetme vb. olumsuz durumları beraberinde getirebilmektedir. Böyle bir tabloda maalesef hasta, asıl ihtiyaç duyduğu bu zorlu süreçte ailesel, sosyal destek kaynağından uzaklaşmaktadır (Khorshid vd., 2006: 182-182). Hastalar birinci dereceden aileden, anne baba, kardeş, eş ve çocuklarından ihtiyacı olan sosyal destek ve motivasyon desteği alamadıkları taktirde hastalığa psikososyal açıdan uyum sağlamaları zorlaşmaktadır (Luttik vd., 2005: 162-169). Kalp hastalığına sahip olan bireylerin hastalık uyumu oldukça önem arz etmektedir (Ayraller vd., 2012). Yapılan bazı çalışmalarda, etkili bir sosyal desteğin bireyin sağlığını korumada, hastalığın tedavi edilmesinde, tedaviye uyum sağlamada, hayat kalitesini arttırmada, hayat standartlarını yükseltmede ve hastalıkların rehabilitasyonu açısından son derece olumlu yönde etki ettiği gözlenmiştir (Bramwell, 1990: 7-13). Kalp hastalığı olan bireylerde, yetersiz sosyal desteğin neden olduğu psikososyal uyumsuzluk; fiziksel hastalık ve sorunlar başta olmak üzere birçok psikolojik ve ilişkisel sorunun oluşmasına, hastanede yatışlarının artmasına ve uzun sürmesine, kişinin öz yeterlik ve öz bakımının, hayat kalitesinin ve yaşam standartlarının olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır. İlk kez akut MI geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hastaların algılamış oldukları sosyal destek ve psikososyal uyumun alt gruplarından geniş aile ilişkileri, aile çevresi ve sosyal çevre alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Drory vd., 1999: 80). Yapılmış olan bir araştırmada hastaların geçirmiş oldukları MI' dan bir ay sonraki sosyal destek derecelerini erkek-kadın şeklinde karşılaştırmıştır. Elde edilen sonuçlara göre kadınların daha çok çevresindeki arkadaşlarından ve torunlarından erkeklerin ise daha çok eşlerinden destek görmekteyler. Bununla birlikte kadınların sosyal destek düzeylerinin erkeklere oranla az olduğu, hayat kalitelerinin daha düşük olduğu , stresle etkili bir şekilde başa çıkma düzeylerinin ve hastalığa psikososyal uyumlarının daha zayıf olduğu ortaya konulmuştur (Kristofferzon vd., 2005: 25). Kalp rahatsızlıkları gibi önemli kronik hastalıklara sahip olan bireylerde pek çok ruhsal bozukluğun meydana geldiği bilinen bir gerçektir (Reddy vd., 2008). Hastalığa psikososyal açıdan uyum, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili parametrelerin pek çoğunu etkilemektedir. Psikososyal uyumları güçlü olan bireyler otonomik sağlık metotlarını daha iyi yapabilmekte, hastalığın gidişatını iyileştirebilmekte, kendisinden beklenen sosyal rollerini gerçekleştirebilmekte, hayat kalitelerini istenilen düzeyde sürdürebilmektedir. Kalp hastalığı öncelikli olan faktörlerden biri de hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasıdır. Bunu gerçekleştirebilmek amacıyla öncelikle

bireyin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir. Sosyal destek sistemlerinin tanımlanması, geliştirilmesi, başta aile ve yakın çevresi tarafından hastanın desteklenmesi, tedavisi için koordineli çalışması hastanın yalnız hissetmesinin önüne geçerek hastalık ve tedavi sürecine daha kolay uyum sağlamasına katkı sunacaktır. Sonuç olarak bu vb. kronik hastalıklar nedeniyle sosyal çevreleri ve olanakları (mesleki, arkadaş vs.) bozulmuş olan kişilerin hastalığı kabul etmeleri ve tedaviye uyum sağlamaları zorlaşacaktır. Prognozun kötüye gitmesini engellemek amacıyla hastanın tedaviye uyumunu arttırmak, iyileşme sürecini hızlandırmak, yatış sayısını azaltmak, komorbitenin önüne geçmek amacıyla kişinin günlük yaşamında baş etme stratejilerini geliştirmek, problem ile baş etme stillerini geliştirmek, sosyal destek alanlarını şekillendirmek ve zenginleştirmek hayati öneme sahiptir. (Tennant vd., 2001: 175-183). Bu vb. birçok nedenle, hastaların hem fiziksel hem psikolojik hem bireysel hem de sosyal açıdan desteklenmesi büyük önem arz etmektedir.

Amerikan Kalp Cemiyeti (AHA), daha yüksek risk nedeniyle AKS'li hastaların depresyon açısından rutin olarak taranmasını önermekle birlikte, AKS gelişimi için depresyonun bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Lichtman vd., 2014: 129).

Yapılan bir çalışma, hastanede yatan hastaların %15-20'sinin majör depresyon kriterlerini karşıladığını ve hastaların diğer %25-65'inin, genel popülasyondaki %10'luk yaşam yaygınlığına kıyasla en az bir depresyon semptomu varlığını bildirmiştir (Meneghetti vd., 2017: 39).

Johns Hopkins'te yapılan prospektif çalışma 1948 ile 1964 yılları arasında kayıtlı 1190 hastanın dahil edildiği bir çalışmada MI sonrası klinik depresyonu olan hastalarda daha yüksek mortalite ve morbidite bildirilmiştir. Çalışmalar, eşzamanlı yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve depresif bozukluğu olan hastaların daha yüksek kardiyak ölüm riski sergilediğini göstermiştir; bu durum YAB ve depresif bozuklukların KAH'ı etkilemek için sinerjistik olarak hareket edebileceğini düşündürmektedir (Straton vd., 2004: 52).

Araştırmalar, sigara ve içki tüketimi, egzersiz eksikliği, zayıf tıbbi uyum ve artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi gibi vücuttaki fizyolojik değişikliklerin, AKS sonrası depresyon riskinde artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Mallik vd., 2006: 166).

Çalışmalar, depresyonu ACS sonrası kötü prognoz ile ilişkilendirmiştir; ancak, bu fikri destekleyecek kanıt bulunamadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Zuidersma vd., 2011: 227-237).

91 hasta üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada depresyon ve anksiyete yaygınlığını sırasıyla %26,4 ve %48,4 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma grubunda sadece 19 hasta (çalışma popülasyonunun %20'si) hem anksiyete hem de depresyonu gösteren HADS skorlarına sahipti (Meneghetti vd., 2017: 12-18). Yaş ortalaması $61,5 \pm 12,9$ olan 1181 AKS hastasını temel aldıkları kesitsel başka bir çalışmada depresyon yaygınlığını %17,6 olarak bildirilmiş. Bu hasta grubunun çoğunluğu erkek ve beyaz ırktan olup toplam 208 hastada depresyon geliştiği; bunlardan 57'sinde depresyon belirtilerini tanınmış olup 157'sinde tanınmayan depresyon belirtileri gösterilmiştir. Bu çalışma aynı zamanda hastaların yaklaşık %25'inin AKS sonrası taburcu edilmeden önce notlarında orta-şiddetli depresyon olduğunu vurgulamıştır (Amin vd., 2006: 928-934).

Başka bir çalışma AKS sonrası depresyonla yatan hastaların %8'inin psikiyatri konsültasyonu aldığını ve sadece %1'inin antidepresan ilaç kullandığını bildirmiştir. Çalışmada sigara içenler ve sigarayı bırakanlar, AKS sonrası depresyondan muzdarip olma riski daha yüksekti (Lespérance vd., 2000).

ENRICHED çalışması sonuçlarına göre, 9.279 hastanın dahil edildiği bu araştırmada %20'lik bir prevalans bildirilmiş olup, yalnızca düşük sosyoekonomik düzeyi ve majör depresyonu olan hastaları içermekteydi (Berkman vd., 2000).

Akut MI sonrası hastaları depresyon varlığı yönünden taramak için doğrulanmış anketlerin kullanıldığı 17 çalışmada, depresyon prevalansının %10-47 olduğu kaydedilmiştir. Bu çalışma, benzer bir değerlendirme yönteminin kullanıldığı çalışmalar ile benzer depresyon yaygınlığını göstermiş olup farklı anketlerin veya değerlendirme yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalarda depresyonun ağırlıklı prevalansında önemli farklılıklar kaydedilmiştir (Thombs vd., 2006).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı MI sonrası TSSB ve depresyon tablosunun ortaya çıkma oranını tespit etmek, TSSB ve depresyona neden olabilecek risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olduğuna yönelik verilere ulaşmaktır. Ayrıca MI geçiren bireylerde aile arkadaş gibi sosyal çevrenin bu tablolar karşısında koruyucu gücünün olup olmadığını ve kalp krizi geçiren bireylerin ne tür baş etme yöntemleri kullandıklarını anlamayı amaçlamaktayız. Bu araştırmada 18 yaş üstü olup, en az bir kez kalp krizi geçirmiş olan hastalar ile gerekli şartları oluşturarak hastane ortamında veri toplanması planlanmaktadır.

Araştırmanın Önemi

MI sonrası TSSB ve depresyon tablosunun ortaya çıkma oranını tespit etmek, TSSB ve depresyona neden olabilecek risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olduğuna yönelik elde edilen veriler katılımcıların kendilerini anlama ve koruma konusunda yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca aile, yakın çevre ve sosyal desteğin bu tablolar karşısındaki koruyucu gücünün olup olmadığının anlaşılması ve eğer koruyucu bir gücü varsa bunun fark edilmesinin, toplumsal açıdan bir kazanım sağlamasını beklenmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarına farkındalık kazandırılmasını öngörülmekte, bilime katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen verilerin MI geçiren bireylerde başa çıkma tutumları konusunda farkındalığı artırması, sonuçların hasta bakımında kullanılması ve yeni yapılacak araştırmalara rehberlik etmede katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

H1- Kalp krizi (MI) geçiren hastalarda TSSB ve depresyon belirti şiddeti cinsiyet, medeni durum, eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşır.

H2- Kalp krizi (MI) geçiren hastalarda TSSB ve depresyon belirti şiddeti psikoterapi ve ilaç desteği alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşır.

H3- Kalp krizi (MI) geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek ve problem çözme özellikleri travma sonrası stres bozukluğunu yordar.

H4- Kalp krizi (MI) geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek ve problem çözme özellikleri depresyon belirti şiddetini yordar.

H5- Kalp krizi (MI) geçiren hastaların problem ile baş etme stilleri TSSB ve depresyon belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6- Kalp krizi (MI) geçiren hastalarda algıladıkları sosyal destek ile TSSB ve depresyon belirti şiddeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırmaya katılan bireylerin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Katılımcıların bütün ölçekleri (Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Beck Depresyon Testi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Problemlerle Baş Etme Stilleri) gerçeğe uygun olarak içten ve samimi bir tutum ile cevapladıkları varsayılmıştır.
3. Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler geçerli ve güvenilirlerdir ve araştırmanın amacına uygun ölçeklerdir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın örneklemi 18-65 yaş arasında bulunan ve araştırmaya gönüllülük esaslı katılmak isteyen yetişkin bireyler ile sınırlıdır.
2. Araştırma sonuçları katılımcıların kişisel yanıtları ile sınırlıdır.
3. Araştırma sonuçları sosyodemografik bilgi formunun ve kullanılan ölçeklerin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.



BÖLÜM 1: LİTERATÜR TARAMA VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Miyokard İnfarktüsü (MI)

Akut miyokard infarktüsü (MI), gelişmiş dünyada başta gelen ölüm nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda bir milyondan fazla ölüme neden olmakta olup kalbi besleyen ana koroner arterlerin, ateroskleroz ve trombüse bağlı yol açtığı akut değişiklikler sonucunda kan akışının kısmi veya tamamen durmasıyla miyokard iskemisine sebebiyet veren klinik tablo olarak tanımlanmaktadır (Nascimento vd., 2019; Thygesen vd., 2018).

1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Miyokard İnfarktüsü (MI)

Travma kelime anlamı olarak “Herhangi bir fiziksel etkenle oluşan yaralanma, zedelenme, incinme, yara, bere’ vb. anlamlar taşımaktadır. 19. ve 20. yy.’ın ilk yarısına kadar olan sürede “travma” sözcüğü ekseriyetle savaş ya da büyük olaylar, kazalar sonucunda bireyin yaşadığı fiziksel yaralanma, hasarlar için kullanılmaktadır (Jones vd., 2007). Travma, bireyin psikolojik ve fiziksel bütünlüğünü farklı şekillerde tehdit edebilen, inciten her türlü olayı anlatmak için kullanılan bir ifade biçimidir (Kokurcan vd., 2012). İnsanlığın var oluşundan bu yana sarsıcı olayların var olması yadsınamaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok tarihi kaynakta da bazı bireylerin çok yoğun yaşadığı bazı bireylerin yakından gözlemlediğini, bildirdiği çok sayıda travma örneğine, hikayesine rastlamak mümkündür. Travmalar sonra meydana gelen kaygı ve stres binlerce yıldır kendini insan davranışlarında çeşitli şekillerde ifade etmiştir. Travmanın yaratmış olduğu semptomlara bakıldığında tarihsel süreç içerisinde Truva Savaşı’na kadar uzandığı kabul edilmektedir (Ramsay, 1990). Elbette tarih boyunca milyonlarca kişinin travmatik olaylara maruz kalması travmaya karşı farkındalığı arttırmış ve pek çok araştırma yapılmıştır (Forneris vd., 2013). Sistemli yazında bu günün TSSB tanımına en çok benzeyen en eski tanım belki de 1666 Samuel Pepys’in günlüğünde Büyük Londra yangını sonrasında olan travma sonrası tepkinin tanımlanmasıdır (Yarvis, 2004). Travma 1800’lerin başından itibaren histeriye benzer biçimde tanımlanmıştır. 1800’lerde histerinin kadınlara özgü bir rahatsızlık olduğu ve mistik durumlarla ilişkili olduğu düşünülmekteydi (Kokurcan vd., 2012). 1970’lerden itibaren ise travma kavramı psikolojik açıdan örselenme anlamında kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Psikolojik travma, kişinin yoğun çaresizlik duygusu hissetmesi, travma ile başa çıkma yöntemlerinin yetersiz hale getiren çeşitli olaylar sonucunda oluşmaktadır. Bir olayın travma olarak kabul edilebilmesi için çeşitli koşulları karşılaması gerekmektedir. Söz konusu travmatik olayın gündelik olmaması, birey için sıra-dışı

özellik taşıması gerekmekte olup, travmatik olayın kişinin bedensel, psikolojik ve ruhsal bütünlüğüne zarar verecek nitelikte olması gerekmektedir (Sungur, 1999).

Travma kavramının yanı sıra son zamanlarda 'İkincil Travma' kavramı da dikkat çekmektedir. İkincil travma, Herhangi bir travmatik olay yaşanması sonrasında bireylerin başlarına gelen bu olaylardan kendilerini sorumlu tutmaları veya diğerleri tarafından sorumlu tutulmaları durumunu ifade eder (Bulman, 1982). Maalesef bu tutum ve algı sadece travma yaşayan bireylerde değil, toplumun her kesiminde görülebilmektedir. Günlük yaşamda örneğin şiddet olaylarında veya ırza geçme olaylarında mağdurun; saldırganı kışkırtarak teşvik ettiği şeklindeki suçlamalara maruz kalması en çok karşımıza çıkan, tipik ikincil travma örneklerindendir. Travmaya maruz kalan insanların da buna benzer varsayımları olabilmekte ve maruz kaldıkları şiddet deneyiminden kendilerini sorumlu tutma inancını taşıyabilmeler (Foa vd., 1986). TSSB; Şiddetli travma nedeniyle oluşan patolojik yanıtlardır (Sun vd., 2021). Aşırı stres ve kaygıya neden olan travmatik bir olay, deneyim sonucunda meydana gelen oldukça yoğun bazen de gecikebilen belirtiler grubudur. TSSB ilk olarak DSM III te resmi olarak literatürde tanımlanmıştır. Bireyin yaşamını ve fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olayın vuku bulması, bu olaya şahit olunması ya da sevdiği birinin başına gelmesi sonrasında duygusal, sosyal, bilişsel, davranışsal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtiler grubu olarak tanımlanmıştır. Travma deneyimleyen bireylerde travmayı kabul etmede zorlanma, kâbus ve flaşback gibi zorlayıcı belirtiler sıkça görülebilmektedir (Horowitz, 1993: 49-60). Bununla birlikte çaresizlik, suçluluk, utanç, öfke, bu suçluluk ve öfke duyguların deneyimlemek ile ilgili öfke ve suçluluk, travmatik olayın tekrar yaşanacağına dair korku vb. belirtiler sıkça görülebilmektedir. TSSB artan kaygı düzeyi, ciddi uyarılma ve tepki düzeyinde artma gibi belirtileri kapsar. Bu semptomlar belirli bir stresöre yönelik olmalı ve aşırı tepkileri kapsamalıdır. TSSB semptomlarının ve tanısının değerlendirilmesi önemli, travmatik yaşantılar söz konusu olduğunda gündeme gelmektedir (Kring vd., 2017: 12).

Birey tanı almak için cinsel saldırı veya fiziksel bütünlüğü bozan yaralanma gibi olaylara maruz kalmalı veya şahit olmalıdır. Bir kişinin TSSB geliştirip geliştirmediğini belirlemek için travmanın şiddetini de değerlendirmek gerektiğini savunan araştırmacılar Vietnam Savaşı'ndan sonra yapılan araştırmalara göre savaşa katılan askerlerin %20'sinde TSSB görülürken esir düşen askerlerin %50'sinde TSSB belirtileri tespit edildiğini ortaya koymuş ve savaşta esir düşmenin TSSB gelişimi açısından daha büyük bir risk faktörü olduğunu savunmuştur (Engdahl vd., 1997: 154).

Zaman içerisinde yaşanan travmatik durumlar ile ilgili araştırmaların artması, büyük, kitlesel, büyük savaşların son bulması ve farklı çeşitlerde travmatik deneyimlerin da araştırma konusu olması sonucu DSM IV'te travmatik olayın tanımlanmasına yönelik farklılıklara yer almıştır. Travmatik Olayın kendisi ve travmaya verilen duygusal cevap birbirinden ayrılmıştır. DSM IIIR' deki belirtilere ilave olarak travmatik olaylarda şiddetli bir fizyolojik reaksiyon mevcuttur. Bununla birlikte DSM IV'te TSSB tanımlanmasında hayatı tehdit etme potansiyeli olan ağır hastalık, fiziksel olmayan saldırılar, istenmeyen cinsel deneyimler, çocuklarda anne-baba gibi stres faktörlerine de yer verilmiştir (Bromet vd., 1998). TSSB; herkes için ağır stres yaratabilecek, olağandışı fiziksel ya da ruhsal travmayla karşılaştıktan sonra travmatik deneyimin tekrar tekrar yaşanması, tepki ve davranışlarda yavaşlama, çevreye ilginin azalması, artmış bedensel aktivite otonomik disforik ve bilişsel belirtilerin farklı derecelerde bulunması ile görülen ruhsal hastalıktır. Bu rahatsızlığın ortaya çıkmasında en önemli koşul bir travmatik deneyimin yaşanmasıdır (Bowman, 1999). Tarihsel gelişimi içerisinde TSSB ilk DSM III 'te anksiyete bozuklukları içerisinde yer almış ve 5 kriter tanımlanmıştır (Gersons vd., 1992: 161).

İnsanların büyük çoğunluğunun hayatlarında travmatik deneyimler bulunmaktadır ancak çok azında TSSB meydana gelmektedir (Kessler vd., 2017: 8). Travmatik olayın bireyler üzerindeki etkisini belirleyen faktörlere bakıldığında olayın yakınlık derecesi, olayın kişiye etkisi ve olay sonrasındaki etki şeklinde belirtilmektedir (Mum, 2011). TSSB tüm dünya genelinde %7-12 yaygınlığı olan psikolojik bir bozukluktur (Atwoli, Stein, Koenen, & McLaughlin, 2015). Vietnam savaşına katılan askerler arasında yapılan araştırmalarda TSSB'nin ömür boyu prevalansı, beyazlarda üzerinde %14-30, Afrika kökenli siyahilerde %19-47, İspanyol kökenli askerlerde %28 oranında etki yarattığı tespit edilmiştir (Marsella, Friedman, Gerrity, & Scurfield, 1996). Vietnam Savaşının yaratmış olduğu travma etkilerinin, azınlıklar üzerinde daha belirgin olduğu değerlendirilmiştir (Marsella vd., 1989: 7-8). Travmanın etkisini yükselten faktörleri travmanın kişi için öznel bir anlamının olması, travmaya uzun süre maruz kalınması, travmatik deneyimin ani ve beklenmedik olması, insan eliyle gerçeleştirilmiş olması, birey için ölüm tehlikesi barındırması, olaydaki kaybın büyüklüğü , çeşitli biçimlerde yeniden anımsama ve ya şama şeklinde belirtilmektedir (Kılıçoğlu, 2007).

DSM-IV'e göre TSSB gelinmesine neden olacak travmatik olayların başlıcaları; doğal ya da insan eliyle oluşturulmuş felaketler, saldırıya uğrama, çatışma ortamında bulunma, ilkence, savaşta esiri olma, toplama kamplarında bulunma, trafik kazaları, hayatı tehdit eden hastalık teşhisi alma vb. dir. Çocukların gelişime uymayan cinsel davranışlar travmatik olay olarak kabul görmektedir. Ciddi yaralanmaya, birisinin vahşice öldürölmesine, yaralanmasına şahit

olma, ceset parçasını görmeye maruz kalma gibi olaylar, aile üyelerinden birinin ölümü, kazaya, travmatik özellikler taşıyabilmektedir. Yapılan çalışmalar travmatik olayın insan eliyle oluşturulmuş olmasının TSSB geliştirme riskini, süresini ve şiddetini arttırdığını göstermektedir. Kişi için öznel bir nitelik taşıması halinde çoğu insan tarafından travmatik olmayan bir olay ya da durum da TSSB etkisi yaratabilmektedir. Birey için öznel anlam ifade etmesi, maruz kalma süresinin uzaması, aniden meydana gelmesi (hazırlıksız olma), katastrofik olması, bireyde suçluluk duyguları oluşturması, insan davranışı sonucunda meydana gelmesi, gaddarlık içermesi, ölüm tehlikesi barındırması, bedensel yaralanma ile birlikte olması, köşeye sıkıştırılmış ve çaresiz hissettirmesi TSSB'nin etki şiddetini arttırabilmektedir (DSM, 1994).

MI geçiren bazı hastalar bu durumu travmatik bir olay olarak yaşar ve TSSB' ye neden olabilir. Bir MI' dan sonra yetersiz teşhis edilen ve genellikle hekim tarafından fark edilmeyen TSSB semptomları, hastaların iyileşmeleri üzerinde önemli etkilere sahip olabilir. Bu tür semptomlar, MI dahil olmak üzere çeşitli travmatik olaylara maruz kalan hastaların genel ve kardiyovasküler sağlığı üzerinde negatif bir etkisi olduğu görülmektedir (Shemesh vd., 2004). Yapılan bir çalışmada TSSB kriterlerini karşılayan gazilerde, TSSB' si olmayanlara göre MI riskinin dört kat daha fazla olduğunu gözlemlediler (Boscarino vd., 1999). Kardiyovasküler savunmasızlığı daha fazla olan MI hastaları (Braunwald vd., 2001), özellikle TSSB' den etkilenme olasılığı yüksektir (Braunwald vd., 2001). TSSB kardiyovasküler nedenlerle daha yüksek oranda hastaneye yatışla ilişkilendirilmiş ve hastaların farmakolojik tedavilerine uyumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu ortaya konulmuştur (Shemesh vd., 2001). Öte yandan yapılan daha küçük örnekleme sahip bir araştırmada TSSB ile MI sonrası prognoz arasında herhangi bir ilişki gözlemlenmemiştir (Braunwald vd., 2001).

Akut MI' yı takiben TSSB' nin gerçek prevalansı konusunda tartışmalar devam etmekte olup, farklı anketleri kullanan çalışmalar, hastalığın abartılı bir prevalansı ile sonuçlanmıştır. Çalışmalar, Post MI-PTSD prevalansının %30'a kadar yüksek olduğunu bildirmiştir (Chung vd., 2011). Otomatik eksternal defibrilatörün kullanımı, erken primer perkütan girişim, hastane içi ileri tıbbi teknoloji ile MI ve kardiyak arrestten sağ kalım oranları arttıkça, daha fazla insan bu hayatı tehdit eden olayları hatırlayacak şekilde yaşıyor. Sonuç olarak, kardiyak olaylar ile sonraki travmatik semptomlar arasındaki ilişki de gün ışığına çıkmaktadır. Bu hastalar yaşanan olayları (ör. kardiyak olayı veya defibrilatör şoklarını hatırlama, kardiyak arrest rüyaları, tıbbi müdahalelerin ve cerrahi prosedürlerin geri dönüşlerini hatırlama), kaçınma (ör. olay, hastane, ilaç, egzersiz veya cinsel aktivite gibi kalp atış hızının arttığı durumlar) ve

uyarılma semptomları (ör. kalp atış hızı veya göğüs ağrısı ile meşgul olma; uykusuzluk) yeniden deneyimlemektedirler (Tulloch vd., 2014).

Psikolojik stres ve kardiyovasküler sağlık arasındaki ilişkiye son yirmi yılda ilgi artmış olup yapılan bir çok çalışma miyokard infarktüsünün travma sonrası stres bozukluğu gelişmesine yol açabileceğini göstermiştir (Tedstone vd., 2003). MI sıklıkla akut ve sıklıkla beklenmedik bir şekilde ortaya çıkar ve bu nedenle psikolojik travmaya neden olma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle araştırmacılar post MI belirli bir travma sonrası tanı ölçeğini tanımlamaya yöneltmiştir (Känel vd., 2011).

TSSB ile koroner arter hastalığı riski arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk meta-analiz, toplam 402.274 katılımcının yer aldığı 6 çalışmayı içermektedir. Söz konusu çalışma TSSB' nin, depresyon ve diğer ortak değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra bile bağımsız olarak artmış KAH riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Edmenson vd., 2013).

Yakın zamanlı yayınlanan 335.082'den fazla hastayı içeren 13 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz sonuçlarına göre, TSSB' nin, MI başlangıcı, MI nedeniyle hastaneye yatış veya kardiyak mortalite riskinde %49' luk bir artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Smailovic vd., 2022).

Psikolojik stres ve kardiyovasküler sağlık arasındaki ilişkiye son yirmi yılda ilgi artmış olup yapılan bir çok çalışma MI' ın TSSB gelişimine yol açabileceğini göstermiştir (Tedstone vd., 2003). MI sıklıkla akut ve sıklıkla beklenmedik bir şekilde ortaya çıkar ve bu nedenle psikolojik travmaya neden olma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle araştırmacılar post MI belirli bir travma sonrası tanı ölçeğini tanımlamaya yöneltmiştir (von Känel vd., 2011).

1.1. TSSB ve Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, zor durumda olan, stres altında olan bireyin aile, eş, arkadaş vb. çevresinden kendisine sağlanan maddi ve manevi ihtiyaçlarına yönelik yardım olarak tanımlanabilir (Langford vd., 1997). Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu, sağlığın geliştirilmesi için yeterli sosyal destek önemli bir rôle sahiptir. Hastalık ya da zorluğu kabul etme, tedavi sürecine uyum sağlama, motivasyon sağlama, sosyal izolasyonu önleme ve hastaların yaşam kalitesini artırma açısından sosyal destek önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Hutchison, 1999). Sosyal desteğin yetersiz olması ise hastalık belirtilerinin ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artması, iyileşme sürecinin gecikmesine neden olarak gerek psikolojik gerekse kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı değerlendirilmektedir (Sarason

vd., 1985). Hastaların psikososyal alanda yaşamış oldukları problemler, bilgi eksikliği, hastanede ortamı, kaygı, depresyon vb. psikolojik bozukluklar, etkisiz bireysel baş etme, ölüm kaygısı, belirsizlik ve umutsuzluk, çaresizlik gibi duygular hastanın genel sağlığının yanında uyku örüntüsünde bozulmalara neden olmaktadır (Lin vd., 1979). Kronik fiziksel bozukluklarda sosyal destek konusunu araştıran çalışmalarda kronik rahatsızlığı olan bireylerin aile ve arkadaş desteğinin daha az olduğunu ortaya koymuş bununla birlikte kronik fiziksel hastalığı olan hastalarında en belirgin değişkenin algılanan arkadaş desteğinin düşmesi şeklinde olduğu tespit edilmiştir (Skinner, John, & Hampson, 2000). KOAH'lı hastalarda dispnenin nedeniyle bedensel yorgunluğun sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilediğini bilhassa arkadaş desteğini azalttığını ortaya konulmuştur (Rabinowitz vd., 1992). KOAH'lı hastalar üzerine yapılan çeşitli çalışmalara göre hastalık süresi uzadıkça algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmüştür bununla birlikte sosyal desteğin yetersiz olduğu KOAH'lı hastalarda hastaneye yatış sayısının ve süresinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca KOAH'lı hastaların yatma sayısı ve süresinde artma oldukça aile ve arkadaş desteğinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Rabinowitz vd., 1992).

Zayıf algılanan sosyal desteğin, TSSB semptomlarının başlaması ve devam etmesi için en önemli risk faktörlerinden biri olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Brewin vd., 2000: 748). Sosyal destek çok boyutludur ve literatürde bir bireyin aldığı gerçek destek ile desteğin algılanan mevcudiyeti arasında yapılan bir ayrım vardır. Literatürde iki yapı arasındaki ilişki tartışmalı olsa da algılanan sosyal desteğin, alınan sosyal desteğin derecelendirilmesiyle karşılaştırıldığında, bireyin strese uyum sağlama ve stresle başa çıkma becerisiyle daha yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Norris vd., 1996). Sosyal destek ve TSSB semptomları arasındaki yaygın olarak kabul edilen ilişki için açıklayıcı modeller şunları içerir: stres tamponlama hipotezi gibi 'sosyal nedensellik' modelleri (Cohen vd., 1985), sosyal destek eksikliğinin travmayı takiben psikolojik sıkıntıda artışa yol açabileceği ve katkıda bulunabileceği varsayımına dayanarak; travma sonrası psikolojik sıkıntı nedeniyle bireyin sosyal destek kaynağının azaldığı düşünülen 'sosyal erozyon' modelleri (Kaniasty vd., 2008); ve bebeklik döneminde geliştirilen sosyal bilişin travma ile TSSB semptomları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bağlanma teorisidir (Bryant, 2016). Sosyal desteğe erişim becerisinin artmasıyla ilişkili olması muhtemel becerilerin geliştirilmesine yardımcı olan tedavilerin, TSSB' nin daha karmaşık sunumlarına sahip olanlar için faydalı olduğu bilinmektedir (Cloitre vd., 2002).

1.2. TSSB ve Baş Etme Sitilleri

Baş etme “stresin doğurduğu ihtiyaçların üstesinden gelerek ihtiyaçları azaltma veya kabul etmek için gösterilen çaba” Weiten tarafından tanımlanan bir terimdir (Weiten vd., 2014). Folkman ve Lazarus ise, bireyinde stres oluşturan iç ya da dış kaynaklı sorunları çözmede ortaya koyduğu duygusal, bilişsel, davranışsal bir çaba olarak ifade etmişler (Folkman vd., 1984). Stres faktörü olan durum, olay veya etkenlerin olumsuz etki ve sonuçlarını minimize etmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak amacıyla baş etme stratejileri kullanmak evrensel bir tutum ve davranıştır. Evrensel olarak böyle bir güdü ve tutum içerisinde olmamıza rağmen, ortaya çıkan problem ya da duruma karşı kullanılan başa çıkma stratejileri kültürel alt yapı, yaş, cinsiyet, inanç, hastalık vb. pek çok etkene bağlı olarak değişiklik göstermekte ve bireye barındırmaktadır (Benyamini vd., 2008; Folkman, 1984). Travmatize edici ruhsal veya fiziksel zorlanmaya, yaralanmaya neden olan, engelleyici yaşam olayları neredeyse her bireyde stres tepkisi oluşturmaktadır bununla birlikte her birey benzer tepkiler vermemektedir. Aşırı örseleyici bir olaya maruz kalma ya da bu olaya tanıklık etme gibi durumlarda yeterli destek ve baş etme stratejileri geliştiremediğimiz taktirde psikolojik rahatsızlığın ortaya çıkmasına zemin oluşturmaktadır (Jovanovic vd., 2013). Stresörlerin oluşturmuş olduğu bu zorlayıcı ve travmatik etkilerin şiddeti ve süregelenliği bireyin stresörle baş etme ve destek mekanizmasının gelişmişliği ve gücüne bağlı olarak değişim göstermektedir. Yeterli baş etme mekanizmasının olmaması bu travmatik etkilerin devam etmesine bireyin yaşamsal ve ruhsal bütünlüğünün zedelenmesine neden olacak ve olası bir travma sonrası stres bozukluğu tablosunun meydana gelmesine neden olabilmektedir (Jovanovic vd., 2013; Ye vd., 2020). Stres günlük yaşamda bizim için gerekli olan, motivasyonumuzu sağlayan ve harekete geçmemizi sağlayan önemli tetikleyicilerdendir. Bu yönüyle aslında stres tamamen kötü olmadığı gibi belli bir ranjda tutabildiğimiz taktirde fayda sağlayan bir unsurdur diyebiliriz. Bu nedenle, stresle başa etmede temel amacımız yaşam içerisinde stresi bütünüyle ortadan kaldırmak değil stresten olumlu sonuçlar elde etmeyi sağlayacak optimum düzeyde stresin varlığını korumaktır. Problemler ile baş etmede üç ana baş etme tarzının ön plana çıktığını görmekteyiz. Bunlar; duygu odaklı baş etme, problem odaklı baş etme ve etkisiz baş etme yöntemleridir.

1.2.1. Problem Odaklı Baş Etme

Problem odaklı baş etme; Problemi tam anlamıyla çözmek ya da olumsuz yönünü azaltmak amacıyla, fikir üretme, çaba gösterme ve gerekli adımlar için harekete geçme olarak tanımlanabilir. Problem odaklı baş etme, bireyin aktif olarak katılımını ve çabasını gerekli kılan, sorunu çözme basamaklarının devreye soktuğu problem temelli baş etme stratejisidir.

Problem odaklı baş etme yönteminde kişi öncelikle problemin ne olduğunu sorunun ne olduğunu tanımlar, çözüm önerilerine yönelik çözüm alternatiflerini sıralar ve en uygun olanını tercih eder, uygulamaya geçer ve sonuçları değerlendirmeye çalışır (Aslan, 2018). Duygusal baş etme, stres faktörünü veya problemin ortaya çıkarmış olduğu duygusal geriliminin etkisini minimize etmek amacıyla kullanılan baş etme yöntemi olarak tanımlanabilir. İlgisini çeken kişiler ile iletişim kurma vakit geçirme, inancına göre dua etme, uyuma, dinleme, spor yapma, duş alma, dikkati başka tarafa yöneltme, vb. birçok uygulamayı içeren yöntemdir (Arslan, 2018).

1.2.2. Duygu Odaklı Baş Etme

Duygu odaklı baş etmede birey aktif olarak stresi ortadan kaldırmak için bir adım atmazken stresin ortaya çıkardığı olumsuz duyguları ve gerilim azaltmaya çalışılır. Duygu odaklı baş etme problemi tam olarak çözememekle birlikte problemin ortaya çıkardığı duygusal gerilimi azaltma ve bireyi problemi çözme konusunda hazırlama, motivasyonunu yükseltmeye yardımcı. Duygu odaklı ve problem odaklı baş etme yöntemlerinin kombine olarak kullanılması sadece duygu odaklı baş etme yönteminin kullanılması zamanla sorunun daha da büyümesine ve kronikleşmesine neden olabilmektedir (Agbaria vd. 2022).

1.2.3. Etkisiz Baş Etme

Etkisiz baş etme, problemle yüzleşmeyi ve çözüm üretmeyi yok sayan, yaşanan stresin bireyde ortaya çıkardığı duyguları görmezlikten gelen bütün kaçınma girişimleri olarak tanımlanmaktadır. Etkisiz bireysel baş etme yönteminde bireyler genellikle duygulara yönelik inkâr ve bastırma gibi savunma mekanizmalarını kullanırken davranışsal olarak sigara ve alkol kullanımı yer almaktadır. Etkisiz baş etme sorunu çözmediği gibi zamanla bu baş etme yönteminin kullanılması bazı fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlere de yol açmaktadır (Şahin vd., 2011: 31-44). Bireylerin ilk olarak kendilerini ve problem ile baş etme yöntemlerini tanımları, fark etmeleri alternatif ve daha güçlü baş etme stratejilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Önceliklerini belirlemek ve plan yapmaları, kendin tutum ve davranış ve inançlarının farkına varmaları, sosyal destek kaynaklarını arttırmaları, gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri ile fizyolojik uyarılma ve belirtilerinin etkisini azaltmaları vb. Problem ile etkili ve olumlu baş etmelerini destekleyecektir (Sürme, 2019).

İç ve dış stres faktörlerini yönetmek amacıyla kullanılan davranışsal ve bilişsel çabalar olarak tanımlanan başa çıkma stratejileri (Folkman vd., 2004), diğer psikiyatrik bozuklukların yanı sıra TSSB ile de ilişkilendirilmiştir (Ahern vd., 2004; Grosso vd., 2014). Mevcut literatüre göre,

kaçınmacı başa çıkma (yani, stres etkeni veya müteakip reaksiyonlar deneyiminden geri çekilme, bastırma veya inkâr etme çabaları) gibi belirli başa çıkma stratejilerinin daha büyük TSSB şiddeti ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Clohessy vd., 1999). Kendi kendine yeten başa çıkma (yani, sosyal desteğin yardımı olmadan problem veya duygu odaklı başa çıkma stratejileri) gibi diğer başa çıkma stratejileri koruyucudur ve daha düşük TSSB seviyeleri ile ilişkilidir (Linley vd., 2004). Başa çıkma davranışlarının ve travma sonrası bilişlerin etkileşimi, TSSB gelişme riskini karakterize etmede özellikle yararlı olabilir (Bomyea vd., 2012). Seçilmiş başa çıkma stratejileri özellikle işlevsel olmayan bilişler bağlamında ilgili olabilir. Örneğin, bilişsel yeniden yorumlama gibi aktif başa çıkma stratejileri, olumsuz travma sonrası bilişlerin etkisine karşı tampon görevi görebilir. Bu, bireylere travma deneyimleri hakkındaki düşüncelerini yeniden değerlendirmeyi öğretmeyi amaçlayan mevcut bilişsel temelli tedavi yaklaşımlarıyla uyumludur (Monson vd., 2006). Buna karşın, kaçınmacı başa çıkma stratejileri, olumsuz bilişlerin şiddetini ve etkisini daha da yoğunlaştırabilir; bu teori, travmayı takiben madde kullanımına yönelik başa çıkma güdülerini inceleyen geniş bir literatür tarafından desteklenmektedir (Miller vd., 2011). 116 MI hastasının dahil edildiği bir çalışmada MI'dan sonra baskıcı başa çıkma tarzı, akut stres bozukluğu ve TSSB arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada baskıcı başa çıkma tarzının MI'dan hem hemen ardından hem de uzun vadede uyumluluğunu ortaya çıkarmış olup bu çalışma ile baskıcı başa çıkma tarzının bir stres tamponu olarak rolünü desteklemektedir (Ginzburg vd., 2002).

1.3. Depresyon ve Miyokard İnfarktüsü (MI)

Elem, hayal kırıklığı, sıkıntı, üzüntü gibi duygular yaşamsal olaylar ile zaman zaman ortaya çıkmaktadır. Ancak depresyon duygusal bir tepkiden daha şiddetlidir ve mesleki ve sosyal işlevselliğin bozulduğu bir sendromdur (Sadock, 2007). Depresif bozukluğun temel özellikleri, zevk alamama (anhedoni), çökkün olan duygu durumu, geleceğe ilişkin umutsuzluk hissi ve karamsar kognisyonlar, kendine ilişkin suçluluk ve yetersizlik temalı kognisyonlar, çaresiz hissetme ve suisid düşünceleri, enerjide azalma, psikomotor yavaşlama, motivasyon azlığı, uyku ve iştah bozuklukları başlıca vejetatif belirtilerdir. Çok eski zamanlardan beri depresyon ve benzeri rahatsızlıkları anlamlandırma ve tanımlama ile ilgili uğraşlar olmuştur. Tarihe baktığımız zaman Eski Hint, Arami ve Mısır metinlerinde depresyon semptomları bulunan hastalar tanımlanmıştır. Hipokrat tarafından yaklaşık MÖ 400'lerde kara safra' nın insanoğlunun ruhsal dünyasını etkileyerek melankoli benzeri bir profil oluşturduğu ileri sürülmüştür (Dewhurst, 1992). Hipokrat göre bu depresif duygu durumunun gereğinden fazla sürmesi halinde melankoli toblosu ortaya çıkacak olup melankoli ve depresif bozukluk

bedendeki çeşitli sıvılar ile ilişkili olarak meydana gelmektedir. Hipokrat'ın bu görüşü daha sonraki dönemlerde Gallen gibi önemli bilim insanları tarafından desteklenmiştir. Yine İbn-i Sina'ya ait 'el-Kānūn fī't-tıbb' adlı eserinde de melankoli teriminin içeriğinden bahsedilmektedir. Kraepelin ise 1896 yılında depresyonu psikiyatrik bir bozukluk olarak ortaya koyan ilk kişi olmuştur (Cuellar ve ark., 2005). Manik ve depresif semptomların aynı hastalığa ait olduğunu savunan Kraepelin günümüzde depresyon adı altında tanımladığımız klinik tabloyu 'manik 9 depresif hastalık' ve 'involusyonel depresyon' başlıkları ile ele almıştır (Dewhurst, 1992). Kraepelin depresyonu doğuştan gelen ve biyolojik bir zemini olduğunu savunmuştur. Karl Leonhard 1957 yılında depresyon'u bipolar ve unipolar bozukluk başlıklarını kullanarak ki ayrı klinik antite şeklinde ele almıştır (Leonhard, 2003). DSM III ten itibaren majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk olmak üzere iki ayrı psikiyatrik tanı olarak tanımlanmıştır (Cuellar vd., 2005). DSM-III-R ve DSM-IV'de 'Duygudurum Bozuklukları' başlığı altında bulunan Major depresif ve bipolar bozukluk, DSM-5'te ''İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar'' ve 'Depresyon Bozuklukları' farklı ana başlıklar olarak yeniden sınıflandırılmıştır (Dunner, 2003).

Üzüntü, kırgınlık, hayal kırıklığı, olumsuz ruh hali, düşük moral ve motivasyon günlük yaşamımızda deneyimlediğimiz sıradan duygulardır ancak Depresyonda görülen bu deneyimlerin günlük hayatta yaşanan emosyonel tepkilerden farkı devamlı olması, şiddetinin daha yüksek olması ve de bu emosyonların bireyin işlevselliğini bozmasıdır. DSM-5'e göre kişinin majör depresyon tanısı alması için en az iki hafta kadar süren 9 depresif semptomun en az 5 tanesinin mevcut olması gerekmekte ayrıca bu semptomların anhedoni (zevk alamama) ve çökkün duygu durumunu içermesi gerekmektedir. Bununla birlikte söz konusu tablonun sosyal, mesleki açıdan belirgin bir işlevsellik kaybını beraberinde getirmesi beklenmektedir (Uher vd., 2014). Depresyon sürekli ve yaygın bir çökkünlük, elem, mutsuzluk ya da üzüntü hali, normalde keyif aldığı aktivitelerden keyif alamama, iç sıkıntıları ve eşlik eden olumsuz düşünceler, enerji ve motivasyon azlığı veya yokluğu, konsantrasyon güçlüğü ve koopere olamama, uyku ve iştah düzeyinde azalma veya bozulma, cinsel işlevlerde bozulma, içe çekilme ve sosyal yaşamdan uzaklaşma vb. belirtileri barındıran ataklar ya da kronik ilerleme gösteren psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanır. Unipolar depresyonun klinik tablosu yaş, cinsiyet ve sosyokültürel alt yapıya göre değişiklik gösterebilir (Kuehner, 2003). Çökkün duygudurum, anhedoni (zevk alamama), kendine yönelik değersizlik, yetersizlik ve suçluluk temaları, hayata ve geleceğe yönelik karamsarlık ve umutsuzluk düşünceleri, çaresizlik hissi, güç ve enerji kaybı psikomotor retardasyon veya ajitasyon, iştah ve uyku bozuklukları (artma ya da azalma) gibi

fiziksel ve vejetatif semptomlar yine depresyonda karşımıza çıkan temel özelliklerdir (Sadock, 2007). Bu bireylerde normal yaşamlarında aslında hoşlandığı yapmaktan zevk aldığı hobi ve aktivitelerden zevk alamama, mutluluk ve zevk verecek şeylere karşı tepkisiz, ilgisiz kalma gözlenir. Kişi etkinliklere ilgi duymadığı gibi, mutlu olma ya da zevk alma beklentisi de yoktur. Ayrıca depresyonda kendini eleştirici ve suçlayıcı duygular hakimdir. Depresyonda olan kişilerin benlik saygısında da düşme olur. Bireyde, değersizlik ve suçluluk gibi kendilik duygusuna karşı saygıda azalma gözlenebilir. Hatta değersizlik duygusu ileri boyutlara ulaşp, yaşamayı hak etmediğini düşünme, İçinde bulunduğu ruhsal durumla baş etmekte zorlanma beraberinde suisid düşünceleri ya da girişimleri meydana getirebilir. Kötümser, karamsar düşüncelerin hâkim olduğu bireyde bunaltı, sıkıntı durumu da sık karşılaşılan özelliklerdir. Bunalma, gerginlik, sürekli kötü bir şeylerin meydana geleceği hissine kapılma ve bundan korkma, anormal bir huzursuzluk, hayatının kontrolünün kendisinde olmadığı inancı, kendini kontrol edemeyeceğini hissine kapılması yine sıklıkla karşılaşılan psikolojik tabloyu temsil etmektedir (Sadock, 2007; Uher vd., 2014). Majör depresif bozukluğun ülke ve toplumun kültürel yapısından bağımsız olarak, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda gebelik, doğum, lohusalık, menopoz gibi dönemler ve hormonların etkisi ile depresyon riski artar (Kuehner, 2003).

Depresyondan Korunma Depresyonu önlemeye yönelik yapılan faaliyetlerin depresyon sıklığını azalttığı bildirilmektedir. Halk sağlığı bakış açısı ile planlanan toplum temelli yaklaşımlar depresyonun önlenmesi için önemlidir. Depresyonun önlenmesi, bireylerin olumlu ve sağlıklı düşünceler geliştirme becerisi ve stresle başa çıkma becerisi kazanmasına bağlıdır. Bu amaçla, çocuklar ve ergenlik dönemdeki gençler için okul temelli programlar geliştirilebilir. Riskli olan çocukların ebeveynlerini kapsayan müdahaleler hem ebeveynlerin hem de çocuğun fayda görmesini sağlar. Böylelikle ailenin, nihayetinde toplumun ruhsal sağlığı korunmuş ve iyileştirilmiş olur. Özellikle yaşlılık döneminde de egzersiz programları ve sosyalliği artıracak etkinliklere yönelik programlar depresyondan korunma konusunda etkili olabilir. Bireylere psikolojik danışmanlık sağlanması depresyonu önlemede etkili bulunmuştur (Force, 2018)

Genetik, biyolojik, psikososyal nedenler başta olmak üzere depresyonun ortaya çıkmasında pek çok faktörün rol oynadığından söz etmek mümkündür. Ayrıca bu sebepler arasında kuvvetli bağlantıların olduğu da bilinmektedir. Sözüm ona psikolojik etkenlerin zaman içerisinde gen ekspresyonunu değiştirebileceği bununla birlikte biyolojik sebeplerin de bireyin psikolojik durumunu olumsuz yönde etkileyebileceğini söylemek yapılan araştırmalar çerçevesinde mümkündür (Işık vd., 2013). Kalıtım ile ilgili yapılmış olan araştırmalar birinci derece

akrabalarında majör depresyon öyküsü bulunan hastaların depresyon geliştirme oranı yaklaşık olarak 3 kat fazla olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda tek yumurta ikizlerin eş hastalanma oranının yaklaşık %40 olduğu, unipolar depresyon için genetik aktarımın yaklaşık %31 ile %42 arasında olduğu tespit edilmiştir (Sullivan vd., 2000). Bilhassa erken başlangıçlı ve ataklar ile süren depresyonda genetik faktörün belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ebmeier vd., 2006). Yapılan araştırmalar birbirini teyit eden tek bir genetik bölgeyi tanımlamış olmasa da serotonin taşıyıcı genin promoter bölgesinde polimorfizm'in yaşam olaylarını takip eden depresif bozukluk ve intihar ile ilintili olduğu tespiti yapılmıştır (Caspi vd., 2003). Serotonin 2A reseptör, tirozin hidroksilaz, triptofan hidroksilaz ve COMT genleri unipolar depresyon ile ilintili diğer genlerdir (Levinson, 2006). Serotonin depresyon gelişiminde en çok adı geçen nörotransmitterdir. Unipolar depresyonda genellikle serotonin sentezi ve metabolizmasıyla bağlantılı serotonerjik fonksiyon bozukluğu depresif belirti ve bulguların sinaps boşluğunda serotoninin seviyesinde azalma ile düşmesine sekonder olarak gelişen serotonin reseptör değişimleri işe ilintili olabileceği düşünülmüştür (Owens vd., 1994).

Yapılan araştırmalar dünya genelinde 300 milyonu aşkın insanın depresyondan muzdarip olduğu bildirmektedir. Depresyonun görülme sıklığının ise 2005'ten 2018 yılına kadar %20'ye yakın artış gösterdiği tespit edilmiştir. Psikiyatrinin nezlesi olarak tanımlanan depresyonun genel popülasyondaki ömür boyu prevalansının %16.2, yıllık prevalansının %6.6, ortalama hastalığın süresinin 16 hafta olduğu bildirilmiştir (Kessler vd., 2003). Depresyonun cinsiyete göre dağılımına baktığımız zaman, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülmekle birlikte çoğunlukla 30-40 yaş aralığında izlenmektedir (Judd, 1997). Majör depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansı yaklaşık %15'tir. Hormonel yapı, gebelik, doğum ve menopoz gibi dönemler kadınların erkeklerden farklı stres kaynaklarıyla karşılaşmasına yol açtığından dolayı, kadınlar erkeklere göre depresyondan daha fazla etkilenmekte olup, prevalans %25'e kadar çıkabilmektedir (Gelenberg, 2010). Türkiye ruh sağlığı profili araştırma sonuçlarına göre bir yıllık depresif dönem prevalansı genel popülasyonda % 4 iken kadınlarda %5,4, erkeklerde ise %2,3 oranında izlenmektedir (Şahin ve vd., 2020). Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye için %4,4 oranında tahmini nüfus depresyon prevelansı bildirmiştir. Anksiyete bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozuklukları ,panik bozukluk, kişilik bozuklukları gibi psikolojik bozukluklar ile depresyon arasında yüksek komorbidite bulunmaktadır (Rohde vd. 1991).

MI gibi yaşamı tehdit eden bir olayı deneyimleyen hastaların, Depresyon düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Bu araştırmada bunu tespit etmek amaçlanmaktadır. MI gibi yaşamı ciddi düzeyde tehdit eden bir yaşam deneyiminin TSSB'ye neden olabileceği düşünülebilir.

Türkiye’de kalp krizi gibi ciddi bir sağlık sorunu sonrası hastaların, TSSB belirti şiddeti üzerinde durmayı, bu durumu etkileyebilecek diğer risk faktörlerini tespit etmeyi amaçlıyoruz. Kalp krizi geçiren her bireyde çeşitli ruhsal sıkıntıların gelişmeyeabilir. TSSB geliştirmeyen hastalarda, algılanan sosyal desteğin koruyucu bir etkiye sahip olduğu hipotezini test etmeyi amaçlıyoruz.

Yapılan bir çalışmaya göre, cinsiyet, sedanter yaşam tarzı, <60 yaş ve majör depresyon öyküsü varlığı, Akut MI sonrası artmış depresyon riski ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. MI sonrası depresyon prevalansı (%23) olarak saptanmış olup kadınlarda daha yaygın izlenmiştir. Depresyon, hastaların medeni durumu ile pozitif olarak ilişkili olup bekar veya dul olan hastalarda daha yaygın saptanmıştır. Depresyon ile sosyoekonomik durum ve okullaşma yılları arasında pozitif bir ilişki olup sosyoekonomik geçmişi kötü olan hastalarda ve dört yıldan az okul eğitimi olanlarda depresyon prevalansı yüksek izlenmiştir. Sedanter yaşam tarzı, sigara kullanımı ve hipertansiyon varlığı artmış depresyon riski ile ilişkilendirilmiştir. Daha önce Akut MI geçiren hastaların depresyondan muzdarip olma olasılığı, ilk kez Akut MI ile başvuran hastalara kıyasla daha az izlenmiştir (Figueiredo at vd., 2017: 117-227).

Danimarka’da 2001 ile 2009 yılları arasında AKS nedeniyle hastaneye yatırılan 97.793 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, AKS'den sonraki iki yıl içinde hastaların % 20' sinde depresyon varlığı bildirilmiştir. Hastaların 7.393’ünde yeni depresyon tanısı konulurken, 12.127 hasta daha önce depresyon atakları öyküsü mevcut idi. Toplamda 54.737 hasta partneriyle ve 43.056 hasta yalnız yaşıyordu. 43.951 hastanın üçten fazla ek hastalığı vardı, 45.441'in bir veya iki ek hastalığı vardı ve 8.401 hastanın herhangi bir ek hastalığı yoktu. Bu çalışma aynı zamanda, yalnız yaşayan, temel eğitimi olan ve önceden depresyonu veya diğer komorbiditeleri olan hastalarda depresyon prevalansı ve insidansının yüksek olduğu önceki çalışmaların bulgularını da doğrulamıştır. Önceden depresyonu olan ACS hastaları için hazard oranı (HR) 1.33; %95 GA (1,29-1,38), tekrarlayan depresyon için 1.62; %95 GA (1,57-1,67) ve yeni başlayan depresyon için 1.66;%95 GA (1.60-1.72) idi. Depresyonun başlama zamanına (AKS'den sonraki 30 gün içinde veya sonrasında) göre ölüm oranlarında fark yoktu (Osler vd., 2016: 183).

Çalışmalar, depresyonu ACS sonrası kötü prognozla ilişkilendirmiştir; ancak bazı çalışmalarda ise bu fikri destekleyecek kanıt bulunamadığını bildirilmiş (Zuidersma vd., 2011: 80).

1.4. Depresyon ve Baş Etme Sitilleri

Bireyler, olumsuz duygusal durum ve ilişkili yaşam problemleriyle başa çıkmak için farklı başa çıkma stratejileri kullanır. Stratejiler, stresi azaltacak araçları belirlemek için geliştirilir. Bu tür başa çıkma mekanizmaları, hem akut stres/acil durumlar (kasırğa felaketleri gibi) hem de depresyon, meme kanseri ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkları olan hastalarda önemlidir. Bu başa çıkma tarzlarından bazılarının kullanılması kişi için faydalı olabilir. Örneğin, tıbbi olarak hasta olan yaşlı erkeklerde başa çıkma mekanizmaları ve depresyon üzerine yapılan bir çalışmada, yanıt verenlerin büyük bir kısmı teselliye dini inanç ve uygulamalarda aramıştır. Bu da depresyonun ciddiyeti ile ters orantılıydı (Koenig vd., 1992: 307).

MI sonrası hastalarda depresyon, kaygı ve sıkıntı gibi psikolojik sağlık sorunları sıklıkla görülmektedir (Shahrbabaki vd., 2017: 38). AKS ile depresyonun varlığı kardiyak rehabilitasyon sürecini olumsuz etkilemekte ve bu nedenle prognozu kötüleştirmekte, yaşam kalitesini düşürmekte ve tekrarlayan akut koroner olay ve mortalite sıklığında artışa yol açabilmektedir. Bu nedenle bu hastalarda hastalık yönetiminin yanı sıra psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi çok önemlidir (Yagli vd., 2015). Günümüzde depresyon ve kaygı gibi psikolojik sağlık sorunlarıyla baş etmede ele alınan yaklaşımlardan biri de dini başa çıkmadır. Dini başa çıkma davranışları, bireyin stres ve kaygıdan kaynaklanan psikolojik çatışmalarını azaltmak veya ortadan kaldırmak için kullandığı, dini sistem/inanç içindeki dini düşünce, duygu ve davranışları kullanarak rahatlamaya ve huzur bulmaya çalıştığı bir yöntemdir. Bu açıdan dini başa çıkma, insanların zorluklara dayanmasına, kaygıyı önlemesine, kaygı ve depresyon belirtilerini azaltmasına yardımcı olabilir (Dehghanrad vd., 2020).

Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde pozitif dini başa çıkma, hastaların güçlü yönlerine güvenmelerine, yeni koşulları kabul etmelerine ve içsel benliklerini bularak başa çıkmalarına yardımcı olur (Shahrbabaki vd., 2017: 38). Araştırmalar, pozitif dini başa çıkmanın hastalığın akut evrelerinde bireylere güç ve rahatlık sağladığını (Trevino vd., 2014) ve daha düşük depresyon seviyeleri ile ilişkili olduğunu (Bekelman vd., 2007) ve kalp hastalığı olan bireylerde daha yüksek düzeyde psikolojik iyilik hali (Assari, 2014) olduğunu göstermiştir. MI geçirmiş hastalarla yapılan bir çalışmada, infarktüs geçirdikten sonraki 0-6 ay ile 7.-24. aylarda katılımcıların dini başa çıkma düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Akın, 2019). Hastaneden taburcu edilen AKS hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların %85'i eski sağlığına kavuşmak için dinden güç/rahatlık aldıklarını belirtmişler ve altı aylık takip sonunda sağlık durumlarında düzelme saptanmıştır (Abu vd., 2019). Literatürde, kardiyovasküler

hastalık tanısı alan bireylerde dini başa çıkma ile depresyon arasında bir tutarsızlık bulunmuştur. AKS hastaları ile yapılan bir çalışmada dinden gelen güç ve rahatlığı yüksek algılayanlar ile algılamayanlar arasında şiddetli depresyon görülme sıklığının benzer olduğu saptanmıştır (Abu vd., 2019). Başka bir çalışmada, hastaların bir ve altı aylık takiplerinde dini başa çıkma ile depresif belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır (Bekke-Hansen vd., 2014). Bu çalışmaların aksine MI sonrası takip edilen hastalarda ibadet sıklığının depresyon ile ilişkili olduğu, hiç ibadet etmeyenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Blumenthal vd., 2007). İlerlemiş koroner arter hastalığı olan hastalarla yapılan bir araştırma, sağlık kaygısı ile dini maneviyat arasında negatif bir ilişki olduğunu ve dini maneviyat düzeyinin sağlık kaygısı düzeyini anlamlı ve negatif olarak yordadığını göstermiştir (Heshmati vd., 2021). Diğer araştırmalar da olumlu dini başa çıkmanın düşük depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğunu belirlemiştir (Assari, 2014; Dehghanrad vd., 2020).

1.5. Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek

Depresyon için risk faktörleri iyi tanımlanmış olmasına rağmen, bireylerin depresyondan kurtulmasını ve hatta depresyondan tamamen kaçınmasını sağlayan faktörler hakkında daha az şey bilinmektedir (Patel vd., 2007: 30-38). Sosyal desteğin, hem doğrudan sosyal ilişkilerin yararları yoluyla hem de dolaylı olarak stresli durumlara karşı bir tampon olarak ruh sağlığını koruduğu varsayılmaktadır. Sosyal destek, başkalarından alınan duygusal (teşvik sağlama), araçsal (ev işlerine yardım etme) veya bilgilendirici (birini bir iş fırsatından haberdar etme) yardımı ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (House, Umberson, ve Landis, 1988). Ayrıca, depresyona karşı bağımsız koruyucu etkileri olduğu düşünülen bir eş, akraba veya arkadaşlardan alınan destek de dahil olmak üzere desteği sağlayan kişi tarafından da karakterize edilebilir. Yetişkinler Depresyon açısından hangi sosyal destek kaynaklarının koruyucu olduğu veya ruh sağlığı açısından en ideal destek türü ve kaynağının yaşam boyunca değişip değişmediği net değildir (Gariépy vd., 2016). 100'den fazla makalenin dahil edildiği bir meta analizde depresyona karşı en koruyucu sosyal destek kaynakları yaşam dönemlerine göre değişiklik göstermiştir. Ebeveyn desteği, çocuklarda ve ergenlerde depresyondan korunma ile ve yaşlı yetişkinler için ise en çok eş desteği göze çarpmaktadır. Yetişkinlerde depresyondan korunma ile en tutarlı şekilde ilişkilendirilen sosyal destek kaynağı eş desteği (çalışmaların %100'ü anlamlı bir ilişki bildirmiştir) olup, bunu aile desteği, arkadaşlar ve çocuklardan gelen destek izlemiştir. Yetişkinlerde depresyondan korunma ile en tutarlı şekilde ilişkilendirilen sosyal destek türü, duygusal destektir (çalışmaların %75'i anlamlı bir ilişki bildirmiştir), ardından araçsal destek (çalışmaların %67'si) gelmektedir; bilgi desteği ise bir çalışmada

incelenmiş olup depresyondan korunma ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı bulunmuştur (Gariépy vd., 2016). Çocuk ve ergenlerde depresif semptomatolojinin azaltılmasında ebeveynlerden, akranlardan ve okuldan algılanan sosyal desteğin rolü ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır (Rawana, 2013).

Stresi harekete geçiren hipoteze dayanarak, stres, bireyleri sosyal destek aramaya teşvik eder. Bununla birlikte, stres ve psikolojik sıkıntı arasındaki yüksek korelasyona, özellikle de stres ve depresyon arasındaki yüksek komorbiditeye dikkat edilmelidir. Bu yüksek komorbidite, depresyon ile algılanan sosyal destek arasındaki sahte pozitif ilişkiyi açıklayabilir (Starr vd., 2014). Bununla birlikte, genç yetişkinlerin sosyal bağlar ve destek hakkında düşünme biçimleri, farklı öz değerlendirmeleri harekete geçirebilir. Örneğin, bazıları sosyal desteği sosyal kabullerinin bir göstergesi olarak yorumlayabilir ve olumlu kendilik şemalarını (örneğin, sevimli bir insan) harekete geçirebilir. Öte yandan, diğerleri sosyal desteği olumsuz niteliklerin (örneğin, zayıf bir kişinin) bir göstergesi olarak yorumlayabilir. Sosyal destek, olumsuz benlik değerlendirmelerinin üretildiği durumlarda çatışmayı ve başkalarıyla karşılaştırmayı tetikleyebilir. Algılanan sosyal desteğin aslında bazen benlik saygısını tehdit eden bir mesaj taşıyabileceğini göstermektedir (Choenarom vd., 2005). Sosyal destek sağlayanların duygulanım, düşünce ve eylemin düzenlenmesi yoluyla alıcıya yardım ettiğini ve destek alan kişilerde olumlu duygu ve yüksek benlik saygısı üreten kişilerin destekleyici olarak algılanma olasılığının daha yüksek olduğu öne sürülmektedir (Lakey vd., 2015). Yapılmış olan bir araştırmada sosyal desteğin benlik saygısı ile depresyon arasındaki ilişkiye aracı olduğu ve aynı zamanda benlik saygısının da sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir (Lee vd., 2014).

Depresyonun MI sonrası hastalarda kötü yaşam kalitesi ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu da bulunmuştur (Swenson vd., 2003). Depresyonu olan kardiyak hastalığı olan hastaların, depresif semptomları olmayan kardiyak hastalara kıyasla daha fazla semptom yükü, düşük yaşam kalitesi, daha kötü fiziksel kısıtlamalar bildirme olasılığı daha yüksektir (Ruo vd., 2003). Düşük yaşam kalitesine sahip olan KAH ve hipertansiyonu olan hastalar, duygusal ifadeyi kontrol etmekte güçlük çekerler ve zorlu durumlarda daha düşük bir duygusal direnç gösterirler. Duygusal işlevsellik, bir bireyin yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir (Zboralski, 2008).

Beck tarafından bildirilen depresyonun bilişsel modelleri ve Alloy tarafından verilen umutsuzluk teorisi, bilişlerin kişilerarası işlevsellikte bozulmaya yol açabileceğini düşünülmektedir (Alloy vd., 1999). Bilişsel teorinin arkasındaki fikir, 'güçlü bir kişilerarası odaklanma ile olumsuz bir inanç' olduğunu ileri sürmektedir. Bununla tutarlı olarak, depresif

bir birey kendini olumsuz değerlendirme eğilimindedir ve ayrıca sosyal desteğinde bir dūşūş algılar (Maher vd., 2006). Fiziksel bozukluğu olan yaşı bireylerin, zayıf algılanan sosyal destek ve kötü yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Newsom vd., 1996). Sosyal destek yoksa veya etkilenen bireyler tarafından takdir edilmezse, tatmin edici olmayan yaşam kalitesi ile sonuçlanır (Kang vd., 2018).



BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın betimsel bir çalışma olup araştırmada iki veya ikiden çok sayıda değişkenin beraber değişiminin olup olmadığını, değişiminin hangi büyüklükte ve yöne olduğu amaçlayan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Kalp krizi (MI) geçiren bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti şiddeti ile algılanan sosyal destek ve problem ile baş etme stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

2.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma, basit seçkisiz örnekleme yöntemi ile 48 ‘i kadın, 52’si erkek olmak üzere toplamda 100 bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar en az bir kez kalp krizi (MI) geçirmiş 18 yaş üzerinde bulunan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan bireylerden oluşmaktadır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Beck Depresyon Testi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Problemlerle Baş Etme Stilleri ile ilgili ölçekler uygulanmıştır.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının hazırladığı Sosyodemografik Bilgi Formu toplamda 15 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, aylık maddi geliri, çalışma durumu ve psikiyatrik tanı alıp almadıklarına ilişkin bilgi ile kardiyak durumları ile ilgili bilgi toplanması amaçlanmıştır.

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek, bireylerin depresyon riskini belirleyen, depresif belirti düzeyini, şiddet değişimini değerlendirmektedir. Beck ve arkadaşlarının 1961 yılında geliştirilen ölçekte 21 kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Hastanın kendisinin doldurduğu ölçekte ölçüm 4’lü likert tipte ölçüm yapılır. Ölçeğin 0-63 arasında skor düzeyi aralığı bulunmaktadır. 0-9 puan: normal, 10-18 puanlar: hafif depresyonu, 19-29 puanlar: orta düzey depresyonu, 30-63: şiddetli depresyon göstermektedir. Ölçeğin başında yönergesi vardır. Ölçeği dolduran katılımcılar kendi durumlarına uyan ifadeleri işaretler. Beck depresyon ölçeğinin Nesrin Hisli tarafından Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin bilgisayar ve kâğıt formları olarak farklı kullanım şekilleri bulunmaktadır (Hisli, 1989: 3-13). Ölçekte Türkçe

geçerliliği ve güvenilirlik çalışmasındaki kesme puanı ise araştırmalarda farklılık gösterebilse de 17 puanın yeterli olabileceği belirtilmektedir (Hisli, 1989:3-13).

2.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Kısa Ölçeği

Ölçek LeBeau ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Evren ve ark., tarafından ölçeğin kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Evren et al., 2016; LeBeau et al., 2014). Ölçek 9 sorudan ve tek boyuttan oluşan likert tipte bir ölçektir. Ölçek 0 puan “Hiç”, 4 puan “Aşırı” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme değeri 24 puan olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça travma sonrası stres bozukluğu artmaktadır. Ölçek toplam puan aralığı 0-36’dır. Evren ve ark. tarafından ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0.87 olarak belirlenmiştir (Evren vd., 2016). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği 1988 yılında Zimet ve ark. tarafından geliştirilen ve üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmeye yarayan kullanımı kolay ve kısa bir ölçektir (Zimet vd., 1988). Ölçek aileden, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği değerlendirmektedir. Ölçeğin güvenilirliği yüksek olarak bulunmuştur ($\alpha=0,89$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Eker ve Akar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Türkçe ölçeğin genel güvenilirliği yeterli olarak bulunmuştur ($\alpha=0,73$) (Eker vd., 1995).

2.3.5. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği – Kısa Formu

Baş çıkma stratejileri ölçeği Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin kısa formu olan ve yine Carver ve arkadaşları tarafından uzun formundan yola çıkarak az madde ile oluşturulan bir ölçektir (Carver & Scheier, 1994; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Bacanlı, Sürücü ve İlhan (2013) tarafından yapılmıştır (Bacalı ve ark., 2013). Ölçek maddeleri orijinalinde olduğu gibi 4’lü likert tipi olarak hazırlanmıştır. 1. Asla böyle bir şey yapmam, 2. Çok az böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 4. Çoğunlukla böyle yaparım şeklinde puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin kısa formu her biri ikişer maddeli 14 boyuttan oluşan 28 maddelik kısa form oluşmaktadır. Bu boyutlar; Araçsal Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma,

Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlamadır. Analiz sonucunda 14 faktörün Başa çıkma stratejileri ölçeğine ait varyansın % 80.37'sini açıkladığı görülmüştür. Boyutlardan dördü (kendini sınırlandırma, olumlu yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanma ve planlama) hariç diğerlerinin özdeğerleri 1.0' ın üzerinde çıkmıştır. Başa çıkma stratejileri ölçeği boyutlarının iç tutarlık katsayılarının 0.39 ile 0.92 aralığında değiştiği görülmektedir. En yüksek iç tutarlık katsayısının Mizah (0.92), en düşük iç tutarlık katsayısının Kendini Sınırlandırma (0.39) boyutlarına ait olduğu görülmektedir. Uzun formunda olduğu gibi bu kısa formda da her bir alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Puanların düşüklüğü o boyutun az kullanıldığını, puanların yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığını işaret etmektedir. Başa çıkma stratejileri ölçeği uygulama yapılan gruptaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,70 olarak hesaplanmıştır. Güvenirlik katsayısı 0.70 ve üzeri olan ölçekler güvenilir olarak kabul edilir. Bu nedenle ölçeğin uygulama yapılan grupta güvenilir olduğunu söylemek de mümkündür.

2.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler toplanmadan önce İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 08.08.2022 tarihli 08 nolu kararı uyarınca araştırmanın yapılmasının etik olarak uygun olduğu kararı alınmıştır. Hastalar İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Kardiyoloji Enstitüsü hastanesinden takipli, önceden kalp krizi (MI) geçirmiş olup tedavisi ayaktan devam eden kalp hastalarından oluşturulmuştur. Ardından araştırma ölçekleri kâğıda basılı olarak aktarılıp, basit seçkisiz örnekleme yöntemi ile katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcılar ölçek sorularını cevaplamaya başlamadan önce Bilgilendirilmiş Onam Formu ile araştırmanın gönüllülük esaslı gerçekleştiği ve cevaplarının gizliliğinin korunacağı konusunda bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Katılımcılardan sırası ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Beck Depresyon Testi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Problemle Baş Etme Sitilleri ile ilgili ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Araştırma materyallerinin tamamlanma süresi ortalama olarak 30 dakikadır. Araştırma verileri Eylül 2022 ve Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.5. Veri Analizi

Veri analizi için SPSS 25 programı kullanılmıştır. Analizin ilk varsayımı olarak kabul edilen normal dağılım varsayımı kontrol edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 +2 referans

aralığında kaldığı görülmektedir (HahsVaughn vd., 2020). Bu iki değerlemenin sonucu olarak parametrik testlerin uygulanmasına karar verilmiştir.

Pearson korelasyon analizini uygulayarak değişkenler arasındaki ilişki, demografik değişkenlere göre ölçek puanlarını kıyaslamak için Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Çoklu Doğrusal Regresyon ile yordayıcılık test edilmiştir. Yapılan bu çalışma güven aralığı %95, p değeri 0.05'tir.



BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel analizlerine ilişkin bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 1

Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Basıklık	Çarpıklık
Beck Depresyon Ölçeği	-0.215	0.847
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	1.562	-0.793
Aile	0.533	-0.656
Arkadaş	0.834	-0.904
Özel İnsan	1.258	-1.066
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	-0.960	0.810
Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formu		
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	-0.427	-0.072
Mizah	-0.843	0.157
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	-0.635	0.313
Madde Kullanımı	-0.929	0.321
Kabullenme	-0.676	0.187
Diğer Etkinlikleri Bırakma	-0.835	0.116
Dine Yönelme	-0.970	0.112
Yadsıma	-1.027	0.092
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	-0.817	0.042
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	-0.912	0.267
Kendini Sınırlandırma	-0.895	0.162
Olumlu Yeniden Yorumlama	-0.650	-0.086
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	-0.903	0.023
Planlama	-0.707	-0.170

Tablo 2
Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	48	48.0
	Erkek	52	52.0
	Toplam	100	100.0
Medeni durum	Evli	82	82.0
	Bekar	8	8.0
	Boşanmış/Dul	10	10.0
	Toplam	100	100.0
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	40	40.0
	Ortaokul mezunu	12	12.0
	Lise mezunu	35	35.0
	Üniversite mezunu	13	13.0
	Toplam	100	100.0
Çalışma durumu	Evet	36	36.0
	Hayır	64	64.0
	Toplam	100	100.0
Gelir seviyesi	0-3000 TL	22	22.0
	3001-5000 TL	29	29.0
	5001-10000 TL	30	30.0
	10000 TL üzeri	19	19.0
	Toplam	100	100.0
Kalp krizi geçirme sayısı	1	69	69.0
	2	26	26.0
	3 ve üzeri	5	5.0
	Toplam	100	100.0
Birinci dereceden yakınlarınızdan kalp krizi geçiren kişi	Evet	73	73.0
	Hayır	27	27.0
	Toplam	100	100.0
İlk kalp krizinden sonra geçen süre	Bir aydan az	12	12.0
	Bir aydan fazla	11	11.0
	6 ay	25	25.0
	1 yıl ve üzeri	52	52.0
	Toplam	100	100.0
Psikiyatrik İlaç Tedavisi	Evet	28	28.0
	Hayır	72	72.0
	Toplam	100	100.0
Eğer psikiyatriste gittiyseniz ilaç tedavisine devam ediyor musunuz	Evet	13	13.0
	Hayır	87	87.0
	Toplam	100	100.0
Psikoterapi tedavisi	Evet	9	9.0
	Hayır	91	91.0
	Toplam	100	100.0
Psikoterapiye devam ediyor musunuz?	Evet	5	5.0
	Hayır	95	95.0
	Toplam	100	100.0
Aynı anda hem ilaç hem psikoterapi aldınız mı?	Evet	7	7.0
	Hayır	93	93.0
	Toplam	100	100.0
Şu anda hem psikoterapi hem de ilaç tedavisi alıyor musunuz?	Evet	4	4.0
	Hayır	96	96.0
	Toplam	100	100.0

Katılımcıların %48'i kadın, %52'si erkek, %82'si evli, %8'i bekar, %10'u boşanmış/dul, %40'ı ilkokul mezunu, %12'si ortaokul mezunu, %35'i lise mezunu, %13'ü üniversite mezunu, %36'sı çalışıyor, %64'ü çalışmıyor, %22'sinin gelir seviyesi 0-3000 TL arası, %29'unun gelir seviyesi 3001-5000 TL arası, %30'unun gelir seviyesi 5001-10000 TL

arası, %19'unun gelir seviyesi 10000 TL üzeri, %69'u 1 kez, %26'sı 2 kez, %5'i 3 ve üzeri sayıda kalp krizi geçirmiş, %73'ünün birinci dereeden yakınlarında kalp krizi geçiren var, %27'sinin yok, %12'si bir aydan az, %11'i bir aydan fazla, %25'i 6 ay, %52'si 1 yıl ve üzeri sürede ilk kalp krizini geçirmiş, %28'i daha önce psikiyatriste giderek ilaç tedavisi almış, %72'si almamış, %13'ü halen psikiyatristten ilaç tedavisine devam ediyor, %87'si etmiyor, %9'u psikoterapi almış, %91'i almamış, %5'i psikoterapiye devam ediyor, %95'i etmiyor, %7'si aynı anda hem psikoterapi hem de ilaç tedavisi almış, %93'ü almamış, %4'ü şuanda hem psikoterapi hem de ilaç tedavisi alıyor, %96'sı almıyor.

Tablo 3

Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı Değerler

	N	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
Yaş	100	35	81	58.49	10.14

Katılımcıların yaşlarının ortalaması ($\bar{X}$ =58.49, ss=10.14), en küçük yaş 35, en büyük yaş 81'dir.

Tablo 4

Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Tanımlayıcı Değerleri

	n	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
Beck Depresyon Ölçeği	100	2	42	15.46	9.63
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	100	12	84	63.05	13.63
Aile	100	4	28	21.34	4.81
Arkadaş	100	4	28	20.85	5.27
Özel İnsan	100	4	28	20.86	5.49
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	100	9	33	15.10	7.89
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	100	2	8	4.91	1.69
Mizah	100	2	8	4.48	1.69
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	100	2	8	4.63	1.72
Madde Kullanımı	100	2	8	4.24	1.83
Kabullenme	100	2	8	4.89	1.71
Diğer Etkinlikleri Bırakma	100	2	8	4.89	1.88
Dine Yönelme	100	2	8	5.03	1.89
Yadsıma	100	2	8	4.67	1.81
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	100	2	8	4.70	1.74
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	100	2	8	4.65	1.86
Kendini Sınırlandırma	100	2	8	4.84	1.87
Olumlu Yeniden Yorumlama	100	2	8	5.01	1.74
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	100	2	8	4.76	1.84
Planlama	100	2	8	5.11	1.77

Beck Depresyon Ölçeği ortalaması ($\bar{X}$ =15.46, ss=9.63), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ortalaması ($\bar{X}$ =63.05, SS=13.63), Aile ortalaması ($\bar{X}$ =21.34, ss=4.81), Arkadaş ortalaması ($\bar{X}$ =20.85, ss=5.27), Özel İnsan ortalaması ($\bar{X}$ =20.86, ss=5.49), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ortalaması ($\bar{X}$ =15.10, ss=7.89), Araçsal Olarak Sosyal Destek

Kullanma ortalaması ($\bar{X}=4.91$, $ss=1.69$), Mizah ortalaması ($\bar{X}=4.48$, $ss=1.69$), Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma ortalaması ($\bar{X}=4.63$, $ss=1.72$), Madde Kullanımı ortalaması ($\bar{X}=4.24$, $ss=1.83$), Kabullenme ortalaması ($\bar{X}=4.89$, $ss=1.71$), Diğer Etkinlikleri Bırakma ortalaması ($\bar{X}=4.89$, $ss=1.88$), Dine Yönelme ortalaması ($\bar{X}=5.03$, $ss=1.89$), Yadsıma ortalaması ($\bar{X}=4.67$, $ss=1.81$), Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme ortalaması ($\bar{X}=4.70$, $ss=1.74$), Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme ortalaması ($\bar{X}=4.65$, $ss=1.86$), Kendini Sınırlandırma ortalaması ($\bar{X}=4.84$, $SS=1.87$), Olumlu Yeniden Yorumlama ortalaması ($\bar{X}=5.01$, $ss=1.74$), Duygusal Sosyal Destek Kullanma ortalaması ($\bar{X}=4.76$, $ss=1.84$), Planlama ortalaması ($\bar{X}=5.11$, $ss=1.77$)’dir.

Korelasyon Analizi

Bu bölümde değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Tablo 5’de verilmiştir

Tablo 5

Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Form Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1-Beck Depresyon Ölçeği	1																			
2-Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	,54**	1																		
3-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	-,29**	-,35**	1																	
4-Aile	-,36**	-,36**	,87**	1																
5-Arkadaş	-,21*	-,33**	,91**	,75**	1															
6-Özel İnsan	-,21*	-,25*	,85**	,55**	,65**	1														
7-Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	-,03	,28**	-,22*	-,08	-,29**	-,19	1													
8-Mizah	,14	,37**	,04	,01	-,04	,14	,47**	1												
9-Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	,17	,22*	-,10	-,13	-,14	,00	,42**	,52**	1											
10-Madde Kullanımı	,07	,18	-,09	-,19	-,04	-,03	,13	,38**	,30**	1										
11-Kabullenme	-,01	,07	-,18	-,21*	-,16	-,11	,16	-,03	,04	,19	1									
12-Diğer Etkinlikleri Bırakma	,06	,22*	-,13	-,04	-,07	-,23*	,53**	,38**	,45**	,26**	,18	1								
13-Dine Yönelme	,01	,08	-,34**	-,28**	-,33**	-,29**	,29**	,16	,37**	,00	,40**	,25*	1							
14-Yadsıma	,14	,33**	-,22*	-,28**	-,23*	-,08	,32**	,35**	,31**	,34**	,12	,42**	,02	1						
15-Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	,30**	,31**	-,21*	-,31**	-,13	-,12	,15	,14	,24*	,29**	,25*	,14	,17	,49**	1					
16-Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	-,02	,22*	-,31**	-,11	-,38**	-,31**	,44**	,20	,16	,13	,10	,23*	,22*	,42**	,26**	1				
17-Kendini Sınırlandırma	,03	,22*	-,17	-,06	-,25*	-,14	,61**	,61**	,26**	,19	,31**	,35**	,33**	,17	,07	,33**	1			
18-Olumlu Yeniden Yorumlama	,02	,09	-,28**	-,15	-,35**	-,22*	,35**	,37**	,40**	,22*	,13	,39**	,28**	,31**	-,08	,37**	,50**	1		
19-Duygusal Sosyal Destek Kullanma	,01	,15	,17	,20*	,23*	,02	,34**	,48**	,46**	,30**	,17	,51**	,17	,24*	,09	,15	,25*	,42**	1	
20-Planlama	-,05	,10	-,19	-,06	-,30**	-,15	,55**	,32**	,20*	-,01	,20*	,37**	,30**	,31**	,19	,46**	,45**	,49**	,33**	1

**p<0.01, *p<0.05 Uygulanan testin ismi: Pearson Korelasyon Testi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği ($r=.54$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği ($r=-.29$, $p<0.01$), Aile ile Beck Depresyon Ölçeği ($r=-.36$, $p<0.01$), Arkadaş ile Beck Depresyon Ölçeği ($r=-.21$, $p<0.05$), Özel İnsan ile Beck Depresyon Ölçeği ($r=-.21$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme ile Beck Depresyon Ölçeği ($r=.30$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=-.35$, $p<0.01$), Aile ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=-.36$, $p<0.01$), Arkadaş ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=-.33$, $p<0.01$), Özel İnsan ile Travma Sonrası Stres

Bozukluğu Ölçeği ($r=-.25$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.28$, $p<0.01$), Mizah ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.37$, $p<0.01$), Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.22$, $p<0.05$), Diğer Etkinlikleri Bırakma ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.22$, $p<0.05$), Yadsıma ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.33$, $p<0.01$), Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.31$, $p<0.01$), Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.22$, $p<0.05$), Kendini Sınırlandırma ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ($r=.22$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-.22$, $p<0.05$), Dine Yönelme ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-.34$, $p<0.01$), Yadsıma ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-.22$, $p<0.05$), Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-.21$, $p<0.05$), Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-.31$, $p<0.01$), Olumlu Yeniden Yorumlama ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ($r=-.28$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar saptanmıştır.

Kabullenme ile Aile ($r=-.21$, $p<0.05$), Dine Yönelme ile Aile ($r=-.28$, $p<0.01$), Yadsıma ile Aile ($r=-.28$, $p<0.01$), Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme ile Aile ($r=-.31$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar, Duygusal Sosyal Destek Kullanma ile Aile ($r=.20$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma ile Arkadaş ($r=-.29$, $p<0.01$), Dine Yönelme ile Arkadaş ($r=-.33$, $p<0.01$), Yadsıma ile Arkadaş ($r=-.23$, $p<0.05$), Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme ile Arkadaş ($r=-.38$, $p<0.01$), Kendini Sınırlandırma ile Arkadaş ($r=-.25$, $p<0.05$), Olumlu Yeniden Yorumlama ile Arkadaş ($r=-.35$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar, Duygusal Sosyal Destek Kullanma ile Arkadaş ($r=.23$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon, Planlama ile Arkadaş ($r=-.30$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Diğer Etkinlikleri Bırakma ile Özel İnsan ($r=-.23$, $p<0.05$), Dine Yönelme ile Özel İnsan ($r=-.29$, $p<0.01$), Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme ile Özel İnsan ($r=-.31$, $p<0.01$), Olumlu Yeniden Yorumlama ile Özel İnsan ($r=-.22$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar saptanmıştır.

Regresyon Analizi

Bu bölümde değişkenler arasındaki yordayıcılığın incelenmesi için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Tablo 6 ve 7’de verilmiştir

Tablo 6

Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkmanın Tarzlarının Depresyonu Yordaması

	B	SH	β	t	p
(Sabit)	22.29	5.56		4.01	0.000*
Aile	-0.58	0.19	-0.29	-2.97	0.004*
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	1.18	0.54	0.21	2.19	0.031*
$R=.41$ $R^2=.15$ $F=9.74$ $p=0.000^*$					

* $p<0.05$ Uygulanan testin ismi: Adımlama Yöntemi: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi;

Aileden alınan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarından olan davranışsal olarak ilgiyi kesmenin depresyon için anlamlı yordayıcı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir ($R=.41$, $R^2=.15$, $p<0.05$). Elde edilmiş regresyon modelindeki bağımsız değişkenler depresyondaki değişimin %15’ini oluşturduğu saptanmıştır. Depresyon puanlarındaki değişimi en iyi açıklayan değişkenin aileden alınan sosyal destek olduğu saptanmıştır.

Tablo 7

Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkmanın Tarzlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Yordaması

	B	SH	β	t	P
(Sabit)	19.77	3.59		5.51	0.000*
Mizah	1.76	0.41	0.38	4.34	0.000*
Aile	-0.59	0.14	-0.36	-4.13	0.000*
$R=.52$ $R^2=.25$ $F=17.84$ $p=0.000^*$					

* $p<0.05$ Uygulanan testin ismi: Adımlama Yöntemi: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi;

Aileden alınan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarından olan mizahın travma sonrası stres bozukluğu için anlamlı yordayıcı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir ($R=.52$, $R^2=.25$, $p<0.05$). Elde edilmiş regresyon modelindeki bağımsız değişkenler depresyondaki değişimin

%25'ini oluşturduğu saptanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu puanlarındaki değişimi en iyi açıklayan değişkenin stresle başa çıkma tarzlarından olan mizah olduğu saptanmıştır.

Karşılaştırma Analizi

Bu bölümde Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun puanları demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA testi ile yapılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Tablo 6-19 arasında verilmiştir.

Tablo 8

Cinsiyete Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	P
Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	48	14.96	8.76	-0.50	98	0.619
	Erkek	52	15.92	10.44			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Kadın	48	68.94	10.01	4.61	91.414	0.000*
	Erkek	52	57.62	14.34			
Aile	Kadın	48	23.19	3.82	3.95	98	0.000*
	Erkek	52	19.63	5.04			
Arkadaş	Kadın	48	22.40	4.63	2.92	98	0.004*
	Erkek	52	19.42	5.47			
Özel İnsan	Kadın	48	23.35	3.17	4.95	77.457	0.000*
	Erkek	52	18.56	6.16			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Kadın	48	15.23	8.07	0.16	98	0.876
	Erkek	52	14.98	7.80			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Kadın	48	4.79	1.80	-0.67	98	0.505
	Erkek	52	5.02	1.60			
Mizah	Kadın	48	4.58	1.77	0.59	98	0.560
	Erkek	52	4.38	1.62			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Kadın	48	4.67	1.75	0.20	98	0.838
	Erkek	52	4.60	1.69			
Madde Kullanımı	Kadın	48	3.77	1.74	-2.53	98	0.013*
	Erkek	52	4.67	1.82			
Kabullenme	Kadın	48	4.60	1.69	-1.62	98	0.109
	Erkek	52	5.15	1.71			
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Kadın	48	4.67	1.86	-1.14	98	0.256
	Erkek	52	5.10	1.89			
Dine Yönelme	Kadın	48	4.65	1.85	-1.98	98	0.050
	Erkek	52	5.38	1.87			
Yadsıma	Kadın	48	4.50	1.89	-0.90	98	0.371
	Erkek	52	4.83	1.75			
Davranışsal Olarak İlgii Kesme	Kadın	48	4.58	1.64	-0.64	98	0.523
	Erkek	52	4.81	1.85			
Zihinsel Olarak İlgii Kesme	Kadın	48	4.46	1.83	-0.99	98	0.325
	Erkek	52	4.83	1.89			
Kendini Sınırlandırma	Kadın	48	4.33	1.96	-2.68	98	0.009*
	Erkek	52	5.31	1.67			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Kadın	48	4.71	1.86	-1.68	98	0.096
	Erkek	52	5.29	1.59			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Kadın	48	4.71	1.99	-0.27	98	0.789
	Erkek	52	4.81	1.70			
Planlama	Kadın	48	4.88	1.91	-1.28	98	0.203
	Erkek	52	5.33	1.62			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden ($t(91.414)=4.61$, $p<0.05$), Aile alt ölçeğinden ($t(98)=3.95$, $p<0.05$), Arkadaş alt ölçeğinden ($t(98)=2.92$, $p<0.05$), Özel İnsan aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($t(98)=-2.53$, $p<0.05$), Kendini Sınırlandırma alt ölçeğinden ($t(98)=-2.68$, $p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 9

Daha Önce Psikiyatriste Giderek İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	28	17.46	11.28	1.17	40.670	0.248
	Hayır	72	14.68	8.88			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	28	63.43	15.29	0.17	98	0.864
	Hayır	72	62.90	13.05			
Aile	Evet	28	20.75	5.30	-0.76	98	0.448
	Hayır	72	21.57	4.63			
Arkadaş	Evet	28	21.32	5.35	0.56	98	0.580
	Hayır	72	20.67	5.27			
Özel İnsan	Evet	28	21.36	5.46	0.56	98	0.575
	Hayır	72	20.67	5.53			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evet	28	17.32	9.12	1.60	40.904	0.116
	Hayır	72	14.24	7.24			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evet	28	4.25	1.86	-2.49	98	0.014*
	Hayır	72	5.17	1.57			
Mizah	Evet	28	4.36	1.70	-0.45	98	0.653
	Hayır	72	4.53	1.69			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	28	4.64	2.04	0.04	40.351	0.967
	Hayır	72	4.63	1.59			
Madde Kullanımı	Evet	28	5.00	2.16	2.35	39.210	0.024*
	Hayır	72	3.94	1.61			
Kabullenme	Evet	28	4.75	1.69	-0.51	98	0.612
	Hayır	72	4.94	1.73			

Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	28	4.75	2.29	-0.41	39.317	0.686
	Hayır	72	4.94	1.71			
Dine Yönelme	Evet	28	4.54	1.79	-1.65	98	0.103
	Hayır	72	5.22	1.90			
Yadsıma	Evet	28	4.54	2.12	-0.46	98	0.647
	Hayır	72	4.72	1.70			
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	28	4.64	1.89	-0.20	98	0.839
	Hayır	72	4.72	1.70			
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	28	4.00	1.81	-2.22	98	0.029*
	Hayır	72	4.90	1.83			
Kendini Sınırlandırma	Evet	28	4.57	1.93	-0.89	98	0.374
	Hayır	72	4.94	1.85			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	28	4.64	1.99	-1.32	98	0.189
	Hayır	72	5.15	1.62			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	28	4.46	1.79	-1.00	98	0.318
	Hayır	72	4.88	1.85			
Planlama	Evet	28	4.25	1.69	-3.17	98	0.002*
	Hayır	72	5.44	1.69			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile, Arkadaş, Özel İnsan, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma alt boyutu daha önce psikiyatriste giderek ilaç tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($t(39.210)=2.35$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar daha önce psikiyatriste giderek ilaç tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma alt ölçeğinden ($t(98)=-2.49$, $p < 0.05$), Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme alt ölçeğinden ($t(98)=-2.22$, $p < 0.05$), Planlama alt ölçeğinden ($t(98)=-3.17$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar daha önce psikiyatriste giderek ilaç tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 10

Eğer Psikiyatriste Gittiyseniz İlaç Tedavisine Devam Etme Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	13	21.00	10.64	2.27	98	0.025*
	Hayır	87	14.63	9.26			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	13	65.00	14.13	0.55	98	0.583
	Hayır	87	62.76	13.62			
Aile	Evet	13	20.77	5.17	-0.46	98	0.649
	Hayır	87	21.43	4.79			
Arkadaş	Evet	13	21.23	5.18	0.28	98	0.782
	Hayır	87	20.79	5.31			
Özel İnsan	Evet	13	23.00	4.85	1.52	98	0.132
	Hayır	87	20.54	5.53			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evet	13	19.62	9.16	2.26	98	0.026*
	Hayır	87	14.43	7.51			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evet	13	4.08	1.75	-1.93	98	0.057
	Hayır	87	5.03	1.66			
Mizah	Evet	13	3.85	1.52	-1.46	98	0.148
	Hayır	87	4.57	1.70			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	13	4.62	1.89	-0.03	98	0.974
	Hayır	87	4.63	1.70			
Madde Kullanımı	Evet	13	4.62	2.26	0.79	98	0.431
	Hayır	87	4.18	1.77			
Kabullenme	Evet	13	4.54	1.71	-0.79	98	0.430
	Hayır	87	4.94	1.71			
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	13	4.77	2.31	-0.25	98	0.805
	Hayır	87	4.91	1.82			
Dine Yönelme	Evet	13	4.38	1.71	-1.33	98	0.188
	Hayır	87	5.13	1.90			
Yadsıma	Evet	13	5.15	2.19	1.03	98	0.305
	Hayır	87	4.60	1.76			
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	13	4.31	2.06	-0.87	98	0.387
	Hayır	87	4.76	1.70			
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	13	4.08	1.75	-1.19	98	0.236
	Hayır	87	4.74	1.87			
Kendini Sınırlandırma	Evet	13	3.85	1.34	-2.09	98	0.040*
	Hayır	87	4.99	1.90			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	13	4.85	2.15	-0.36	98	0.717
	Hayır	87	5.03	1.68			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	13	4.31	1.80	-0.95	98	0.344
	Hayır	87	4.83	1.84			
Planlama	Evet	13	4.15	1.86	-2.13	98	0.036*
	Hayır	87	5.25	1.72			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile, Arkadaş, Özel İnsan, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma alt boyutu eğer psikiyatriste gittiyseniz ilaç tedavisine devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Beck Depresyon Ölçeğinden ($t(98)=2.27$, $p<0.05$), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden ($t(98)=2.26$, $p<0.05$) aldıkları puanlar eğer psikiyatriste gittiyseniz ilaç tedavisine devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Kendini Sınırlandırma alt ölçeğinden ($t(98)=-2.09$, $p<0.05$), Planlama alt ölçeğinden ($t(98)=-2.13$, $p<0.05$) aldıkları puanlar eğer psikiyatriste gittiyseniz ilaç tedavisine devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 11

Psikoterapi Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	T	Sd.	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	9	20.56	11.93	1.68	98	0.096
	Hayır	91	14.96	9.31			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	9	55.56	18.21	-1.75	98	0.084
	Hayır	91	63.79	12.99			
Aile	Evet	9	17.22	5.85	-2.78	98	0.007*
	Hayır	91	21.75	4.54			
Arkadaş	Evet	9	18.00	6.50	-1.72	98	0.089
	Hayır	91	21.13	5.09			
Özel İnsan	Evet	9	20.33	6.78	-0.30	98	0.765
	Hayır	91	20.91	5.39			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evet	9	26.22	7.00	4.93	98	0.000*
	Hayır	91	14.00	7.11			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evet	9	4.56	1.74	-0.66	98	0.513
	Hayır	91	4.95	1.70			
Mizah	Evet	9	5.00	1.58	0.97	98	0.336
	Hayır	91	4.43	1.70			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	9	5.00	2.18	0.68	98	0.500
	Hayır	91	4.59	1.67			
Madde Kullanımı	Evet	9	6.44	1.51	4.07	98	0.000*
	Hayır	91	4.02	1.72			
Kabullenme	Evet	9	6.00	1.00	3.21	13.338	0.007*
	Hayır	91	4.78	1.73			
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	9	6.11	2.42	2.08	98	0.040*
	Hayır	91	4.77	1.79			
Dine Yönelme	Evet	9	5.00	1.50	-0.05	98	0.960
	Hayır	91	5.03	1.93			
Yadsıma	Evet	9	5.56	2.35	1.55	98	0.126
	Hayır	91	4.58	1.75			
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	9	4.78	2.44	0.14	98	0.889
	Hayır	91	4.69	1.68			
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	9	4.44	1.94	-0.35	98	0.730
	Hayır	91	4.67	1.86			

Kendini Sınırlandırma	Evet	9	4.89	1.76	0.08	98	0.935
	Hayır	91	4.84	1.89			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	9	5.22	2.17	0.38	98	0.703
	Hayır	91	4.99	1.70			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	9	5.22	1.92	0.79	98	0.432
	Hayır	91	4.71	1.83			
Planlama	Evet	9	4.56	1.33	-0.99	98	0.327
	Hayır	91	5.16	1.80			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Arkadaş, Özel İnsan, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden ($t(98)=4.93$, $p < 0.05$), Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($t(98)=4.07$, $p < 0.05$), Kabullenme alt ölçeğinden ($t(13.338)=3.21$, $p < 0.05$), Diğer Etkinlikleri Bırakma alt ölçeğinden ($t(98)=2.08$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Aile alt ölçeğinden ($t(98)=-2.78$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 12

Psikoterapiye Devam Etme Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	T	Sd.	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	5	22.40	8.99	1.67	98	0.099
	Hayır	95	15.09	9.57			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	5	60.60	4.83	-1.00	8.218	0.348
	Hayır	95	63.18	13.94			
Aile	Evet	5	18.00	3.08	-1.60	98	0.112
	Hayır	95	21.52	4.84			
Arkadaş	Evet	5	19.80	3.56	-0.45	98	0.650
	Hayır	95	20.91	5.36			
Özel İnsan	Evet	5	22.80	1.79	0.81	98	0.420
	Hayır	95	20.76	5.60			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evet	5	28.00	2.83	9.18	7.439	0.000*
	Hayır	95	14.42	7.48			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evet	5	5.00	2.00	0.12	98	0.904
	Hayır	95	4.91	1.69			
Mizah	Evet	5	5.40	1.34	1.25	98	0.214
	Hayır	95	4.43	1.70			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	5	6.60	0.89	2.72	98	0.008*
	Hayır	95	4.53	1.69			
Madde Kullanımı	Evet	5	6.80	0.45	9.96	13.032	0.000*
	Hayır	95	4.11	1.78			
Kabullenme	Evet	5	5.60	0.55	2.46	9.296	0.035*
	Hayır	95	4.85	1.74			
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	5	7.60	0.55	3.49	98	0.001*
	Hayır	95	4.75	1.82			
Dine Yönelme	Evet	5	4.80	1.30	-0.28	98	0.781
	Hayır	95	5.04	1.92			
Yadsıma	Evet	5	7.40	0.89	3.66	98	0.000*
	Hayır	95	4.53	1.74			
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	5	5.60	1.95	1.19	98	0.238
	Hayır	95	4.65	1.73			
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	5	5.80	1.30	1.43	98	0.157
	Hayır	95	4.59	1.87			
Kendini Sınırlandırma	Evet	5	4.80	1.30	-0.05	98	0.961
	Hayır	95	4.84	1.90			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	5	6.80	1.30	2.42	98	0.017*
	Hayır	95	4.92	1.71			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	5	6.00	1.58	1.56	98	0.122
	Hayır	95	4.69	1.83			
Planlama	Evet	5	4.80	1.10	-0.40	98	0.690
	Hayır	95	5.13	1.80			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile, Arkadaş, Özel İnsan, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Dine Yönelme, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu psikoterapiye devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden ($t(7.439)=9.18, p<0.05$), Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma alt ölçeğinden ($t(98)=2.72, p<0.05$), Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($t(13.032)=9.96, p<0.05$), Kabullenme alt ölçeğinden ($t(9.296)=2.46, p<0.05$), Diğer Etkinlikleri Bırakma alt ölçeğinden ($t(98)=3.49, p<0.05$), Yadsıma alt ölçeğinden ($t(98)=3.66, p<0.05$), Olumlu Yeniden Yorumlama alt ölçeğinden ($t(98)=2.42, p<0.05$) aldıkları puanlar psikoterapiye devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 13

Aynı Anda Hem İlaç Hem de Psikoterapi Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	T	Sd.	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	7	24.00	11.25	2.50	98	0.014*
	Hayır	93	14.82	9.25			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	7	51.43	18.75	-2.39	98	0.019*
	Hayır	93	63.92	12.89			
Aile	Evet	7	15.71	5.79	-3.37	98	0.001*
	Hayır	93	21.76	4.49			
Arkadaş	Evet	7	16.57	6.75	-2.27	98	0.025*
	Hayır	93	21.17	5.04			
Özel İnsan	Evet	7	19.14	7.29	-0.86	98	0.393
	Hayır	93	20.99	5.36			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evet	7	28.57	3.05	10.56	11.921	0.000*
	Hayır	93	14.09	7.18			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evet	7	4.57	1.99	-0.55	98	0.586
	Hayır	93	4.94	1.68			
Mizah	Evet	7	5.00	1.73	0.84	98	0.401
	Hayır	93	4.44	1.69			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	7	5.86	1.57	1.99	98	0.049*
	Hayır	93	4.54	1.70			
Madde Kullanımı	Evet	7	6.57	1.27	3.71	98	0.000*
	Hayır	93	4.06	1.75			
Kabullenme	Evet	7	5.86	1.07	1.56	98	0.121
	Hayır	93	4.82	1.73			
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	7	6.86	2.19	2.98	98	0.004*
	Hayır	93	4.74	1.78			
Dine Yönelme	Evet	7	5.14	1.68	0.16	98	0.871
	Hayır	93	5.02	1.91			
Yadsıma	Evet	7	6.14	2.34	2.27	98	0.025*
	Hayır	93	4.56	1.73			
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	7	5.57	2.15	1.38	98	0.172
	Hayır	93	4.63	1.71			
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	7	5.00	1.83	0.51	98	0.608
	Hayır	93	4.62	1.87			
Kendini Sınırlandırma	Evet	7	4.43	1.51	-0.60	98	0.550
	Hayır	93	4.87	1.90			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	7	5.71	2.21	1.11	98	0.268
	Hayır	93	4.96	1.70			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	7	5.43	1.99	1.00	98	0.321
	Hayır	93	4.71	1.83			
Planlama	Evet	7	4.57	1.51	-0.83	98	0.406
	Hayır	93	5.15	1.79			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Özel İnsan, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Kabullenme, Dine Yönelme, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu aynı anda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Beck Depresyon Ölçeğinden ($t(98)=2.50$, $p<0.05$), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden ($t(11.921)=10.56$, $p<0.05$), Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma alt ölçeğinden ($t(98)=1.99$, $p<0.05$), Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($t(98)=3.71$, $p<0.05$), Diğer Etkinlikleri Bırakma alt ölçeğinden ($t(98)=2.98$, $p<0.05$), Yadsıma alt ölçeğinden ($t(98)=2.27$, $p<0.05$) aldıkları puanlar aynı anda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden ($t(98)=-2.39$, $p<0.05$), Aile alt ölçeğinden ($t(98)=-3.37$, $p<0.05$), Arkadaş alt ölçeğinden ($t(98)=-2.27$, $p<0.05$) aldıkları puanlar aynı anda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 14

Şu an da Hem İlaç Hem de Psikoterapi Tedavisi Alma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	P
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	4	25.75	5.74	2.22	98	0.029*
	Hayır	96	15.03	9.54			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evet	4	58.50	1.29	-3.04	58.598	0.003*
	Hayır	96	63.24	13.88			
Aile	Evet	4	16.75	1.50	-1.97	98	0.051
	Hayır	96	21.53	4.81			
Arkadaş	Evet	4	18.25	0.96	-3.73	15.094	0.002*
	Hayır	96	20.96	5.35			
Özel İnsan	Evet	4	23.50	1.00	3.63	14.993	0.002*
	Hayır	96	20.75	5.57			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evet	4	27.00	2.00	9.77	7.682	0.000*
	Hayır	96	14.60	7.65			
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evet	4	4.75	2.22	-0.19	98	0.848
	Hayır	96	4.92	1.68			
Mizah	Evet	4	5.00	1.15	0.63	98	0.533
	Hayır	96	4.46	1.71			
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	4	6.75	0.96	2.59	98	0.011*
	Hayır	96	4.54	1.69			
Madde Kullanımı	Evet	4	6.75	0.50	8.44	7.010	0.000*
	Hayır	96	4.14	1.79			
Kabullenme	Evet	4	5.75	0.50	1.03	98	0.307
	Hayır	96	4.85	1.73			
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	4	7.75	0.50	3.25	98	0.002*
	Hayır	96	4.77	1.82			
Dine Yönelme	Evet	4	4.75	1.50	-0.30	98	0.764
	Hayır	96	5.04	1.91			
Yadsıma	Evet	4	7.50	1.00	3.34	98	0.001*
	Hayır	96	4.55	1.75			
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	4	5.75	2.22	1.23	98	0.221
	Hayır	96	4.66	1.72			
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	4	5.25	0.50	1.98	7.569	0.085
	Hayır	96	4.63	1.89			
Kendini Sınırlandırma	Evet	4	4.50	1.29	-0.37	98	0.713
	Hayır	96	4.85	1.90			
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	4	7.25	0.96	2.71	98	0.008*
	Hayır	96	4.92	1.70			
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	4	5.50	1.29	0.82	98	0.414
	Hayır	96	4.73	1.86			
Planlama	Evet	4	4.50	1.00	-0.70	98	0.484
	Hayır	96	5.14	1.79			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Aile, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Kabullenme, Dine Yönelme, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu şu anda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Beck Depresyon Ölçeğinden ($t(98)=2.22$, $p<0.05$), Özel İnsan alt ölçeğinden ($t(14.993)=3.63$, $p<0.05$), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden ($t(7.682)=9.77$, $p<0.05$), Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma alt ölçeğinden ($t(98)=2.59$, $p<0.05$), Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($t(7.010)=8.44$, $p<0.05$), Diğer Etkinlikleri Bırakma alt ölçeğinden ($t(98)=3.25$, $p<0.05$), Yadsıma alt ölçeğinden ($t(98)=3.34$, $p<0.05$), Olumlu Yeniden Yorumlama alt ölçeğinden ($t(98)=2.71$, $p<0.05$) aldıkları puanlar şuanda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden ($t(58.598)=-3.04$, $p<0.05$), Arkadaş alt ölçeğinden ($t(15.094)=-3.73$, $p<0.05$) aldıkları puanlar şuanda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 15

Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	İlkokul mezunu	40	17.13	9.45	G.Arası	360.19	3	120.06	1.31	0.277
	Ortaokul mezunu	12	11.67	8.65	G.İçi	8828.65	96	91.97		
	Lise mezunu	35	15.74	10.37	Toplam	9188.84	99			
	Üniversite mezunu	13	13.08	8.50						
	Toplam	100	15.46	9.63						
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	İlkokul mezunu	40	61.58	15.74	G.Arası	306.96	3	102.32	0.54	0.654
	Ortaokul mezunu	12	67.25	13.82	G.İçi	18093.79	96	188.48		
	Lise mezunu	35	63.46	12.32	Toplam	18400.75	99			
	Üniversite mezunu	13	62.62	9.88						
	Toplam	100	63.05	13.63						
Aile	İlkokul mezunu	40	21.28	5.38	G.Arası	4.87	3	1.62	0.07	0.977
	Ortaokul mezunu	12	21.92	5.84	G.İçi	2289.57	96	23.85		
	Lise mezunu	35	21.20	4.38	Toplam	2294.44	99			
	Üniversite mezunu	13	21.38	3.33						
	Toplam	100	21.34	4.81						
Arkadaş	İlkokul mezunu	40	20.60	5.78	G.Arası	18.26	3	6.09	0.21	0.887
	Ortaokul mezunu	12	21.92	5.58	G.İçi	2734.49	96	28.48		
	Lise mezunu	35	20.91	5.26	Toplam	2752.75	99			
	Üniversite mezunu	13	20.46	3.50						
	Toplam	100	20.85	5.27						
Özel İnsan	İlkokul mezunu	40	19.70	6.48	G.Arası	140.53	3	46.84	1.58	0.199
	Ortaokul mezunu	12	23.42	2.94	G.İçi	2841.51	96	29.60		
	Lise mezunu	35	21.34	4.21	Toplam	2982.04	99			
	Üniversite mezunu	13	20.77	6.51						
	Toplam	100	20.86	5.49						
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	İlkokul mezunu	40	13.48	7.63	G.Arası	378.31	3	126.10	2.09	0.106
	Ortaokul mezunu	12	12.92	7.45	G.İçi	5782.69	96	60.24		
	Lise mezunu	35	17.57	8.00	Toplam	6161.00	99			
	Üniversite mezunu	13	15.46	7.75						
	Toplam	100	15.10	7.89						

Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	İlkokul mezunu	40	4.48	1.74	G.Arası	18.90	3	6.30	2.28	0.084
	Ortaokul mezunu	12	5.17	1.75	G.İçi	265.29	96	2.76		
	Lise mezunu	35	5.43	1.56	Toplam	284.19	99			
	Üniversite mezunu	13	4.62	1.61						
	Toplam	100	4.91	1.69						
Mizah	İlkokul mezunu	40	4.05	1.83	G.Arası	20.28	3	6.76	2.47	0.067
	Ortaokul mezunu	12	4.17	1.95	G.İçi	262.68	96	2.74		
	Lise mezunu	35	5.06	1.45	Toplam	282.96	99			
	Üniversite mezunu	13	4.54	1.27						
	Toplam	100	4.48	1.69						
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	İlkokul mezunu	40	4.30	1.56	G.Arası	11.01	3	3.67	1.26	0.294
	Ortaokul mezunu	12	5.33	1.78	G.İçi	280.30	96	2.92		
	Lise mezunu	35	4.69	1.51	Toplam	291.31	99			
	Üniversite mezunu	13	4.85	2.48						
	Toplam	100	4.63	1.72						
Madde Kullanımı	İlkokul mezunu	40	4.15	1.76	G.Arası	13.38	3	4.46	1.34	0.265
	Ortaokul mezunu	12	3.67	1.61	G.İçi	318.86	96	3.32		
	Lise mezunu	35	4.23	1.80	Toplam	332.24	99			
	Üniversite mezunu	13	5.08	2.22						
	Toplam	100	4.24	1.83						
Kabullenme	İlkokul mezunu	40	4.68	1.76	G.Arası	21.58	3	7.19	2.57	0.058
	Ortaokul mezunu	12	4.58	1.38	G.İçi	268.21	96	2.79		
	Lise mezunu	35	4.80	1.76	Toplam	289.79	99			
	Üniversite mezunu	13	6.08	1.32						
	Toplam	100	4.89	1.71						
Diğer Etkinlikleri Bırakma	İlkokul mezunu	40	4.48	1.88	G.Arası	18.51	3	6.17	1.79	0.155
	Ortaokul mezunu	12	5.25	2.09	G.İçi	331.28	96	3.45		
	Lise mezunu	35	4.91	1.69	Toplam	349.79	99			
	Üniversite mezunu	13	5.77	2.01						
	Toplam	100	4.89	1.88						
Dine Yönelme	İlkokul mezunu	40	4.58	1.92	G.Arası	29.77	3	9.92	2.95	0.037*
	Ortaokul mezunu	12	6.25	2.01	G.İçi	323.14	96	3.37		
	Lise mezunu	35	4.94	1.68	Toplam	352.91	99			
	Üniversite mezunu	13	5.54	1.81						
	Toplam	100	5.03	1.89						
Yadsıma	İlkokul mezunu	40	4.58	1.84	G.Arası	12.36	3	4.12	1.26	0.292
	Ortaokul mezunu	12	4.00	1.60	G.İçi	313.75	96	3.27		
	Lise mezunu	35	5.09	1.58	Toplam	326.11	99			
	Üniversite mezunu	13	4.46	2.40						
	Toplam	100	4.67	1.81						
Davranışsal Olarak İlgili Kesme	İlkokul mezunu	40	4.73	1.74	G.Arası	19.71	3	6.57	2.24	0.088
	Ortaokul mezunu	12	4.50	1.88	G.İçi	281.29	96	2.93		
	Lise mezunu	35	5.11	1.55	Toplam	301.00	99			
	Üniversite mezunu	13	3.69	1.89						
	Toplam	100	4.70	1.74						
Zihinsel Olarak İlgili Kesme	İlkokul mezunu	40	4.63	2.12	G.Arası	8.26	3	2.75	0.79	0.502
	Ortaokul mezunu	12	4.00	1.86	G.İçi	334.49	96	3.48		
	Lise mezunu	35	4.94	1.70	Toplam	342.75	99			
	Üniversite mezunu	13	4.54	1.39						
	Toplam	100	4.65	1.86						
Kendini Sınırlandırma	İlkokul mezunu	40	4.18	1.82	G.Arası	36.13	3	12.04	3.71	0.014*
	Ortaokul mezunu	12	4.83	1.70	G.İçi	311.31	96	3.24		
	Lise mezunu	35	5.23	1.78	Toplam	347.44	99			
	Üniversite mezunu	13	5.85	1.86						
	Toplam	100	4.84	1.87						
Olumlu Yeniden Yorumlama	İlkokul mezunu	40	4.50	1.83	G.Arası	25.26	3	8.42	2.95	0.036*
	Ortaokul mezunu	12	5.58	1.68	G.İçi	273.73	96	2.85		
	Lise mezunu	35	5.06	1.53	Toplam	298.99	99			
	Üniversite mezunu	13	5.92	1.66						
	Toplam	100	5.01	1.74						
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	İlkokul mezunu	40	4.58	2.00	G.Arası	2.89	3	0.96	0.28	0.840
	Ortaokul mezunu	12	4.92	2.39	G.İçi	331.35	96	3.45		
	Lise mezunu	35	4.94	1.64	Toplam	334.24	99			
	Üniversite mezunu	13	4.69	1.32						
	Toplam	100	4.76	1.84						
Planlama	İlkokul mezunu	40	4.70	1.94	G.Arası	25.92	3	8.64	2.92	0.038*
	Ortaokul mezunu	12	5.83	1.64	G.İçi	283.87	96	2.96		
	Lise mezunu	35	5.57	1.56	Toplam	309.79	99			
	Üniversite mezunu	13	4.46	1.45						
	Toplam	100	5.11	1.77						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile, Arkadaş, Özel İnsan, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Duygusal Sosyal Destek Kullanma alt boyutu eğitim durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Dine Yönelme alt ölçeğinden ($F(3.96)=2.95$, $p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ortaokul mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kendini Sınırlandırma alt ölçeğinden ($F(3.96)=3.71$, $p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, üniversite mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Olumlu Yeniden Yorumlama alt ölçeğinden ($F(3.96)=2.95$, $p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, üniversite mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Planlama alt ölçeğinden ($F(3.96)=2.92$, $p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ortaokul ve lise mezunu olanların aldığı puanların üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 16
**Medeni Duruma Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-
Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri
Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evli	82	14.89	9.74	G.Arası	592.33	2	296.16	3.34	0.039*
	Bekar	8	12.50	2.56	G.İçi	8596.51	97	88.62		
	Boşanmış/Dul	10	22.50	9.81	Toplam	9188.84	99			
	Toplam	100	15.46	9.63						
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Evli	82	65.89	12.50	G.Arası	3765.96	2	1882.98	12.48	0.000*
	Bekar	8	52.63	6.99	G.İçi	14634.79	97	150.87		
	Boşanmış/Dul	10	48.10	13.51	Toplam	18400.75	99			
	Toplam	100	63.05	13.63						
Aile	Evli	82	21.93	4.70	G.Arası	219.38	2	109.69	5.13	0.008*
	Bekar	8	20.75	3.37	G.İçi	2075.06	97	21.39		
	Boşanmış/Dul	10	17.00	4.81	Toplam	2294.44	99			
	Toplam	100	21.34	4.81						
Arkadaş	Evli	82	22.15	4.47	G.Arası	774.91	2	387.45	19.00	0.000*
	Bekar	8	15.75	3.88	G.İçi	1977.84	97	20.39		
	Boşanmış/Dul	10	14.30	5.33	Toplam	2752.75	99			
	Toplam	100	20.85	5.27						
Özel İnsan	Evli	82	21.82	5.04	G.Arası	419.31	2	209.65	7.94	0.001*
	Bekar	8	16.13	6.45	G.İçi	2562.73	97	26.42		
	Boşanmış/Dul	10	16.80	4.92	Toplam	2982.04	99			
	Toplam	100	20.86	5.49						
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	Evli	82	14.07	7.39	G.Arası	563.46	2	281.73	4.88	0.010*
	Bekar	8	17.38	7.42	G.İçi	5597.54	97	57.71		
	Boşanmış/Dul	10	21.70	9.37	Toplam	6161.00	99			
	Toplam	100	15.10	7.89						
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	Evli	82	4.74	1.60	G.Arası	22.57	2	11.28	4.18	0.018*
	Bekar	8	6.50	2.07	G.İçi	261.62	97	2.70		
	Boşanmış/Dul	10	5.00	1.63	Toplam	284.19	99			
	Toplam	100	4.91	1.69						
Mizah	Evli	82	4.44	1.62	G.Arası	2.36	2	1.18	0.41	0.666
	Bekar	8	5.00	1.85	G.İçi	280.60	97	2.89		
	Boşanmış/Dul	10	4.40	2.22	Toplam	282.96	99			
	Toplam	100	4.48	1.69						
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evli	82	4.61	1.70	G.Arası	2.52	2	1.26	0.42	0.656
	Bekar	8	5.13	2.03	G.İçi	288.79	97	2.98		
	Boşanmış/Dul	10	4.40	1.71	Toplam	291.31	99			
	Toplam	100	4.63	1.72						
Madde Kullanımı	Evli	82	4.45	1.79	G.Arası	20.46	2	10.23	3.18	0.046*
	Bekar	8	3.38	1.51	G.İçi	311.78	97	3.21		
	Boşanmış/Dul	10	3.20	1.99	Toplam	332.24	99			
	Toplam	100	4.24	1.83						
Kabullenme	Evli	82	4.79	1.65	G.Arası	5.54	2	2.77	0.95	0.392
	Bekar	8	5.63	2.20	G.İçi	284.25	97	2.93		
	Boşanmış/Dul	10	5.10	1.79	Toplam	289.79	99			
	Toplam	100	4.89	1.71						
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evli	82	4.82	1.81	G.Arası	11.13	2	5.57	1.59	0.208
	Bekar	8	6.00	2.20	G.İçi	338.66	97	3.49		
	Boşanmış/Dul	10	4.60	2.12	Toplam	349.79	99			
	Toplam	100	4.89	1.88						
Dine Yönelme	Evli	82	4.73	1.78	G.Arası	40.81	2	20.41	6.34	0.003*
	Bekar	8	6.25	1.91	G.İçi	312.10	97	3.22		
	Boşanmış/Dul	10	6.50	1.84	Toplam	352.91	99			
	Toplam	100	5.03	1.89						
Yadsıma	Evli	82	4.59	1.79	G.Arası	12.61	2	6.30	1.95	0.148
	Bekar	8	4.25	2.05	G.İçi	313.50	97	3.23		
	Boşanmış/Dul	10	5.70	1.64	Toplam	326.11	99			
	Toplam	100	4.67	1.81						
Davranışsal Olarak İlgii Kesme	Evli	82	4.60	1.65	G.Arası	39.01	2	19.50	7.22	0.001*
	Bekar	8	3.63	1.60	G.İçi	261.99	97	2.70		
	Boşanmış/Dul	10	6.40	1.58	Toplam	301.00	99			
	Toplam	100	4.70	1.74						

Zihinsel Olarak İlgii Kesme	Evli	82	4.34	1.75	G.Arası	43.41	2	21.71	7.03	0.001*
	Bekar	8	6.00	1.69	G.İçi	299.34	97	3.09		
	Boşanmış/Dul	10	6.10	1.85	Toplam	342.75	99			
	Toplam	100	4.65	1.86						
Kendini Sınırlandırma	Evli	82	4.63	1.80	G.Arası	50.52	2	25.26	8.25	0.000*
	Bekar	8	7.25	1.39	G.İçi	296.92	97	3.06		
	Boşanmış/Dul	10	4.60	1.58	Toplam	347.44	99			
	Toplam	100	4.84	1.87						
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evli	82	5.00	1.81	G.Arası	12.89	2	6.45	2.19	0.118
	Bekar	8	6.00	1.31	G.İçi	286.10	97	2.95		
	Boşanmış/Dul	10	4.30	0.95	Toplam	298.99	99			
	Toplam	100	5.01	1.74						
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evli	82	4.98	1.85	G.Arası	21.51	2	10.76	3.34	0.040*
	Bekar	8	3.63	1.51	G.İçi	312.73	97	3.22		
	Boşanmış/Dul	10	3.90	1.52	Toplam	334.24	99			
	Toplam	100	4.76	1.84						
Planlama	Evli	82	4.88	1.67	G.Arası	25.73	2	12.87	4.39	0.015*
	Bekar	8	5.88	1.96	G.İçi	284.06	97	2.93		
	Boşanmış/Dul	10	6.40	1.84	Toplam	309.79	99			
	Toplam	100	5.11	1.77						

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Yadsıma, Olumlu Yeniden Yorumlama alt boyutu medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Beck Depresyon Ölçeğinden ($F(2.97)=3.34$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların bekar olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden ($F(2.97)=12.48$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evli olanların aldığı puanların bekar ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Aile alt ölçeğinden ($F(2.97)=5.13$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evli olanların

aldığı puanların boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Arkadaş alt ölçeğinden ($F(2.97)=19.00$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evli olanların aldığı puanların bekar ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Özel İnsan alt ölçeğinden ($F(2.97)=7.94$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evli olanların aldığı puanların bekar ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden ($F(2.97)=4.88$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma alt ölçeğinden ($F(2.97)=4.18$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bekar olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($F(2.97)=3.18$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evli olanların aldığı puanların bekar ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Dine Yönelme alt ölçeğinden ($F(2.97)=6.34, p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme alt ölçeğinden ($F(2.97)=7.22, p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların bekar ve evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme alt ölçeğinden ($F(2.97)=7.03, p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bekar ve boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kendini Sınırlandırma alt ölçeğinden ($F(2.97)=8.25, p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bekar olanların aldığı puanların evli ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal Sosyal Destek Kullanma alt ölçeğinden ($F(2.97)=3.34, p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evli olanların aldığı puanların bekar ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Planlama alt ölçeğinden ($F(2.97)=4.39, p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin

varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 17
Gelir Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği- Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	0-3000 TL	22	14.09	7.39	G.Arası	97.98	3	32.66	0.34	0.793
	3001-5000 TL	29	16.79	10.71	G.İçi	9090.86	96	94.70		
	5001-10000 TL	30	15.07	10.08	Toplam	9188.84	99			
	10000 TL üzeri	19	15.63	9.97						
	Toplam	100	15.46	9.63						
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0-3000 TL	22	63.45	14.79	G.Arası	372.40	3	124.13	0.66	0.578
	3001-5000 TL	29	60.83	14.54	G.İçi	18028.35	96	187.80		
	5001-10000 TL	30	65.63	12.24	Toplam	18400.75	99			
	10000 TL üzeri	19	61.89	13.27						
	Toplam	100	63.05	13.63						
Aile	0-3000 TL	22	22.41	4.73	G.Arası	125.23	3	41.74	1.85	0.144
	3001-5000 TL	29	20.52	5.21	G.İçi	2169.21	96	22.60		
	5001-10000 TL	30	22.37	4.32	Toplam	2294.44	99			
	10000 TL üzeri	19	19.74	4.71						
	Toplam	100	21.34	4.81						
Arkadaş	0-3000 TL	22	20.73	6.03	G.Arası	108.76	3	36.25	1.32	0.274
	3001-5000 TL	29	19.83	5.81	G.İçi	2643.99	96	27.54		
	5001-10000 TL	30	22.37	4.21	Toplam	2752.75	99			
	10000 TL üzeri	19	20.16	4.84						
	Toplam	100	20.85	5.27						
Özel İnsan	0-3000 TL	22	20.32	5.50	G.Arası	35.33	3	11.78	0.38	0.765
	3001-5000 TL	29	20.48	5.89	G.İçi	2946.71	96	30.69		
	5001-10000 TL	30	20.90	5.76	Toplam	2982.04	99			
	10000 TL üzeri	19	22.00	4.58						
	Toplam	100	20.86	5.49						
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	0-3000 TL	22	13.23	6.79	G.Arası	159.06	3	53.02	0.85	0.471
	3001-5000 TL	29	16.72	9.03	G.İçi	6001.94	96	62.52		
	5001-10000 TL	30	14.73	7.92	Toplam	6161.00	99			
	10000 TL üzeri	19	15.37	7.20						
	Toplam	100	15.10	7.89						
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	0-3000 TL	22	4.41	1.79	G.Arası	12.82	3	4.27	1.51	0.216
	3001-5000 TL	29	4.86	1.79	G.İçi	271.37	96	2.83		
	5001-10000 TL	30	4.93	1.41	Toplam	284.19	99			
	10000 TL üzeri	19	5.53	1.78						
	Toplam	100	4.91	1.69						
Mizah	0-3000 TL	22	4.05	1.76	G.Arası	18.43	3	6.14	2.23	0.090
	3001-5000 TL	29	4.45	1.66	G.İçi	264.53	96	2.76		
	5001-10000 TL	30	4.30	1.64	Toplam	282.96	99			
	10000 TL üzeri	19	5.32	1.57						
	Toplam	100	4.48	1.69						
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	0-3000 TL	22	4.73	2.21	G.Arası	34.36	3	11.45	4.28	0.007*
	3001-5000 TL	29	4.41	1.12	G.İçi	256.95	96	2.68		
	5001-10000 TL	30	4.07	1.34	Toplam	291.31	99			
	10000 TL üzeri	19	5.74	1.94						
	Toplam	100	4.63	1.72						
Madde Kullanımı	0-3000 TL	22	3.09	1.31	G.Arası	64.13	3	21.38	7.65	0.000*
	3001-5000 TL	29	4.10	1.35	G.İçi	268.11	96	2.79		
	5001-10000 TL	30	4.37	1.94	Toplam	332.24	99			
	10000 TL üzeri	19	5.58	2.01						
	Toplam	100	4.24	1.83						
Kabullenme	0-3000 TL	22	4.55	1.74	G.Arası	27.93	3	9.31	3.41	0.021*
	3001-5000 TL	29	4.34	1.40	G.İçi	261.86	96	2.73		
	5001-10000 TL	30	5.10	1.88	Toplam	289.79	99			
	10000 TL üzeri	19	5.79	1.51						
	Toplam	100	4.89	1.71						
Diğer Etkinlikleri Bırakma	0-3000 TL	22	4.32	2.17	G.Arası	20.09	3	6.70	1.95	0.127
	3001-5000 TL	29	4.62	1.66	G.İçi	329.70	96	3.43		
	5001-10000 TL	30	5.13	1.74	Toplam	349.79	99			

	10000 TL üzeri	19	5.58	1.92						
	Toplam	100	4.89	1.88						
Dine Yönelme	0-3000 TL	22	5.41	2.24	G.Arası	14.65	3	4.88	1.39	0.252
	3001-5000 TL	29	4.52	1.74	G.İçi	338.26	96	3.52		
	5001-10000 TL	30	4.97	1.87	Toplam	352.91	99			
	10000 TL üzeri	19	5.47	1.61						
	Toplam	100	5.03	1.89						
Yadsıma	0-3000 TL	22	4.32	1.96	G.Arası	17.84	3	5.95	1.85	0.143
	3001-5000 TL	29	4.72	1.44	G.İçi	308.27	96	3.21		
	5001-10000 TL	30	4.37	1.81	Toplam	326.11	99			
	10000 TL üzeri	19	5.47	2.04						
	Toplam	100	4.67	1.81						
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	0-3000 TL	22	4.41	1.82	G.Arası	3.82	3	1.27	0.41	0.745
	3001-5000 TL	29	4.93	1.60	G.İçi	297.18	96	3.10		
	5001-10000 TL	30	4.77	1.87	Toplam	301.00	99			
	10000 TL üzeri	19	4.58	1.74						
	Toplam	100	4.70	1.74						
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	0-3000 TL	22	4.41	2.28	G.Arası	2.51	3	0.84	0.24	0.871
	3001-5000 TL	29	4.62	1.68	G.İçi	340.24	96	3.54		
	5001-10000 TL	30	4.70	1.82	Toplam	342.75	99			
	10000 TL üzeri	19	4.89	1.76						
	Toplam	100	4.65	1.86						
Kendini Sınırlandırma	0-3000 TL	22	4.18	1.87	G.Arası	33.43	3	11.14	3.41	0.021*
	3001-5000 TL	29	4.48	1.84	G.İçi	314.01	96	3.27		
	5001-10000 TL	30	5.03	1.77	Toplam	347.44	99			
	10000 TL üzeri	19	5.84	1.74						
	Toplam	100	4.84	1.87						
Olumlu Yeniden Yorumlama	0-3000 TL	22	4.86	1.67	G.Arası	8.94	3	2.98	0.99	0.402
	3001-5000 TL	29	4.66	1.80	G.İçi	290.05	96	3.02		
	5001-10000 TL	30	5.17	1.82	Toplam	298.99	99			
	10000 TL üzeri	19	5.47	1.58						
	Toplam	100	5.01	1.74						
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	0-3000 TL	22	4.95	2.01	G.Arası	20.54	3	6.85	2.10	0.106
	3001-5000 TL	29	4.17	1.79	G.İçi	313.70	96	3.27		
	5001-10000 TL	30	4.73	1.87	Toplam	334.24	99			
	10000 TL üzeri	19	5.47	1.43						
	Toplam	100	4.76	1.84						
Planlama	0-3000 TL	22	5.36	2.04	G.Arası	3.35	3	1.12	0.35	0.789
	3001-5000 TL	29	5.03	1.90	G.İçi	306.44	96	3.19		
	5001-10000 TL	30	4.90	1.60	Toplam	309.79	99			
	10000 TL üzeri	19	5.26	1.56						
	Toplam	100	5.11	1.77						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile, Arkadaş, Özel İnsan, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu gelir durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma alt ölçeğinden ($F(3.96)=4.28$, $p < 0.05$) elde edilen puanları gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p < 0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, 10000 TL ve üzeri geliri olanların aldığı

puanların 5001- 10000 TL arası geliri olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Madde Kullanımı alt ölçeğinden ($F(3.96)=7.65$, $p<0.05$) elde edilen puanları gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, 3001- 5000 TL, 5001- 10000 TL, 10000 TL ve üzeri geliri olanların aldığı puanların 0- 3000 TL arası geliri olanlara göre daha yüksek, 10000 TL ve üzeri geliri olanların aldığı puanların 3001- 5000 TL arası geliri olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kabullenme alt ölçeğinden ($F(3.96)=3.41$, $p<0.05$) elde edilen puanları gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, 10000 TL ve üzeri geliri olanların aldığı puanların 3001- 5000 TL arası geliri olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kendini Sınırlandırma alt ölçeğinden ($F(3.96)=3.41$, $p<0.05$) elde edilen puanları gelir durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, 10000 TL ve üzeri geliri olanların aldığı puanların 0- 3000 TL arası geliri olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19

Kalp Krizi Geçirme Sayısına Göre Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği-Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Stilleri Ölçeği-Kısa Formunun Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	1	69	15.32	9.32	G.Arası	32.62	2	16.31	0.17	0.842
	2	26	16.19	11.06	G.İçi	9156.22	97	94.39		
	3 ve üzeri	5	13.60	6.99	Toplam	9188.84	99			
	Toplam	100	15.46	9.63						
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	1	69	63.59	11.25	G.Arası	482.70	2	241.35	1.31	0.275
	2	26	60.23	18.53	G.İçi	17918.05	97	184.72		
	3 ve üzeri	5	70.20	13.42	Toplam	18400.75	99			
	Toplam	100	63.05	13.63						
Aile	1	69	21.57	4.32	G.Arası	34.22	2	17.11	0.73	0.482
	2	26	20.46	5.95	G.İçi	2260.22	97	23.30		
	3 ve üzeri	5	22.80	5.07	Toplam	2294.44	99			
	Toplam	100	21.34	4.81						
Arkadaş	1	69	21.26	4.52	G.Arası	101.11	2	50.55	1.85	0.163
	2	26	19.31	6.89	G.İçi	2651.64	97	27.34		

	3 ve üzeri	5	23.20	4.44	Toplam	2752.75	99			
	Toplam	100	20.85	5.27						
Özel İnsan	1	69	20.77	5.11	G.Arası	60.49	2	30.24	1.00	0.370
	2	26	20.46	6.54	G.İçi	2921.55	97	30.12		
	3 ve üzeri	5	24.20	4.27	Toplam	2982.04	99			
	Toplam	100	20.86	5.49						
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	1	69	15.14	7.41	G.Arası	15.71	2	7.86	0.12	0.884
	2	26	15.31	9.09	G.İçi	6145.29	97	63.35		
	3 ve üzeri	5	13.40	9.29	Toplam	6161.00	99			
	Toplam	100	15.10	7.89						
Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma	1	69	5.04	1.74	G.Arası	3.97	2	1.98	0.69	0.506
	2	26	4.62	1.58	G.İçi	280.22	97	2.89		
	3 ve üzeri	5	4.60	1.82	Toplam	284.19	99			
	Toplam	100	4.91	1.69						
Mizah	1	69	4.70	1.67	G.Arası	11.31	2	5.65	2.02	0.138
	2	26	4.08	1.72	G.İçi	271.65	97	2.80		
	3 ve üzeri	5	3.60	1.52	Toplam	282.96	99			
	Toplam	100	4.48	1.69						
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	1	69	4.72	1.84	G.Arası	2.00	2	1.00	0.33	0.716
	2	26	4.42	1.47	G.İçi	289.31	97	2.98		
	3 ve üzeri	5	4.40	1.14	Toplam	291.31	99			
	Toplam	100	4.63	1.72						
Madde Kullanımı	1	69	4.43	1.82	G.Arası	10.55	2	5.27	1.59	0.209
	2	26	3.69	1.69	G.İçi	321.69	97	3.32		
	3 ve üzeri	5	4.40	2.51	Toplam	332.24	99			
	Toplam	100	4.24	1.83						
Kabullenme	1	69	4.80	1.65	G.Arası	3.43	2	1.72	0.58	0.561
	2	26	5.00	1.79	G.İçi	286.36	97	2.95		
	3 ve üzeri	5	5.60	2.30	Toplam	289.79	99			
	Toplam	100	4.89	1.71						
Diğer Etkinlikleri Bırakma	1	69	5.16	1.96	G.Arası	16.23	2	8.11	2.36	0.100
	2	26	4.27	1.54	G.İçi	333.56	97	3.44		
	3 ve üzeri	5	4.40	1.82	Toplam	349.79	99			
	Toplam	100	4.89	1.88						
Dine Yönelme	1	69	4.77	1.86	G.Arası	15.54	2	7.77	2.23	0.113
	2	26	5.65	1.87	G.İçi	337.37	97	3.48		
	3 ve üzeri	5	5.40	1.82	Toplam	352.91	99			
	Toplam	100	5.03	1.89						
Yadsıma	1	69	4.62	1.84	G.Arası	8.71	2	4.35	1.33	0.269
	2	26	5.00	1.77	G.İçi	317.40	97	3.27		
	3 ve üzeri	5	3.60	1.52	Toplam	326.11	99			
	Toplam	100	4.67	1.81						
Davranışsal Olarak İlgili Kesme	1	69	4.52	1.67	G.Arası	8.54	2	4.27	1.42	0.247
	2	26	5.19	1.79	G.İçi	292.46	97	3.02		
	3 ve üzeri	5	4.60	2.41	Toplam	301.00	99			
	Toplam	100	4.70	1.74						
Zihinsel Olarak İlgili Kesme	1	69	4.49	1.82	G.Arası	7.65	2	3.82	1.11	0.335
	2	26	5.12	1.82	G.İçi	335.10	97	3.45		
	3 ve üzeri	5	4.40	2.61	Toplam	342.75	99			
	Toplam	100	4.65	1.86						
Kendini Sınırlandırma	1	69	5.07	1.95	G.Arası	12.49	2	6.24	1.81	0.169
	2	26	4.27	1.56	G.İçi	334.95	97	3.45		
	3 ve üzeri	5	4.60	1.95	Toplam	347.44	99			
	Toplam	100	4.84	1.87						
Olumlu Yeniden Yorumlama	1	69	5.14	1.70	G.Arası	8.78	2	4.39	1.47	0.236
	2	26	4.54	1.65	G.İçi	290.21	97	2.99		
	3 ve üzeri	5	5.60	2.51	Toplam	298.99	99			
	Toplam	100	5.01	1.74						
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	1	69	4.81	1.78	G.Arası	11.54	2	5.77	1.73	0.182
	2	26	4.38	1.83	G.İçi	322.70	97	3.33		
	3 ve üzeri	5	6.00	2.35	Toplam	334.24	99			
	Toplam	100	4.76	1.84						
Planlama	1	69	5.14	1.70	G.Arası	1.39	2	0.69	0.22	0.805
	2	26	5.12	2.01	G.İçi	308.40	97	3.18		
	3 ve üzeri	5	4.60	1.67	Toplam	309.79	99			
	Toplam	100	5.11	1.77						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile, Arkadaş, Özel İnsan, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Araçsal Olarak Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Planlama alt boyutu kalp krizi geçirme sayısı değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Mevcut araştırmanın amacına göre MI geçiren bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti şiddeti ile algılanan sosyal destek ve problem ile baş etme stilleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma değişkenlerinin sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı da araştırılmıştır. Bu bölümde, araştırma bulgularının literatür ışığında tartışılması yer almaktadır.

4.1. Betimsel İstatistiklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmada MI geçiren bireyin medeni durum değişkeni incelenmiştir. Elde edilen veriler kıyasladığımızda evli, bekar ve boşanmış bireyler arasında depresyon belirti şiddeti açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanlar bekar olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahiptir. Yani pek çok araştırmada görüldüğü gibi bizim çalışmamızın sonucunda da boşanmış olmak depresyon için anlamlı bir risk faktörü olarak görülmektedir. Hemşireler üzerine yapılmış olan bir çalışmada evli bireylerde tükenmişlik ve depresif ruh hali oranının daha düşük çıkmıştır. Bunu başkalarının sorumluluğunu üstlenmenin kazandırmış olduğu bir yaşam deneyiminden kaynaklandığı ve evli olanların, kişilerarası ilişki kurabilme yeteneklerinin ve problemler ile başa çıkma ve çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğunu ifade etmiştir (Maslach & Jackson, 1981). Yapılan başka bir araştırmada evli, çocukları olan bireylerin aile ve arkadaş sosyal desteği iyi iken depresyon düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Jongenelis et al., 2004; Kaneko, Motohashi, Sasaki, & Yamaji, 2007: 135-142). MI sonrası depresyon prevalansının araştırıldığı bir çalışmada depresyon oranı (%23) olarak saptanmış olup kadınlarda daha yaygın izlenmiştir. Depresyon, hastaların medeni durumu ile pozitif olarak ilişkili olup bekar veya dul olan hastalarda daha yaygın saptanmıştır (Figueiredo vd., 2017: 117-227).

Yapılan çalışmada kalp krizi geçiren hastaların, travma sonrası stres bozukluğu ölçeğinden elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre evli olmak koruyucu bir faktör iken boşanmış olmak risk faktörleri arasına girmektedir.

Literatüre baktığımızda pek çok çalışmada medeni durum farklılığının TSSB belirtileri açısından risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Brewin vd., 2000: 748). Bir başka araştırma, bekar olan bireylerin evli bireylere göre TSSB oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek

olduğunu saptamıştır (Dınvar, 2011). Yine TSSB ve TSSB sonrası büyüme ile ilgili yapılmış olan bir araştırmada travma yaşamış bireylerde medeni durumun anlamlı çıktığı aynı zamanda travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur (Bellizzi & Blank, 2006: 47).

Yapılan çalışmada MI geçiren hastalarda kullanılan baş etme stilleri incelenmiştir. Zihinsel olarak ilgiyi kesme alt ölçeğinden elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, bekar ve boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Boşanmış olanlar Zihinsel olarak ilgiyi kesme kullanmaktadır. Bu da olumsuz etkilemektedir. Kendini Sınırlandırma alt ölçeğinden elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, bekar olanların aldığı puanların evli ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal sosyal destek kullanma alt ölçeğinden elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, evli olanların aldığı puanların bekar ve boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Planlama alt ölçeğinden elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguları sonuçlarına göre, boşanmış/dul olanların aldığı puanların evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum kalp krizi geçiren hastalar arasında evli olanların boşanmış ya da bekar hastalara göre daha sağlıklı baş etme stilleri kullandıkları, başka bir deyişle bekar ve boşanmış olan hastaların daha işlevsiz baş etme stillerini kullandıklarını göstermektedir.

MI geçiren hastalarda cinsiyet değişkeni ile ilgili bulgulara göre; Depresyon, TSSB , araçsal olarak sosyal destek kullanma, mizah, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, kabullenme, diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme, yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanma, planlama alt boyutu cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek, aile, arkadaş, özel insan aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Madde kullanımı, kendini sınırlandırma alt ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek ortalama puanına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum bize erkek cinsiyetinin sağlıklı baş etme stillerini kullandıkları sonucu saptanmıştır. 460 MI geçiren hastanın dahil edilerek hastaların başa çıkma stratejilerinin incelendiği bir çalışma sonuçlarına göre düşük sosyal destek ve düşük sosyal destek memnuniyeti, daha düşük toplam başa çıkma ile ilişkilidir. Genç olmak, erkek cinsiyet ve miyokard infarktüsünden bu yana geçen süre, düşük pozitif başa çıkma stratejisi kullanımı ile ilişkilidir (Hildingh vd., 2007: 36). Deprem gibi büyük doğa olaylarının psikolojik olarak travmaya neden olduğu bilinmekte olup demografik özellikler açısından farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında kadın cinsiyetinin bu doğa olaylarından daha fazla etkilendiği ve erkeklere göre TSSB tanı kriterlerini daha çok karşıladığı çalışmalar tarafından tespit edilmiştir (Aksaray, Kortan, Erkaya, Yenilmez, & Kaptanoğlu, 2006; Tang, Deng, Glik, Dong, ve Zhang, 2017: 387-391).

Cinsiyet ve depresyon sıklığı arasında fark olmadığını belirtmekle beraber kadınları depresyon puanlarını erkeklerden yüksek olduğu savunan başka bir çalışma da mevcuttur (Kayahan ve Sertbaş, 2007: 52-61).AMI sonrası hastalarda depresyon prevalansının %19.4 olduğunu ve kadınların depresyondan etkilenme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Alvi ve Ahmed, 2016: 620-621).Yakın zamanlı yayınlanan bir metaanalizde Akut MI geçiren hastalarda depresyonun yaygın olduğu ve kadınların erkeklere göre daha yüksek risk altında olduğu gösterilmiştir (Khan vd., 2021). Başka bir çalışmaya göre, cinsiyet, sedanter yaşam tarzı, <60 yaş ve majör depresyon öyküsü varlığı, Akut MI sonrası artmış depresyon riski ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. MI sonrası depresyon prevalansı (%23) olarak saptanmış olup kadınlarda daha yaygın izlenmiştir. Depresyon, hastaların medeni durumu ile pozitif olarak ilişkili olup bekar veya dul olan hastalarda daha yaygın saptanmıştır (Figueiredo vd., 2017). Akut miyokard infarktüsü sonrası depresyon, kardiyak olaylar ve mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür ve erkeklerden daha fazla kadınları etkiler. AKS sonrası kadın hastaların %47'sinin hastaneye yatışları sırasında depresyon belirtileri gösterdiğini bildirilmiştir (Lespérance vd., 2000: 1354-1360).

1990 ile Ekim 2002 tarihleri arasında yayınlanmış 41 çalışmanın dahil edildiği miyokard infarktüsü sonrası başa çıkma ve sosyal destekte cinsiyet farklılıklarının incelendiği bir sistemik derlemede; iki çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla başa çıkma stratejisi kullandığı bildirilmiştir (Kristofferzon vd., 2003: 113-124).

Yapılmış olan bir araştırmada hastaların geçirmiş oldukları MI'dan bir ay sonraki sosyal destek derecelerini erkek-kadın şeklinde karşılaştırılmış. Elde edilen sonuçlara göre kadınların daha çok çevresindeki arkadaşlarından ve torunlarından erkeklerin ise daha çok eşlerinden destek gördükleri ortaya konulmuştur. Bununla birlikte kadınların sosyal destek düzeylerinin erkeklere oranla az olduğu, hayat kalitelerinin daha düşük olduğu , stresle etkili bir şekilde başa çıkma düzeylerinin ve hastalığa psikososyal uyumlarının daha zayıf olduğu ortaya konulmuştur (Kristofferzon vd., 2005: 637-375).

Araştırmanın bir diğer değişkeni olan TSSB düzeyi araştırıldığında cinsiyetle ilgili pek çok çelişkili bulgu ile karşılaşmak mümkündür. Kadınların TSSB açısından daha riskli olduğu bununla birlikte travma sonrası büyüme konusuna daha eğilimli olduklarını vurgulayan çalışmaların sayısı oldukça fazladır (Kleim vd., 2012), Bunun aksine kadın ve erkek cinsiyetleri açısından fark olmadığı sonucunu bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Polatinsky vd., 2000: 709-718).

Aile desteği faktörü kolektivist başa çıkma tarzlarının alt faktörlerinden biridir. Bu alt faktör bir çeşit sosyal destek alımını tanımlamaktadır. Literatürde travma sonrası büyüme ve sosyal destek ile ilişkili pek çok çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte travma sonrası büyüme olgusunda çevresel faktörlerin en az diğer faktörler kadar mühim olduğu savunulmaktadır. (Sheikh, 2004: 265-273). Ayrıca literatürdeki çalışmalar, travmatik olaylarla başa çıkma konusunda sosyal desteğin önemini ve etkisini oldukça önemsemiştir. Bu çalışmalar travma sonrası büyümede, sosyal destek önemli bir unsur olduğunu göstermektedir (Prati vd., 2009: 364-388).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin problem odaklı başa çıkma becerisi ile psikolojik sağlamlığı arasında pozitif korelasyon olduğu, kaçınmacı yaklaşım düzeyi ile psikolojik sağlamlık arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya koyulmuştur (Şahin vd., 2018). Kişilerin olaylara iyimser bakmaları, özgüvenli olmaları ve çözüm odaklı davranmalarının iyilik hallerini sürekli kıldığını savunmuştur. Sosyal destek arama durumu, önceleri çaresizlik ile birlikte ele alınsa da güncel çalışmalarda kişilerin sosyal destek araması da aktif baş etme yöntemleri arasında görülmektedir. Cinsiyete göre algılanan sosyal destek değerlendirildiğinde kadınların daha güçlü sosyal destek ağlarına sahip olduğu söylenebilir.

41 çalışmanın dahil edildiği MI sonrası başa çıkma ve sosyal destekte cinsiyet farklılıklarının incelendiği bir sistemik derlemede; kadınlar erkeklere kıyasla miyokard infarktüsünden 1 yıl

sonrasına kadar daha az sosyal destek aldıklarını bildirme eğilimindeydiler (Kristofferzon vd., 2003: 360-374).

Yapılan çalışmada MI geçiren bireyler eğitim seviyesi değişkeni çerçevesinde değerlendirildiğinde bireyin. Beck depresyon ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaş, özel insan, travma sonrası stres bozukluğu ölçeği, araçsal olarak sosyal destek kullanma, mizah, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, kabullenme, diğer etkinlikleri bırakma, yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme, zihinsel olarak ilgiyi kesme, duygusal sosyal destek kullanma alt boyutu eğitim durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır.

Eğitim durumu değişkeni çerçevesinden bakıldığında elde ettiğimiz veriler eğitim durumunun özellikle baş etme tarzları üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmada kalp krizi geçiren hastaların baş etme stilleri açısından dine yönelme alt ölçeğinden elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, ortaokul mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kendini sınırlandırma alt ölçeğinden elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, üniversite mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre lise eğitim düzeyine sahip bireylerde daha sağlıklı bir baş etme yöntemi kullandığını söylemek mümkündür.

Olumlu yeniden yorumlama alt ölçeğinden elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, üniversite mezunu olanların aldığı puanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Yüksek eğitim daha avantaj olarak görülmektedir.

Planlama alt ölçeğinden elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, ortaokul ve lise mezunu olanların aldığı puanların üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu değişkeni çerçevesinden bakıldığında

elde ettiğimiz veriler eğitim durumunun özellikle baş etme tarzları üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Ancak burada daha düşük eğitim düzeyine sahip olan lise ve ortaokul mezunları olumlu bir baş etme olan planlama yöntemini daha iyi kullandıkları sonucu çıkmaktadır. Elde ettiğimiz aksini ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur.

Yapılan başka bir araştırmada depresif belirtilerin eğitim ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Imam vd., 2007: 159-162). Düşük eğitim seviyeleri, olumsuz başa çıkma stratejilerinin artan kullanımıyla ilişkilidir (Son vd., 2016).

Elde edilen bulgulara göre gelir düzeyi ile sağlıklı baş etme stilleri arasında negatif bir korelasyon vardır. Duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, kendini sınırlandırma gibi işlevsiz olan baş etme stilleri gelir düzeyi yüksek olan hastalar tarafından kullanılırken, gelir düzeyi düşük olan hastalar daha ziyade kabullenme gibi daha uyum sağlayıcı bir baş etme stili kullanmaktadır. Bu durumun gelir düzeyi düşük olan bireylerin daha zorlu şartlarda yaşamaya daha çok tolerans gösterebildiği gibi bir nedeni düşündürebilir. Alanda yapılan pek çok çalışma bizim çalışma sonucumuzun aksini göstermektedir.

Yapılan birçok çalışmada olduğu gibi üniversite öğrencilerinin sosyoekonomik düzeyi inceleyen çalışmanın sonucuna göre ekonomik düzeyi zayıf olan öğrencilerde daha yüksek oranda depresif belirti ve TSSB belirtisi ve daha yetersiz baş etme yöntemleri sonucuna ulaşılmıştır. Ekonomik güçlük yaşanması öğrencilerde de birçok sıkıntıyı beraberinde getirmektedir. Öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekmeleri ile artmış ruhsal sıkıntılar sonucu saptanmıştır ulaşılmıştır (Bostancı vd., 2005; Özdel vd., 2002).

Yapılan başka bir çalışmada hastaların pozitif ve negatif manevi baş etme tekniklerini kullanmaları durumunda hastalık ile daha kolay baş ettikleri görülürken yaşlılar, kadınlar, düşük sosyoekonomik düzeyi olan bireylerin maneviyat ve dini inancı daha fazla seçtiği belirlenmiştir. İlgili alan araştırmalarında depresyon yaşayan bireylerin büyük bölümünde TSSB puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Jin vd., 2014: 67-73).

Kalp krizi geçiren hastalarda daha önce psikoterapi alma, daha önce psikiyatrik ilaç alma, alınıp hem ilaç hem psikoterapi tedavisi alma, şu anda hem psikoterapi hem ilaç tedavisi alma değişkenleri çerçevesinde yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların TSSB , madde kullanımı, kabullenme, diğer etkinlikleri bırakma aldıkları puanlar psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Aile alt ölçeğinden aldıkları puanlar psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalama puanına sahip olduğu görülmektedir. Buna Sosyal destek açısından yeterli düzeyde aile desteği alan hastalar psikoterapiye ihtiyaç hissetmedikleri sonucuna ulaşmaktayız.

MI geçiren hastalarda madde kullanımı alt ölçeğinden aldıkları puanlar daha önce psikiyatriste giderek ilaç tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalama puanına sahip olduğu görülmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre geçirmiş oldukları kalp krizi sonrası psikiyatrik destek alan hastalarda aynı zamanda madde kullanımı da daha yaygın olarak görülmektedir.

Araştırmada MI geçiren hastaların baş etme stilleri açısından bakıldığında araçsal olarak sosyal destek kullanma, zihinsel olarak ilgiyi kesme, planlama alt ölçeğinden aldıkları puanlar daha önce psikiyatriste giderek ilaç tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalama puanına sahip olduğu görülmektedir.

MI geçiren hastalarda eğer psikiyatriste gittiyseniz ilaç tedavisine devam etme durumu değişkeni üzerinden depresyon, travma sonrası stres bozukluğu kıyaslandığında elde edilen ortalama puanlar arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalama puanına sahip olduğu görülmektedir. Buna göre TSSB ve depresyon oranı yüksek olan hastalarda aynı zamanda psikiyatrik ilaç kullanımı da yüksek anlamı olarak yüksek görülmektedir.

Kendini sınırlandırma alt ölçeğinden, planlama alt ölçeğinden aldıkları puanlar eğer psikiyatriste gittiyseniz ilaç tedavisine devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalama puanına sahip olduğu görülmektedir. Buna göre hala psikiyatrik ilaç tedavisi alan hastaların işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullandıklarını söylemek mümkündür.

Travma sonrası stres bozukluğu ölçeğinden, duygulara odaklanma ve ortaya koyma alt ölçeğinden, madde kullanımı alt ölçeğinden, kabullenme alt ölçeğinden, diğer etkinlikleri bırakma alt ölçeğinde, yadsıma alt ölçeğinden, olumlu yeniden yorumlama alt ölçeğinden

aldıkları puanlar psikoterapiye devam etme durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

MI geçiren hastalarda aynı anda hem psikoterapi hem ilaç terapisi alma değişkeni üzerinden çalışmanın bulgularına bakıldığında, beck depresyon, TSSB, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, diğer etkinlikleri bırakma, yadsıma vb. baş etme stillerinden aldıkları puanlar arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Buna göre aynı anda hem terapi hem ilaç tedavisi alan hastalarda depresyon, TSSB düzeyi anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, diğer etkinlikleri bırakma, yadsıma gibi baş etme yöntemlerinin kullanımı yüksektir.

MI geçiren hastalarda çok boyutlu algılanan sosyal destek, aile alt, arkadaş alt ölçeğinden aldıkları puanlar aynı anda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Buna göre aynı anda hem psikoterapi hem psikiyatrik tedavi alan hastalar aile desteği, arkadaş desteği, sosyal destekten yeterli düzeyde beslenememektedir.

Çalışmada kalp krizi geçiren hastalarda beck depresyon ölçeğinden, özel insan alt ölçeğinden, travma sonrası stres bozukluğu ölçeğinden, duygulara odaklanma ve ortaya koyma alt ölçeğinden, madde kullanımı alt ölçeğinden, diğer etkinlikleri bırakma alt ölçeğinden, yadsıma alt ölçeğinden, olumlu yeniden yorumlama alt ölçeğinden aldıkları puanlar şu anda hem ilaç hem de psikoterapi tedavisi alma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Buna göre şu anda hem psikoterapi hem farmakolojik destek alan hastalarda TSSB ve depresyon yüksek olarak karşımıza çıkmaktadır bununla birlikte bu hastalar daha sağlıklı ve işlevsel baş etme yöntemleri kullanamadıkları görülmektedir. Buna karşın arkadaş alt ölçeğinden yeterince beslenen, desteklenen hastalarda şu anda ilaç ya da psikoterapi alma ihtiyacı görülmemiştir.

KAH olan bireylerde depresyon yaygınlık oranları %15 ila %20 arasında değişmektedir. Birçok çalışma ve sistematik inceleme, eşlik eden depresyon ile mortalite, morbidite ve sağlık

maliyetlerinde artma, yaşam kalitesinde azalma ve tedavi rejimine bağlılık arasında önemli bir prognostik ilişkiyi belgelemektedir (Abberger vd., 2017; Barth vd., 2004: 104-114). Psikolojik girişimler, bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, problem çözme terapisi, yönlendirici olmayan veya destekleyici terapi ve danışmanlık gibi diğer yaklaşımları ve bu müdahalelerin tek tekniklerini içerir (Davison vd., 2014). Diğer müdahaleler arasında kabul ve kararlılık terapisi, farkındalık temelli bilişsel terapi ve farkındalık temelli stres azaltma, duygu odaklı terapi ve metakognitif terapi yer almaktadır. Yedi psikoterapötik yaklaşımı karşılaştıran bir metanalizde, çoğu yaklaşımın eşit derecede etkili olduğu ve kişilerarası psikoterapinin destekleyici terapiden daha etkili olduğu sonucuna varmıştır (Barth vd., 2013: 802-813). Antidepresan ilaçlar, depresyonu olan kişilerde yaygın olarak kullanılan tedavilerdir. Genel olarak, mevcut ilaçlar genel etkililik açısından farklılık göstermez, ancak kısa ve uzun vadeli yan etkiler açısından önemli ölçüde farklılık gösterir (Sadock vd., 2000). Antidepresan tedavi seçimi, depresif bozukluğun tipine ve komorbid somatik veya mental bozuklukların varlığına bağlıdır. Psikolojik veya psikoterapi ile farmakolojik yaklaşımları deneysel olarak karşılaştıran sistematik bir derleme sonuçlarına göre, psikolojik ve farmakolojik müdahalelerin depresyon tedavisinde eşit derecede etkili olduğunu, farmakoterapinin distimide olduğu kadar direktif olmayan danışmanlığa kıyasla daha üstün olduğunu ve psikoterapinin trisiklik antidepresanlardan daha üstün olduğunu göstermiştir (Cuijpers vd., 2013: 137-148).

Yüksek prevalans oranları ve eşlik eden depresyonun hem tıbbi hem de psikososyal sonuçlar üzerindeki etkisi nedeniyle, kalp krizi sonrası etkili depresyon tedavilerine ihtiyaç vardır. Çeşitli sistematik incelemelerde, psikolojik ve psikofarmakolojik müdahalelerin depresyon tedavisinde etkili müdahaleler olduğu kanıtlanmıştır (Cuijpers vd., 2013; Sadock vd., 2000). Bununla birlikte, KAH ve depresyonu olan kişiler için psikolojik ve farmakolojik depresyon müdahalelerinin etkinliğine ilişkin kanıtlar çok daha azdır (Baumeister, Hutter, & Bengel, 2011: 1002). Kılavuzlar, KAH olan bireylerde depresyon müdahalesini önerirken, bugüne kadar yapılan birkaç araştırmaya dayanarak, majör olumsuz kardiyak olayları önlemede bu girişimlerin sınırlı etkinliğine dikkat çekilmektedir (Hillis vd., 2011). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre, KAH hastalarında spesifik olmayan psikolojik müdahalelerin etkilerini incelenmiş olup normal bakıma kıyasla depresyon, anksiyete ve stres semptomlarında küçük ila orta dereceli azalmaların yanı sıra MI'da %22'lik bir azalma bulunmuştur (Richards vd., 2017). h

Depresif bozukluğu olan KAH hastalarının dahil edildiği, yakın zamanda yayınlanan 36 randomize kontrollü çalışmanın (On beş deneme psikolojik müdahale ve 21 deneme farmakolojik müdahale) incelendiği bir metanaliz sonuçlarına göre psikolojik müdahalelerin kontrol grubuna kıyasla daha düşük depresyon belirtileri ile sonuçlanabileceğine dair kanıt sağlamaktadır. Metanalize dahil edilen dört araştırmaya dayanarak, farklı yaklaşımlar (davranışçı terapiye karşı kişi merkezli terapi; BDT'ye karşı destekleyici stres yönetimi, IPT' ye karşı CM; BDT ve iyi olma terapisine karşı CM) arasında farklılıklar olup olmayacağı konusunda kanıtlar belirsizdir. Farmakolojik müdahale ile plasebo karşılaştırması ile ilgili olarak, farmakolojik müdahalenin tedavinin sonunda depresyon semptomlarında büyük bir azalmaya yol açabileceğine dair kanıtlar düşük düzeyde saptanmıştır. Farmakolojik müdahalenin muhtemelen tedavinin sonunda depresyon remisyonunda orta ila büyük bir artışla sonuçlandığına dair orta kesinlikte kanıt izlenmiştir. Farmakolojik müdahalenin mortalite ve kardiyak olaylar üzerindeki etkilerine ilişkin kanıtlar çok belirsiz olup tutarlı bulgular bildirilmemiştir. Genel olarak hem psikolojik hem de farmakolojik müdahalelerin tedavinin sonunda depresyon sonuçları üzerinde olası bir yararlı etkisi olduğuna dair kanıtlar vardır. Ancak literatürde psikolojik ve farmakolojik müdahaleleri karşılaştıran hiçbir çalışma bulunmamaktadır (Tully vd., 2021: 104-114).

4.2. Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde değişkenler arasındaki yordayıcılığın incelenmesi için çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre: MI geçirmiş olan hastalarda aileden alınan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarından olan davranışsal olarak ilgiyi kesmenin depresyon için anlamlı yordayıcı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir. Elde edilmiş regresyon modelindeki bağımsız değişkenler depresyondaki değişimin %15'ini oluşturduğu saptanmıştır. Aileden alınan sosyal destek arttıkça depresyon azalmakta iken davranışsal olarak ilgiyi kesme arttıkça depresyon artmaktadır. Başka bir deyişle aileden yeterli düzeyde destek alınmaması ya da davranışsal olarak yeterli ilgi görülmemesi depresyonun ortaya çıkmasına ve daha ağır hissedilmesine neden olabilmektedir. Literatür ışığında yapılan değerlendirmeler bizim çalışma sonucumuza paralel verilerin olduğunu söylemek mümkündür.

Davranışsal ilgiyi kesme (DİK) ve duygulara odaklana ve ortaya koyma (DOK) diğer etkinlikleri bırakma (DEB) başa çıkma stillerinin psikolojik bozuklukları negatif yönde etkilediği depresyon, TSSB, anksiyete vb. araştırmada görülmüştür (Bacanlı vd., 2013; Carver vd., 1989: 276).

Başa çıkma Stilleri ile psikolojik sağlamlığın yordayıcı etkisine yönelik yapılan bir çalışmaya göre başa çıkma tarzlarından olumlu yeniden yorumlama (OYY) stili ile psikolojik sağlamlık kapasitesini pozitif yönde yordamıştır. Duygulara odaklanma ve ortaya koyma (DOK) diğer etkinlikleri bırakma (DEB) ve davranışsal olarak ilgiyi kesme (DİK) başa çıkma tarzı ise psikolojik sağlamlığı, (TSSB, depresyon vb. psikolojik bozukluklar) negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır (Bacanlı vd., 2013; Carver vd., 1989: 267).

Yenidoğan bebeği olan anneler üzerinde yapmış oldukları çalışmada ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etki ettiği bunun da psikolojik ve fiziksel sağlığa koruyucu etki yaptığını göstermektedir (Arıkan vd., 2002).

Yapılmış olan başka bir çalışmaya göre hastalık durumunda özellikle kronik hastalarda aile bireylerinin desteği hayati öneme sahiptir (Tarkka vd., 2003). Aile desteği, hastanın sadece bedensel , psikolojik ihtiyaçlarını karşılamakla kalmaz, bununla birlikte hasta ve anne babanın doktorun tavsiyelerine uymalarını ve sağlığa hizmet edecek uygulamaları benimsemelerini kolaylaştırır (LeCuyer- Maus, 2003: 132-145).

Aileden alınan sosyal destek başta olmak üzere sosyal destek, insan hayatında önemli bir yere sahip, duygusal, sosyal, bilişsel ve ekonomik açıdan fayda sağlayan kişilerarası ilişkileri içermektedir. Ayrıca psikolojik ve fiziksel sağlığı muhafaza eden ve geliştiren bir sistem olarak tanımlamak mümkündür. Sosyal destek sistemleri, kişinin yaşamdaki zorluklar ile baş etmesinde önemlidir. Yapılan sosyal destek çalışmaları, sosyal ilişkilerin ne kadar destekleyici olduğu, sosyal desteğin nasıl algılandığı ilgili konuları sıkça ele almaktadır (Arıkan vd, 2002; Uchino vd., 1999: 40-46).

Bireyin ihtiyaçları hastalık durumunda çok daha dikkatli ve geniş bir çerçevede ele alınmalıdır. Çünkü hastalık; aileye ekonomik zorluğun yanında sosyal ve psikolojik pek çok zorluğu beraberinde getirmektedir. Bu demek oluyor ki ailenin de hem sosyal hem duygusal desteğe ihtiyacı olacaktır (Hobfoll, 1985: 391-411).

Başka bir çalışmada ise “koroner kalp hastalarında algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum” çalışmasında hastaların %68.8 oranında “zayıf psikososyal uyum”, %13.6 oranında “orta psikososyal uyum” ve %17.6 oranında “iyi psikososyal uyum” sergiledikleri tespit edilmiştir. Bu durumun hem iyileşme sürecini olumsuz etkilediği hem de TSSB ve depresyon gibi ruhsal bozukluklarına zemin hazırladığı düşünülmüştür (Ayraller vd., 2012: 59-63).

MI sonrası hastalarda depresyon, kaygı ve sıkıntı gibi psikolojik sağlık sorunları sıklıkla görülmektedir (Shahrabak vd., 2017: 38). AKS ile depresyonun varlığı kardiyak rehabilitasyon sürecini oldukça kötü etkilemekte ve bu nedenle hastanın prognozu kötüleştirmekte, hayat kalitesini düşürmekte ve tekrar eden kalp krizi ve ölüm sıklığında artışa neden olabilmektedir. Bu sebeple bu bireylerde hastalık yönetiminin ile birlikte psikolojik sağlık problemleri ile baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir (Yaglı vd., 2015: 40-46).

Benzer şekilde 460 MI geçiren hastanın dahil edilerek hastaların başa çıkma stratejilerinin incelendiği bir çalışma sonuçlarına göre düşük sosyal destek ve düşük sosyal destek memnuniyeti, daha düşük toplam başa çıkma ile ilişkilidir. Genç olmak, erkek cinsiyet ve miyokard infarktüsünden bu yana geçen süre, düşük pozitif başa çıkma stratejisi kullanımı ile ilişkilidir. Yüksek kaygı ve düşük sosyal destek, daha az olumlu başa çıkma yöntemiyle ilişkilidir. Düşük eğitim seviyeleri, olumsuz başa çıkma stratejilerinin artan kullanımıyla ilişkilidir. Azalan sosyal destek, düşük toplam başa çıkma puanları ve olumlu başa çıkma stratejisi kullanımı ve daha fazla pasif başa çıkma tarzı kullanımı ile ilişkilidir. Daha iyi başa çıkmaya yardımcı olan geniş bir ağdan gelen sosyal destek; yalnız yaşayanların ek desteğe ihtiyacı olabilir (Son vd., 2016).

MI' dan sonra hastaların çoğunda TSSB gelişmesini önlemek için, TSSB gelişimini açıklamak için kişilik özellikleri, stres ve başa çıkma mekanizmaları üzerine araştırmalar yapılmıştır (Chung ve ark., 2007: 243-252). Bu alanların araştırılması sonucu Post MI-PTSD ile nevroitiklik, D Tipi kişilik bozukluğu (endişeli, sinirli ve olumsuz duyguları ifade etme olarak tanımlanır) ve aleksitimi arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Bennett vd., 1999; Bennett vd., 2002). Hayata yönelik tehdit, yoğun korku/çaresizlik hissi, eşlik eden şiddetli depresyon ve psikoterapist/psikiyatriste sevk öyküsünün, Post MI-PTSD'nin daha yoğun semptomlarını öngördüğü gösterilmiştir (Bennett vd., 2002: 489-500). Post MI-PTSD gelişimi için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar, genç yaş, sosyal destek eksikliği, ilk başvuruda göğüs ağrısının şiddeti, göğüs ağrısının süresi ve hastaların etnik kökenini içermektedir (Bennett vd., 1999; Hari vd., 2010; Kutz vd., 1994; Pedersen vd., 2004).

MI sonrasında hastalar hayatı tehdit eden sağlık sorunları ile karşılaşma, ciddi semptomlarla hastaneye yatış gereksinimi ve buna bağlı sosyal ilişkilerin, iletişimin, aile ve iş ortamını etkilenmesi sonucu çok çeşitli psikososyal problemler yaşayabilmektedir. Bu davranışsal ya da psikososyal sorunlar hastaların tedaviye uyum sağlamasını, bakıma katkı sağlamasını, tedavi süresi ve hastalığın prognozunu, yaşam konforunu, mortalite ve morbiditeye negatif yönde etki

edebilmektedir (Collet vd., 2021; Visseren vd., 2021). Williams ve arkadaşları çalışmalarında, kardiyovasküler hastaları stresle başa çıkma stratejileri konusunda eğitmenin, bu hastalarda azalmış stres ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir (Williams vd., 2003).

Sosyal destek kaynaklarından biri olan ailede, ebeveynlerin çocuklarını yetiştirmeye yönelik tutumları ve algıları, psikolojik sağlamlığı önemli ölçüde belirlemektedir (Petrowski vd., 2014: 1-9).

İlk kez akut MI geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hastaların algılamış oldukları sosyal destek ve psikososyal uyumun alt gruplarından geniş aile ilişkileri, aile çevresi ve sosyal çevre alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Drory vd., 1999).

Algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkmanın tarzlarının TSSB' yi yordaması değişkeni çerçevesinde; aileden alınan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarından olan mizahın travma sonrası stres bozukluğu için anlamlı yordayıcı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir. Elde edilmiş regresyon modelindeki bağımsız değişkenler depresyondaki değişimin %25'ini oluşturduğu saptanmıştır. TSSB puanlarındaki değişimi en iyi açıklayan değişkenin stresle başa çıkma tarzlarından olan mizah olduğu saptanmıştır. Mizah stilinde amaç stres yaratan durumlarla mizah yolu ile başa çıkmayı sağlamaktır (Bacanlı vd., 2013; Carver vd., 1989). Mizah duygusunun psikolojik sağlık ile baş etme tarzları değişkenleri çok sayıda araştırmaya konu olmuş ve çok sayıda araştırmacının ilgisini çekmiştir. Araştırmalar, mizah duygusunun, kaygı ve endişeyi azalttığı (Smith vd., 1971: 243) depresyon düzeyini de düşürdüğü konusunda benzer sonuçlar sunmuştur (Overholser vd., 1998). Mizah ile stres arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalar mizah duygusunun ve baş etme stiline stres azalttığı ve psikolojik açıdan koruyuculuğu güçlendirdiği bildirmektedir. Mizah duygusu arttıkça stres altında yürütülen işlerde performansın arttığını (Bizi vd., 1988:951-956) ve mizahın düşük yalnızlık, düşük depresyon ve yüksek benlik saygısıyla ilişkili olduğunu saptamıştır (Overholser, 1992:799-804).

Yapılmış olan bir çalışmada ise araştırmacılar geliştirdikleri "Çok Yönlü Mizah Duygusu Ölçeği"(Multidimensional Sense of Humor Scale-MSHS) ile ölçülen mizah duygusu ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi, başa çıkma stilleri, problem çözme, sosyal destek arayışı üzerine bir ölçek kullanarak 12 kişilik bir örneklem grubu üzerinde çalışmışlardır. Sonuçlara göre, mizah duygusu ile bu başa çıkma stilleri arasında yalnızca kaçınma arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Thorson vd., 1997: 605-619).

TSSB' nin yüksek çıktığı MI hastalarında duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, diğer etkinlikleri bırakma gibi işlevsel olmayan baş etme stillerinin daha yaygın kullandıkları görülmektedir (Breslau vd., 1992: 48).

559 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen travma yaşantısı, stresle başa çıkma tarzları, iç- dış kontrol odakları ve alkol kullanımı aralarındaki ilişkileri incelemiştir. Stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşımın TSSB ile pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gürdil, 2007).

4.3. Korelasyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmada kalp krizi geçiren hastalarda TSSB ile depresyon değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon, algılanan sosyal destek ile depresyon, aile ile depresyon, arkadaş ile depresyon, özel insan ile depresyon değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon, davranışsal olarak ilgiyi kesme ile depresyon değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu durum hipotezimizi destekler niteliktedir.

Buna göre travması olan hastalarımızda aynı zamanda depresyon olduğunu söylemek mümkündür. Bununla birlikte algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu değişkenleri arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon belirti şiddeti ile travma sonrası stres bozukluğu düzeyinde azalma olduğu saptanmıştır. Depresyon ve TSSB komorbiditesine ilişkin yapılan araştırmada, her iki bozukluğu taşıyan bireylerde yüksek depresyon, düşük ya da azalan sosyal destek ve yüksek suisid düşünceleri olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir (Campbell vd., 2007: 22).

TSSB ile depresyon arasındaki ilişkiye yönelik yapılmış olan epidemiyoloji araştırmaları, TSSB ve depresyonun çok sık olarak birlikte görüldüğü ve her ikisinin de yüksek düzeyde bir şiddete sahip olduğuna yönelik bulgular sunmaktadır (Breslau vd., 2000; Campbell vd., 2007). Bununla birlikte belirtilerin şiddetini ve komorbidite oranını yükselten faktörler arasında yetersiz sosyal destek, tekrarlayan ve devam eden travmatik deneyimler, profesyonel destek olanaklarından yoksun olma gibi faktörlere dikkat çekilmelidir.

Travma sonrası psikolojik rahatsızlıklara ilişkin yapılan çalışmalar, TSSB'nin sıklıkla yalnız olarak yaşanmadığı ve sıklıkla farklı tanıların eşlik ettiği görülmektedir. (Mcfarlane vd., 1997: 821). Buna göre TSSB, travmatik deneyimlerden sonra görülebilen tanılardan yalnızca bir tanesidir.

TSSB'nin majör depresyonla kombinasyonu araştırmaların çoğunda yüksek görölmektedir. İsraili askerler ile yapılmış olan bir çalışmada ise TSSB'nin majör depresyonla prevalansının %95, şu anda %50 olarak tespit edilmiştir (Bleich vd., 1997: 170). Tekerrür eden majör depresyon tanısı alan 324 kişi ile yapılan araştırmada %79'unda en az bir travma olduğu tespit etmiştir. Söz konusu araştırmada, depresyonun başlangıcı ile travmanın şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Moskvina vd., 2007: 24). Travmatik deneyim yaşayan bireylerin bazıları TSSB meydana gelirken, bazılarında ise meydana gelmemektedir. TSSB tanısı alan hastaların bazıları yaşanan travmanın etkileri ile daha kolay baş ederken bazılarında ise kronikleşme eğilimindedir.

TSSB' nin yüksek çıktığı MI hastalarında duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, diğer etkinlikleri bırakma gibi işlevsel olmayan baş etme stillerinin daha yaygın kullandıkları görölmektedir.

Yaş faktörünün TSSB geliştirme açasından önemli bir etkiye sahip olduğu savunulan bir çalışmada genç ve yaşlı bireyler ile karşılaştırıldığında orta yaş bireylerde TSSB gelişiminin daha az olduğunu ortaya konulmuştur (Breslau vd., 1992).

TSSB ve baş etme stilleri ile ilgili yapılan bir çalışmada TSSB tanısı alan hastaların, diğer anksiyete bozuklukları hastalarına göre alkol ve madde kullanımı bozuklukları ile komorbiditesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunula birlikte toplum geneline göre Alkol ve madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin de fazla olduğuna dikkat çekmiştir. TSSB ve alkol kullanım bozuklukları arasındaki ilişkiyi aşılayabilen üç mekanizma üzerinde durulmaktadır. İlk olarak, alkol/madde kullanımı kişiyi travmatik deneyimin tetikleyen etkilerine karşı hassas hale getirerek TSSB gelişimine katkı sağlıyor olabilir. İkinci olarak, TSSB hastaları stres yaratan belirtilerinden kurtulmak amacıyla baş etme yolu olarak alkol/madde kullanırlar. Üçüncü olarak, travma sonrası stres bozukluğunun alkol/madde kullanım bozuklukları ile ilişkisi nedensel olmayabilir. Genetik, biyolojik ve çevresel faktörler bu durumu aşılayabilir (Stewart, 1996: 120).

Alkol kullanım bozuklukları ve TSSB kombinasyonunda bireysel ve çevresel unsurlar da rol oynayabilir. Yapılmış olan kesitsel bir araştırmada (n=2501), bireysel niteliklerin bağımlılık ve alkol kullanma riskiyle ilişkili olmadığını ancak cinsiyet faktörünün belirleyici olduğunu vurgulanmıştır (Breslau vd., 2003: 60).

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın tek merkezli olup nispeten küçük bir hasta popülasyonuna sahip olması en büyük kısıtlılığıdır. Diyabet ve hipertansiyon gibi ek komorbid durumların araştırılmamış olması, hastaların uzun dönem takipleri yapılmadığından prognozun (mortalite- morbidite) bakılmamış olması da araştırmanın kısıtlılıklarındandır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada kalp krizi geçiren bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirtili şiddeti ile algılanan sosyal destek ve stres ile baş etme stilleri arasındaki ilişki incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizini uygulayarak değişkenler arasındaki ilişki, demografik değişkenlere göre ölçek puanlarını kıyaslamak için bağımsız gruplar t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon ile yordayıcılık test edilmiştir.

1-MI geçiren hastalarda depresyon puanlarındaki değişimi en iyi açıklayan değişkenin aileden alınan sosyal destek olduğu saptanmıştır. Buna göre aileden yeterli düzeyde destek alınmaması ya da davranışsal olarak yeterli ilgi görülmemesi, boşanmış ya da bekar olunması, depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

2-Hem psikoterapi hem de farmakolojik destek alan MI hastalarında depresyon ve TSSB arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu bireylerin, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, diğer etkinlikleri bırakma gibi işlevsiz baş etme stillerini daha yaygın kullandıkları sonucuna varılmıştır.

3-Çalışma sonucunda algılanan sosyal destek, aile desteği ve arkadaş desteği alan kalp hastalarının daha az psikolojik ve farmakolojik desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

4-Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre MI geçiren hastalarda boşanmış ya da bekar olmak TSSB gelişimi açısından risk faktörüdür. Buna göre MI geçiren evli bireylerde TSSB daha az görülmektedir.

5-Elde edilen bulgulara göre yalnızca psikoterapi alan MI hastalarda ve aynı anda hem psikoterapi hem farmakolojik destek alanlarda TSSB oranı daha yüksek görülmektedir. Sosyal destek açısından bakıldığında aileden alınan destek TSSB açısından koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

6-Bu çalışmada evli olmanın MI geçiren hastalarda sosyal destek ve depresyon açısından koruyucu bir etki yaptığını, boşanmış ya da bekar olmanın sosyal destek ve depresyon açısından negatif yönlü bir etki yaptığını söylemek mümkündür.

7-Araştırmanın sonucuna göre MI geçiren hastalardan evli bireyler daha çok aile desteği almaktadır.

8-Psikoterapi alan hastalarda aile ve arkadaş desteğinin yetersiz olduğu görülmektedir. Arkadaş desteğini alan bireylerin ise daha az psikolojik ve farmakolojik desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

9-Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında kadın cinsiyetinin sosyal açıdan daha çok beslendiği görülmektedir.

10-Gelir düzeyi arttıkça kendini sınırlandırma baş etme yöntemi artmıştır. Madde kullanımı kalp krizinin geçirildiği yakın dönemde daha fazla görülmektedir. Madde kullanımı, duygusal destek alma, gelir düzeyi arttıkça artma göstermiştir.

11-TSSB puanlarındaki değişimi en iyi açıklayan değişkenin stresle başa çıkma tarzlarından olan mizah olduğu tespit edilmiştir. Buna göre TSSB ile mizah arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

MI insidansının artması ve sağlık araştırmacılarının psiko-sosyal faktörler ile kardiyovasküler hastalıkların artan insidansı göz önüne alındığında bu hastalarda stresle başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi gerekliliği görülmektedir. MI hastalarının başa çıkma stratejilerini değerlendirmek Ayrıca, hastanın stres algısı hakkındaki görüşünü değiştirebilirsek, o zaman stresli durum hakkındaki biliş sürecini değiştirebilir ve sonunda yaşam tarzını değiştirebiliriz.

MI sonrası hastalar kardiyolog, Psikolog, psikiyatrist, psikoterapist ve hastanın ailesinden, yakın çevresinden oluşan çok departmanlı bir ekip tarafından yakinen izlenmesi, Baş etme yöntemlerini çeşitlendirmesi ve sosyal desteğini arttırması bu anlamda psikoeğitim için gerekli yönlendirmeler ve çalışmalar yapılmalıdır. MI sırasında ve sonrasında hastalara tedavi yöntemleri ve başarı oranlarının verilmesi belirsizliği ortadan kaldırma ve buna bağlı olarak kaygı faktörünü daha yönetebilir bir noktaya getirebilir.

KAYNAKLAR

- Abberger, B., Haschke, A., Tully, P. J., Forkmann, T., Berger, J., Wirtz, M., Baumeister, H. (2017). Development and validation of parallel short forms PaSA-cardio for the assessment of general anxiety in cardiovascular rehabilitation patients using Rasch analysis. *Clin Rehabil*, 31(1), 104-114. doi:10.1177/0269215515627288
- Agbaria, Q., ve Mokh, A. A. (2022). Coping with stress during the coronavirus outbreak: The contribution of big five personality traits and social support. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1854-1872.
- Aksaray, G., Kortan, G., Erkaya, H., Yenilmez, Ç., ve Kaptanoğlu, C. (2006). Gender differences in psychological effect of the August 1999 earthquake in Turkey. *Nordic journal of psychiatry*, 60(5), 387-391.
- Alvi, H. N., ve Ahmad, S. (2016). Prevalence of depression in patients of Acute Coronary Syndrome. *Pak J Med Health Sci*, 10(2), 620-621.
- Amin, A. A., Jones, A. M., Nugent, K., Rumsfeld, J. S., ve Spertus, J. A. (2006). The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *Am Heart J*, 152(5), 928-934. doi:10.1016/j.ahj.2006.05.006
- Arıkan, D., ve Kahriman, İ. (2002). Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 60-67.
- Arnetz, J. E., Höglund, A. T., Arnetz, B. B., ve Winblad, U. (2008). Development and evaluation of a questionnaire for measuring patient views of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 229-238.
- Aslan, Ş. (2018). Duygusal zeka, problem odaklı stresle başa çıkma, iyileşme ve duygusal tükenme ilişkileri. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 16(31), 59-82.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., ve McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion in psychiatry*, 28(4), 307.
- Ayraller, A., Akan, H., Kaspar, E. Ç., Saper, S., Çağlar, İ. M., Türeli, H. O., ve Karakaya, O. (2012). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Kardiyak Risk Faktörleri ile İlgili Önerilere Uyumları. *Journal of Academic Research in Medicine*, 2, 59-63.

- Bacanlı, H., Sürücü, M., ve İlhan, T. (2013). Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(1), 81-96.
- Barefoot, J. C., Brummett, B. H., Helms, M. J., Mark, D. B., Siegler, I. C., ve Williams, R. B. (2000). Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosomatic medicine*, 62(6), 790-795.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Barth, J., Schumacher, M., ve Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 66(6), 802-813. doi:10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Baumeister, H., Hutter, N., ve Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(9), Cd008012. doi:10.1002/14651858.CD008012.pub3
- Bellizzi, K. M., ve Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47.
- Bennett, P., ve Brooke, S. (1999). Intrusive memories, post-traumatic stress disorder and myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 411-416.
- Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., ve Bisson, J. (2002). Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 17(4), 489-500.
- Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., ve Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23(2), 221-241.
- Berkman, L., Carney, R., Blumenthal, J., Czakowski, S., Hosking, J., Jaffe, A., Curtis, S. (2000). Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHED): study design and methods. *American Heart Journal*, 139(1), 1-9.

- Bizi, S., Keinan, G., ve Beit-Hallahmi, B. (1988). Humor and coping with stress: A test under real-life conditions. *Personality and individual differences*, 9(6), 951-956.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., ve Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression: An analysis of comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 170(5), 479-482.
- Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of sciences*, 1032(1), 141-153.
- Boscarino, J. A., ve Chang, J. (1999). Electrocardiogram abnormalities among men with stress-related psychiatric disorders: implications for coronary heart disease and clinical research. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(3), 227-234.
- Bostanci, M., Özdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, L., Ergin, A., Ergin, N., Karadağ, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates.
- Bowman, M. L. (1999). Individual differences in posttraumatic distress: Problems with the DSM-IV model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(1), 21-33.
- Bramwell, L. (1990). Social support in cardiac rehabilitation. *Can J Cardiovasc Nurs*, 1(4), 7-13.
- Braunwald, E., Zipes, D. P., ve Libby, P. (2001). Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. *WB Saunders Ed*, 6, 1435.
- Breslau, N., ve Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., ve Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder–major depression connection. *Biological psychiatry*, 48(9), 902-909.
- Breslau, N., Davis, G. C., ve Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of general psychiatry*, 60(3), 289-294.

- Brewin, C. R., Andrews, B., ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Bromet, E., Sonnega, A., ve Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American journal of epidemiology*, 147(4), 353-361.
- Bulduk, B., Aktaş, M. C., ve Bulduk, M. (2017). Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar. *GOP Taksim EAH Jaren*, 3, 24-27.
- Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C.-F., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., Chaney, E. F. (2007). Prevalence of depression–PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Journal of general internal medicine*, 22(6), 711-718.
- Carver, C. S., ve Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., Braithwaite, A. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Cay, E. L., Vetter, N., Philip, A., ve Dugard, P. (1972). Psychological status during recovery from an acute heart attack. *Journal of psychosomatic research*, 16(6), 425-435.
- Chung, M. C., Berger, Z., ve Rudd, H. (2007). Comorbidity and personality traits in patients with different levels of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction. *Psychiatry research*, 152(2-3), 243-252.
- Chung, M. C., Dennis, I., Berger, Z., Jones, R., ve Rudd, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder following Myocardial Infarction: Personality, Coping, and Trauma Exposure Characteristics. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(4), 393-419. doi:10.2190/PM.42.4.e

- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Siontis, G. C. M. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 42(14), 1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
- Cuellar, A. K., Johnson, S. L., ve Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical psychology review*, 25(3), 307-339.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., ve Reynolds, C. F., 3rd. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148. doi:10.1002/wps.20038
- Davison, G. C., Blankstein, K. R., Flett, G. L., ve Neale, J. M. (2014). *Abnormal psychology*: Wiley Global Education.
- Deng, D., Liu, L., Xu, G., Gan, J., Shen, Y., Shi, Y., Lin, Y. (2018). Epidemiology and Serum Metabolic Characteristics of Acute Myocardial Infarction Patients in Chest Pain Centers. *Iran J Public Health*, 47(7), 1017-1029.
- Dewhurst, W. (1992). Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 17(2), 81.
- Dias, D. d. S., Resende, M. V., ve Diniz, G. d. C. L. M. (2015). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27, 18-25.
- Dınvar, P. E. (2011). *Travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve tanrı algısı arasındaki ilişki*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Doerfler, L. A., Paraskos, J. A., ve Piniarski, L. (2005). Relationship of quality of life and perceived control with posttraumatic stress disorder symptoms 3 to 6 months after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25(3), 166-172.
- Drory, Y., Kravetz, S., ve Florian, V. (1999). Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: the contribution of salutogenic and pathogenic variables. Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. *Arch Phys Med Rehabil*, 80(7), 811-818. doi:10.1016/s0003-9993(99)90232-0

- DSM, I. (1994). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders 4. baskı Washington. DC, *The American Psychiatric Association*.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar disorders*, 5(6), 456-463.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., ve Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The lancet*, 367(9505), 153-167.
- Edmondson, D., Kronish, I. M., Shaffer, J. A., Falzon, L., ve Burg, M. M. (2013). Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a meta-analytic review. *Am Heart J*, 166(5), 806-814. doi:10.1016/j.ahj.2013.07.031
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R., ve Blank Jr, A. (1997). Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1576-1581.
- Eriksson, M., Asplund, K., ve Svedlund, M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 267-273.
- Evren, C., Dalbudak, E., Aydemir, O., Koroglu, E., Evren, B., Ozen, S., ve Coskun, K. S. (2016). Psychometric properties of the Turkish PTSD-Short Scale in a sample of undergraduate students. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 294-302.
- Figueiredo, J. H. C., Silva, N. A. d. S., Pereira, B. d. B., ve Oliveira, G. M. M. d. (2017). Major depression and acute coronary syndrome-related factors. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 108, 217-227.
- Fleury, J., Kimbrell, L. C., ve Kruszewski, M. A. (1995). Life after a cardiac event: Women's experience in healing. *Heart ve Lung*, 24(6), 474-482.
- Foa, E. B., ve Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46(4), 839-852. doi:10.1037//0022-3514.46.4.839
- Force, U. P. S. T. (2018). Perinatal depression: Preventive interventions. In.
- Forneris, C. A., Gartlehner, G., Brownley, K. A., Gaynes, B. N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., Woodell, C. L. (2013). Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 44(6), 635-650.
- Fuller, R. G. (1935). What happens to mental patients after discharge from hospital. *Psychiatric Quarterly*, 9(1), 95-104.
- Gelenberg, A. J. (2010). The prevalence and impact of depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 26446.
- Gersons, B. P., ve Carlier, I. V. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., ve Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 64(5), 748-757.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., Koifman, B., Keren, G., Roth, A., Kriwisky, M., Bleich, A. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(10), 21122.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., Koifman, B., Keren, G., Roth, A., Kriwisky, M., Bleich, A. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *J Clin Psychiatry*, 64(10), 1217-1223. doi:10.4088/jcp.v64n1012
- Guay, S., ve Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*: Pum.
- Gürdil, G. (2007). *Üniversite öğrencilerinde travma yaşantısı, stresle başa çıkma tarzları ve iç-dış kontrol odağı inancı ile riskli alkol kullanımı arasındaki ilişki*.Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

- Hallman, T., Thomsson, H., Burell, G., Lisspers, J., ve Setterlind, S. (2003). Stress, burnout and coping: differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8(4), 433-445.
- Hanna, A., Yael, E. M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Liora, O. (2020). ``It's up to me with a little support" - Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 101, 103416. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103416
- Hari, R., Begré, S., Schmid, J.-P., Saner, H., Gander, M.-L., von Känel, R. (2010). Change over time in posttraumatic stress caused by myocardial infarction and predicting variables. *Journal of psychosomatic research*, 69(2), 143-150.
- Hildingh, C., Fridlund, B., ve Lidell, E. (2007). Women's experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart & Lung*, 36(6), 410-417.
- Hillis, L. D., Smith, P. K., Anderson, J. L., Bittl, J. A., Bridges, C. R., Byrne, J. G., . . . Winniford, M. D. (2011). 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 124(23), e652-735. doi:10.1161/CIR.0b013e31823c074e
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Hobfoll, S. E. (1985). Limitations of social support in the stress process. In *Social support: Theory, research and applications* (pp. 391-414): Springer.
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes. *International handbook of traumatic stress syndromes*, 49-60.
- Hutchison, C. (1999). Social support: Factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of advanced nursing*, 29(6), 1520-1526.
- Imam, S. Z., Hashmi, S. H., Islam, M. G., Hussain, M. A., Iqbal, F., Ilyas, M., Khan, M. M. (2007). Liaison psychiatry and depression in medical inpatients. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 57(3), 159-162.
- Işık, E., Işık, U., ve Taner, Y. (2013). Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. *Ankara, Rotatıp Kitapevi*.

- Jacquet-Smailovic, M., Brennsthul, M. J., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C., ve Tarquinio, C. (2022). Relationship between Post-traumatic Stress Disorder and subsequent myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 297, 525-535. doi:10.1016/j.jad.2021.10.056
- Janoff-Bulman, R. (1982). Esteem and control bases of blame: "Adaptive" strategies for victims versus observers. *Journal of personality*, 50(2), 180-192.
- Jin, Y., Xu, J., Liu, H., ve Liu, D. (2014). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 67-73.
- Jones, E., ve Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of anxiety disorders*, 21(2), 164-175.
- Jones, R. C., Chung, M. C., Berger, Z., ve Campbell, J. L. (2007). Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with previous myocardial infarction consulting in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(543), 808-810.
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M., Beekman, A. T., Kluiters, H., ve Ribbe, M. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of affective disorders*, 83(2-3), 135-142.
- Jovanovic, T., Sakoman, A. J., Kozarić-Kovačić, D., Meštrović, A. H., Duncan, E. J., Davis, M., ve Norrholm, S. D. (2013). Acute stress disorder versus chronic posttraumatic stress disorder: inhibition of fear as a function of time since trauma. *Depression and anxiety*, 30(3), 217-224.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 989-991.
- Kaneko, Y., Motohashi, Y., Sasaki, H., ve Yamaji, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. *Community mental health journal*, 43(6), 583-590.
- Kayahan, M., ve Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Psychiatry*, 8, 52-61.

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Ferry, F. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
- Khan, Z., Musa, K., Abumedian, M., ve Ibekwe, M. (2021). Prevalence of Depression in Patients With Post-Acute Coronary Syndrome and the Role of Cardiac Rehabilitation in Reducing the Risk of Depression: A Systematic Review. *Cureus*, 13(12), e20851. doi:10.7759/cureus.20851
- Khorshid, L., ve Arslan, G. G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.
- Kılıçoğlu, A. (2007). *Stres ve beyindeki etkileri: Bir gözden geçirme*. Paper presented at the New/Yeni Symposium Journal
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/abuhbsd/issue/47888/761264>
- Kleim, B., ve Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(1), 45-52.
- Kokurcan, A., ve Hüseyin, H. Ö. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.
- Kring, A., ve Johnson, S. (2017). Anormal Psikolojisi/Psikopatoloji. 12. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., ve Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J Adv Nurs*, 44(4), 360-374. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02815.x
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., ve Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs*, 52(2), 113-124. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03571.x

- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., ve Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope—experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(3), 367-375.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.
- Kutlu, R., Özberk, D., ve Demirbaş, N. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 24(4), 672-679.
- Kutz, I., Shabtai, H., Solomon, Z., Neumann, M., ve David, D. (1994). Post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients: prevalence study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., ve Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95-100.
- Larson, E. A., German, D. M., Shatzel, J., ve DeLoughery, T. G. (2019). Anticoagulation in the cardiac patient: A concise review. *Eur J Haematol*, 102(1), 3-19. doi:10.1111/ejh.13171
- LeBeau, R., Mischel, E., Resnick, H., Kilpatrick, D., Friedman, M., ve Craske, M. (2014). Dimensional assessment of posttraumatic stress disorder in DSM-5. *Psychiatry research*, 218(1-2), 143-147.
- LeCuyer-Maus, E. A. (2003). Stress and coping in high-risk mothers: Difficult life circumstances, psychiatric-mental health symptoms, education, and experiences in their families of origin. *Public Health Nursing*, 20(2), 132-145.
- Leonhard, K. (2003). *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie: 54 Tabellen*: Georg Thieme Verlag.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Juneau, M., ve Thérioux, P. (2000). Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Archives of internal medicine*, 160(9), 1354-1360.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological psychiatry*, 60(2), 84-92.

- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., Sheps, D. S. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350-1369.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., ve Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J Health Soc Behav*, 20(2), 108-119.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Ahn, S. Y. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2095-2128.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., ve van Veldhuisen, D. J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*, 20(3), 162-169. doi:10.1097/00005082-200505000-00007
- Mallik, S., Spertus, J. A., Reid, K. J., Krumholz, H. M., Rumsfeld, J. S., Weintraub, W. S., Lichtman, J. H. (2006). Depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for highest rates in younger women. *Archives of internal medicine*, 166(8), 876-883.
- Malzberg, B. (1937). Mortality among patients with involution melancholia. *American Journal of Psychiatry*, 93(5), 1231-1238.
- Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T., ve Scurfield, R. M. (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*: American Psychological Association.
- Marsella, A. J., ve Kameoka, V. A. (1989). *Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology*. Paper presented at the Portions of this paper were presented at the workshop on "Depression and Suicide in Minorities," sponsored by the Division of Clinical Research, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland, Dec 7-8, 1987.
- Maslach, C., ve Jackson, S. (1981). Manual of Maslach Burnout Inventory. İkinci baskı. In: California, Consulting Psychologists Press.

- McFarlane, A. C. (1997). The prevalence and longitudinal course of PTSD: implications for the neurobiological models of PTSD. *Annals of the New York Academy of sciences*, 821(1), 10-23.
- McPhearson, R. W. (1998). *Posttraumatic stress disorder as a consequence of myocardial infarction: a study of contributing factors*: The University of Southern Mississippi.
- Meneghetti, C. C., Guidolin, B. L., Zimmermann, P. R., ve Sfoggia, A. (2017). Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends Psychiatry Psychother*, 39(1), 12-18. doi:10.1590/2237-6089-2016-0004
- Meneghetti, C. C., Guidolin, B. L., Zimmermann, P. R., ve Sfoggia, A. (2017). Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39, 12-18.
- Moskvina, V., Farmer, A., Swainson, V., O'Leary, J., Gunasinghe, C., Owen, M., Korszun, A. (2007). Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depression and anxiety*, 24(3), 163-168.
- Mum, N. (2011). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Çocuk ve Genç Tutuklularda Psikolojik Travma Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Nascimento, B. R., Brant, L. C. C., Marino, B. C. A., Passaglia, L. G., ve Ribeiro, A. L. P. (2019). Implementing myocardial infarction systems of care in low/middle-income countries. *Heart*, 105(1), 20-26. doi:10.1136/heartjnl-2018-313398
- Osler, M., Mårtensson, S., Wium-Andersen, I. K., Prescott, E., Andersen, P. K., Jørgensen, T. S. H., Jørgensen, M. B. (2016). Depression After First Hospital Admission for Acute Coronary Syndrome: A Study of Time of Onset and Impact on Survival. *American journal of epidemiology*, 183(3), 218-226. doi:10.1093/aje/kwv227
- Overholser, J. C. (1992). Sense of humor when coping with life stress. *Personality and individual differences*, 13(7), 799-804.
- Overholser, J. C., ve Silverman, E. J. (1998). Cognitive-behavioral treatment of depression, Part VIII. Developing and utilizing the therapeutic relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28(2), 199-214.

- Owens, M. J., ve Nemeroff, C. B. (1994). Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on the serotonin transporter. *Clinical chemistry*, 40(2), 288-295.
- Ozer, Z. C., Senuzun, F., ve Tokem, Y. (2009). Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction. *Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir*, 37(8), 557-562.
- Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., ve Oğuzhanoglu, N. K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.
- Panthee, B., Kritpracha, C., ve Chinnawong, T. (2011). Correlation between Coping Strategies and Quality of Life among Myocardial Infarction Patients in Nepal. 2011, 1(2), 8. doi:10.14710/nmjn.v1i2.976
- Pedersen, S. S., Middel, B., ve Larsen, M. L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1171-1175.
- Pedersen, S. S., Middel, B., ve Larsen, M. L. (2003). Posttraumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patients. *Heart & Lung*, 32(5), 300-307.
- Pedersen, S. S., Van Domburg, R. T., ve Larsen, M. L. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian journal of psychology*, 45(4), 313-318.
- Petrowski, K., Brähler, E., ve Zenger, M. (2014). The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 1-9.
- Polatinsky, S., ve Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(4), 709-718.
- Prati, G., ve Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.
- Rabinowitz, B., ve Florian, V. (1992). Chronic Obstructive Pulmonary Disease- Psycho-Social Issues and Treatment Goals. *Social work in health care*, 16(4), 69-86.

- Ramsay, R. (1990). Invited review: post-traumatic stress disorder; a new clinical entity? *Journal of psychosomatic research*, 34(4), 355-365.
- Reddy, P., Dunbar, J. A., Morgan, M. A., ve O'Neil, A. (2008). Coronary heart disease and depression: getting evidence into clinical practice. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 24(3), 223-230.
- Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Taylor, R. S. (2017). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), Cd002902. doi:10.1002/14651858.CD002902.pub4
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., ve Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 100(2), 214.
- Sadock, B. J. (2007). Kaplan ve Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., ve Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1): lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
- Sadr Bafghi, S. M., Ahmadi, N., Yassini Ardekani, S. M., Jafari, L., Bitaraf Ardekani, B., Heydari, R., Faraji, R. (2018). A Survey of Coping Strategies With Stress in Patients With Acute Myocardial Infarction and Individuals Without a History of Fixed Myocardial Infarction. *Cardiol Res*, 9(1), 35-39. doi:10.14740/cr655w
- Salminen-Tuomaala, M., Astedt-Kurki, P., Rekiaro, M., ve Paavilainen, E. (2012). Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction-A Grounded Theory Approach. *Nurs Res Pract*, 2012, 674783. doi:10.1155/2012/674783
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter III, E. H., ve Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic medicine*, 47(2), 156-163.
- Schwaab, B. (2018). [Cardiac Rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 57(2), 117-126. doi:10.1055/s-0043-120904
- Shahrbabaki, P. M., Nouhi, E., Kazemi, M., ve Ahmadi, F. (2017). Spirituality: A panacea for patients coping with heart failure. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(1), 38.

- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 265-273.
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D., Golik, A. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *General hospital psychiatry*, 23(4), 215-222.
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, I., Rudnick, A., Vered, Z., ve Cotter, G. (2004). Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 66(4), 521-526.
- Skinner, T. C., John, M., ve Hampson, S. E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric psychology*, 25(4), 257-267.
- Smith, R. E., Ascough, J. C., Ettinger, R. F., ve Nelson, D. A. (1971). Humor, anxiety, and task performance. *Journal of personality and social psychology*, 19(2), 243.
- Smith, T. W., ve Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 548.
- Son, H., Friedmann, E., Thomas, S. A., ve Son, Y. J. (2016). Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. *Int J Nurs Pract*, 22(5), 493-502. doi:10.1111/ijn.12465
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological bulletin*, 120(1), 83.
- Straton, J. B., Wang, N. Y., Meoni, L. A., Ford, D. E., Klag, M. J., Casarett, D., ve Gallo, J. J. (2004). Physical functioning, depression, and preferences for treatment at the end of life: the Johns Hopkins Precursors Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 577-582.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., ve Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.

- Sun, Z., Yu, C., Zhou, Y., ve Liu, Z. (2021). Psychological Interventions for Healthcare Providers With PTSD in Life-Threatening Pandemic: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*, 12, 697783. doi:10.3389/fpsyt.2021.697783
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Sürme, Y. (2019). Stres, Stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi, *Journal of International Social Research*, 12(64).
- Swickert, R. J., Hittner, J. B., ve Foster, A. (2012). A proposed mediated path between gender and posttraumatic growth: the roles of empathy and social support in a mixed-age sample. *Psychology*, 3(12), 1142.
- Şahin, M. K., Aker, S., Şahin, G., ve Karabekiroğlu, A. (2020). Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of community health*, 45(6), 1168-1177.
- Şahin, N. H., Basım, H. N., ve Akkoyun, N. (2011). A-tipi kişilik ve stres ilişkisinde üç önemli bileşen: Öfke, etkisiz başa çıkma ve iş saplantısı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(68), 31-44.
- Şahin, S., ve Hepsöğütü, Z. B. (2018). High school students psychological resilience levels and coping strategies. *European Journal of Education Studies*.
- Taghaddosi, M., Dianati, M., Fath Gharib Bidgoli, J., ve Bamonaran, J. (2010). Delay and its related factors in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction. *ARYA Atheroscler*, 6(1), 35-41.
- Tang, B., Deng, Q., Glik, D., Dong, J., ve Zhang, L. (2017). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1537.
- Tarkka, M. T., Paavilainen, E., Lehti, K., ve Åstedt-Kurki, P. (2003). In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 736-743.
- Tedstone, J. E., ve Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical psychology review*, 23(3), 409-448.
- Tennant, C., ve McLean, L. (2001). The impact of emotions on coronary heart disease risk. *J Cardiovasc Risk*, 8(3), 175-183. doi:10.1177/174182670100800309

- Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*, 21(1), 30-38. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x
- Thompson, R. N. (1999). *Prediction of trauma responses following myocardial infarction*: West Virginia University.
- Thorson, J. A., Powell, F. C., Sarmany-Schuller, I., ve Hamps, W. P. (1997). Psychological health and sense of humor. *Journal of clinical psychology*, 53(6), 605-619.
- Tulloch, H., Greenman, P. S., ve Tassé, V. (2014). Post-traumatic stress disorder among cardiac patients: prevalence, risk factors, and considerations for assessment and treatment. *Behavioral Sciences*, 5(1), 27-40.
- Tully, P. J., Ang, S. Y., Lee, E. J., Bendig, E., Bauereiß, N., Bengel, J., ve Baumeister, H. (2021). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(12), Cd008012. doi:10.1002/14651858.CD008012.pub4
- Uchino, B. N., Uno, D., ve Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 145-148.
- Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., ve Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*, 31(6), 459-471. doi:10.1002/da.22217
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues Clin Neurosci*, 2(1), 7-22. doi:10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdolk
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Williams, B. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*, 42(34), 3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
- von Känel, R., Hari, R., Schmid, J. P., Wiedemar, L., Guler, E., Barth, J., Begré, S. (2011). Non-fatal cardiovascular outcome in patients with posttraumatic stress symptoms caused by myocardial infarction. *Journal of cardiology*, 58(1), 61-68.
- Weiten, W., Dunn, D. S., ve Hammer, E. Y. (2014). *Psychology applied to modern life: Adjustment in the 21st century*: Cengage Learning.

- Williams, R. B., Barefoot, J. C., ve Schneiderman, N. (2003). Psychosocial risk factors for cardiovascular disease: more than one culprit at work. *Jama*, 290(16), 2190-2192.
- Willis, R. (2014). *Works of William Harvey*: University of Pennsylvania Press, Incorporated.
- Wynn, A. (1967). Unwarranted emotional distress in men with ischaemic heart disease (IHD). *The Medical Journal of Australia*, 2(19), 847-851.
- Yagli, N. V., Ince, D. I., Saglam, M., Kuetuekcue, E. C., ve Arikan, H. (2015). Determinants of anxiety and depression level in patients with acute coronary syndrome. *turkih journal of physiotherapy rehabilitation-fizyoterapyrehabilitasyon*, 26(1), 40-46.
- Yarvis, J. S. (2004). *Subthreshold PTSD: A comparison of depression and alcohol problems in Canadian peacekeepers with different levels of traumatic stress*: University of Georgia.
- Ye, Z., Yang, X., Zeng, C., Wang, Y., Shen, Z., Li, X., ve Lin, D. (2020). Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1074-1094.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zuidersma, M., Thombs, B. D., ve De Jonge, P. (2011). Onset and recurrence of depression as predictors of cardiovascular prognosis in depressed acute coronary syndrome patients: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 227-237.

EKLER

Ek 1. Ölçekler

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümtüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hataların için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürtürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görüntüümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendiriyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Demografik Bilgi Formu

Tarih:

Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek () Diğer ()

Yaşınız?.....

Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul mezunu () Ortaokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora ()

Medeni Durumunuz nedir?

Evli () Bekar () ilişkisi var () ilişkisi yok () boşanmış/dul ()

Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Gelir Seviyeniz?

0-3000 TL () 3001-5000 TL () 5001-10000 TL () 10000'in üzeri ()

Kaç kez kalp krizi geçirdiniz? 1 () 2 () 3 ve üzeri ()

Birinci dereceden yakınlarınızdan kalp krizi geçiren kimse var mıdır? Evet () Hayır ()

İlk kalp krizinizden ne kadar zaman geçti?

Bir aydan az () bir aydan fazla () 6 ay () 1 yıl ve üzeri ()

Daha Önce ruh sağlığı doktoruna (Psikiyatri) giderek ilaç tedavisi aldınız mı? Evet () Hayır ()

Eğer ruh sağlığı doktoruna (Psikiyatri) gittiyseniz ilaç tedavisine devam ediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Psikoterapi ile tedavi aldınız mı? Evet () Hayır ()

Psikoterapiye devam ediyor musunuz? Evet () Hayır ()

Aynı anda hem ilaç hem psikoterapi aldınız mı? Evet () Hayır ()

Şu anda hem psikoterapi hem de ilaç tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümle her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlanma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız. 1. Asla böyle bir şey yapmam 2. Çok az böyle yaparım 3. Orta derecede böyle yaparım 4. Çoğunlukla böyle yaparım				
Madde				
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KISA ÖLÇEĞİ					
Aşırı şiddetli olay ya da yaşantı sonrasında ortaya çıkan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki her bir sorun GEÇTİĞİMİZ YEDİ (7) GÜN içinde sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve size uygun olacak şekilde işaretleyiniz.					
	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça	Aşırı
1. Aniden geçmişte yaşanan stresli yaşantıyı tekrar şu an yeniden yaşıyormuş gibi davrandığın ya da hissettiğin, geçmişte gösteren sahnelerin (flashback) olması (örneğin, stresli yaşantının bir parçasını görerek, duyarak, koku alarak veya fiziksel olarak hissederek stresli olayı yeniden yaşama)					
2. Bir şey size stres veren deneyiminizi hatırlattığında kendinizi duygusal olarak oldukça kötü hissetme					
3. Size stres veren deneyimi hatırlatan düşünce, his veya fiziksel duyumlardan kaçınmaya çalışma					
4. Bu stresli olayın yaşanmasının sizin ya da bir başkasının (size doğrudan olarak zarar vermemiş birisi) yanlış bir şey yapmasından ya da engellemek için mümkün olan her şeyi yapmadığınızdan ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden olduğunu düşünme					
5. Stresli bir yaşantıdan sonra çok olumsuz bir duygusal durumda olma (örneğin, çok fazla endişe, öfke, suçluluk, utanç veya korku yaşıyordunuz)					
6. Geçmişte yapmaktan keyif aldığınız aktivitelerden, yaşadığınız bu stresli olaydan sonra ilginizi kaybetme					
7. Diken üzerinde olma, alarmda olma ya da sürekli tehlike için tetikte olma					
8. Beklenmedik bir gürültü duyduğunuzda ürkek hissetme ya da kolayca irkilme					
9. Başka insanlara bağırıp çağırarak, kavga edecek ya da bir şeylere zarar verecek kadar sinirli ya da öfkeli olma					

ÖZ GEÇMİŞ

Canan ÇAKABAY BARMAN, 2018 yılında İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun olmuştur. Selenyum Psikoloji ve İstanbul Hospital hastanesinde stajyer olarak çalışmıştır. Şu anda bölümü ile ilgili başta Kognitif Davranışçı Terapi Derneğinden BDT eğitimi olmak üzere pek çok terapi ve test eğitimi almaya devam etmektedir. 2020 yılında yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Halihazırda İstanbul Hospital hastanesi ve Bakırköy Psikolojide gönüllü olarak çalışmaya devam etmektedir.

