

## KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, HOSTİLİTE (DÜŞMANLIK, ÖFKE) VE SOSYAL DESTEĞİN MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (KALP KRİZİ) GEÇİREN HASTALARIN KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Gülay DİRİK\*  
Gökhan ŞAHİN\*\*

### ÖZET

*Bu çalışmanın amacı, kalp hastalıklarından en yaygın olarak görülen miyokard infarktüsü (Mİ, kalp krizi) geçirmiş bireylerin, kaygı, depresyon ve genel psikolojik sıkıntı düzeyleri ile ilişkili olarak kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin incelenmesidir. Araştırmanın örneklemini Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Bursa Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisinde tedavi gören 78 miyokard infarktüs hastası oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için katılımcılara öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre Mİ geçirmiş hastalar psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar. Kişilik özelliklerinden nörotisizm düzeyi arttıkça kaygı, depresyon ve genel psikolojik sıkıntuların düzeyi de artmaktadır. Ayrıca dışa dönüklük düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır. Sonuçlar kişilik özelliklerinin Mİ geçiren hastaların psikolojik sıkıntıları ile ilişkili olduğunu göstermiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Miyokard infarktüs, kişilik özellikleri, hostilite, kaygı, depresyon.

---

\* Öğr. Gör. Dr.; Uludağ Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Bursa, e-posta: gdirik@uludag.edu.tr

\*\* İrem Özel Eğitim ve Rehberlik Merkezi, Bursa

## ABSTRACT

### The Relationship of Personality Characteristics, Hostility and Social Support With Anxiety and Depression in Myocardial Infarction Patients

*The aim of this study is to investigate the relationship between personality characteristics and hostility with anxiety, depression, and general psychological distress level of patients who had myocardial infarction (MI), which is a prevalent cardiovascular disease. The sample consisted of 78 myocardial infarction patients being treated in both Bursa Uludağ University Hospital and Bursa State Hospital. In order to collect data, self-report instruments were administered to MI patients. According to regression analysis, MI patients experienced psychological distress. As the level of neuroticism, a personality characteristic, increases; the level of anxiety, depression, and psychological distress increases, too. In addition, when the level of extraversion increases, the level of depression also decreases. The results revealed that personality characteristics are related to experience of psychological distress in MI patients.*

**Key Words:** *Myocardial infarction, personality characteristics, hostility, anxiety, depression.*

Kalp ve damar hastalıkları toplumda sıkça karşılaşılan ve son 10 yılda nedeni bilinen ölüm olaylarının % 42'sini oluşturan, önemle ele alınması gereken ciddi bir sağlık sorunudur (Onat ve ark., 2001). Özellikle bu hastalıklara teşhis konmasında ve tedavilerinde yaşanan ilerlemeler, yaşam tarzındaki olumlu değişimler gibi koruyucu sağlık önlemlerinin etkinliği ile başta Amerika, Japonya olmak üzere pek çok batılı ülkede kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler önemli oranda azalmıştır (Aksoy ve ark., 2002). Tüm bu gelişmelere rağmen ülkemizde kalp ve damar hastalıkları nedeni ölüm oranı 1960'larda % 20 iken, 1990'larda % 40 - % 50 seviyelerine çıkmıştır. Bu artışın, ülkemizin, Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinin yıllar önce vazgeçtiği yaşam tarzını benimsemiş ve sürdürüyor olmasıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (Aksoy ve ark., 2002).

Kalp ve damar hastalıkları içinde en sık rastlanan rahatsızlıklardan biri miyokard infarktüsüdür (Mİ). Kalp kasındaki dokuların, yeterli kan akışının sağlanamaması nedeniyle ölmesi olayına miyokard infarktüs adı verilir (Kulan, 2001). Bir kişinin Mİ geçirmesinin pek çok sebebi olabilir. Ağır fiziksel iş yükü (Onat, 2001), mevsimsel etkiler (kış ayları), uykusuzluk, gece geç saatlerde aşırı ve ağır yemek yeme, alkol ve sigara kullanılması (Yıldız ve Pınar, 2004), kan basıncındaki ani değişimler ve yaşanan ani duygusal gerilimler (Heper, 2002) infarktüs ortaya çıkarabilecek durumlardır. Ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan kişilerde, daha önce

infarktüs geçirmiş olan kişilerde, yaşlılarda ve erkeklerde Mİ görülme olasılığı daha yüksektir (Duran, 2004; Kannel ve ark., 2004). Bunlar bireylerin engelleyemeyeceği Mİ risk faktörleridir. Sigara içme (Demiralp ve ark., 2004; Teo ve ark., 2006), yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, aşırı şişmanlık (Sönmez ve ark., 2004), fiziksel aktivite düzeyinin düşüklüğü ve psikososyal stres (Yusuf ve ark., 2004) ise kişilerin gayreti ve uzmanların yardımlarıyla değiştirilmesi mümkün olan risk faktörleridir.

Türk halkında kalp hastalığına bağlı ölüm oranı Avrupa ülkeleri içinde en üst seviyelerde bulunmaktadır (Onat ve ark., 2001). Kalp hastalıklarının tedavisinde erken tanı çok büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de kalp hastalarının büyük çoğunluğu, erken dönemlerde değil de hastalığın ileri aşamalarından sonra kliniklere başvurmaktadır. Hastalığın ileri seviyelerinde hem hasta hem de hekim tedavi yönünden zorluk yaşamaktadır. Erken müdahale ile olası bir kriz engellenebilecek iken, erken müdahale edilmediğinden kalp krizi meydana gelmekte, kalıcı hasar bırakabilmekte ya da ölümle sonuçlanmaktadır. Doktorların tedavide tam anlamıyla başarılı olabileme şansları azalmaktadır. Oysa gelişmiş toplumlarda kalp hastalıkları çok erken aşamalarda teşhis ve tedavi edilmektedirler (Duran, 2004).

Kalp hastalıklarının oluşmasında ve ortaya çıkmasında psiko-sosyal faktörler önemli rol oynamaktadırlar. Bu durum kalp hastalıklarından biri olan miyokard infarktüsü için de geçerlidir. Bu alanda yapılan çalışmalardan birisi Uluslararası Kalp (INTERHEART) çalışmasıdır. Çalışma 52 ülkede 11.119 kalp hastası ve 13.648 kişiden oluşan kontrol grubunda psiko-sosyal risk faktörleri ile akut miyokard infarktüs riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmış ve başlıca dört faktör sorgulanmıştır: İşte stres, evde stres, parasal stres ve son bir yılda stresli bir yaşam olayının varlığı. Akut Mİ geçiren hastalarda, bu dört faktörün de sıklıkları daha yüksek bulunmuştur (Yusuf ve ark., 2004). Bu dört faktörün yanı sıra, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda son bir yıl içinde kontrol grubuna göre stresli olay geçirme ve depresyonun da daha sık olduğu tespit edilmiştir (Vural ve Başar, 2006).

Kalp hastalıklarının oluşması bazı kişilik özellikleri ile de ilişkili bulunmuştur. Kişilik özellikleri bireylerin çevrelerine verdikleri tepkileri ve çevrelerindeki uyaranları algılayışlarını doğrudan etkilemektedirler. Bireyin hayatının her alanına etki eden ve kendi içinde bir tutarlılığı olan kişilik özellikleri kalp hastalıklarının oluşmasında da rol oynamaktadırlar. Suarez (2006) depresyon ve kaygı belirtileri gösteren, ayrıca öfke ve düşmanlık düzeyleri yüksek olan kişilerin kalp rahatsızlığı geçirme olasılıklarının, bu yapılarla sahip olmayan kişilere oranla arttığını, tüm bu risk faktörlerini bir

arada barındıran, negatif kişilik olarak adlandırılan örüntüye sahip kişilerin ise en ciddi risk grubunu oluşturduğunu belirlemiştir.

Kişilik özelliklerinin kalp hastalarında, hastalık öncesi dönemde, hastalığa yakalanma riskini artırdığı gibi, iyileşme döneminde de etkili bir faktör olduğu bulunmuştur. Pedersen ve arkadaşları (2007) kalp hastalarına uygulanan tedaviden ne kadar faydalanabildiklerini belirlemek için yaptıkları araştırmada tedaviden 12 ay sonra, D tipi kişilik (olumsuz duygulara meyilli) özelliği taşıyan hastaların genel sağlık durumlarındaki iyileşmeye rağmen bu iyileşmeyi kabullenmemiş olduklarını ve zihinsel olarak tedaviden fayda sağlamadıklarını gözlemlemiştir.

Kalp hastalıkları ile ilişkili bulunan diğer faktörler ise öfke ve hostilitedir. Öfke, hafif düzeyde sınırlılıktan şiddetli sınırlılık düzeyine uzanan duygusal bir deneyimdir. Hostilite ise bireyi diğer kişilere, çevreye, ya da nesnelere zarar verecek şekilde saldırgan davranışa yönelten davranış şekli olarak tanımlanır (Vural ve Başar, 2006). Hostilite, diğer bireylere karşı duyulan negatif inançlar sistemidir ve kişiyi öfkeye daha yatkın bir birey yaparak, sağlığını da doğrudan etkilemektedir (Smith, 1992). Dembroski ve arkadaşları (1989) miyokard infarktüs ve ani ölümlerle hostilite ilişkisini inceledikleri çalışmalarında hostilitenin kalp-damar hastalıkları için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır.

Smith ve arkadaşları (1988) ve Diong ve arkadaşları (2005) çalışmalarında sınırlı olan ve düşmanlık duyguları barındıran kişilerin bu özellikleri nedeniyle normalden farklı tepkiler vererek çevreleri ile ilişkilerinde stresli ortamlar yarattıklarını ve çevreden gerekli sosyal desteği alamadıklarını ileri sürmüşlerdir. Smith ve arkadaşları (1988) daha sık öfke ve düşmanlık duyguları yaşayan bireylerin aile üyeleri ile daha çok çatışma yaşadıklarını ve evliliklerinden daha az doyum sağladıklarını belirlemiştir. Bu durum da bireyi kalp hastalıklarına karşı daha riskli duruma getirmektedir.

Sosyal destek bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Yüksek düzeyde sosyal destek algılayan bireyler sevildiklerine, değerli olduklarına ve ihtiyaç duyduklarında yardım alabilecekleri kişilerin olduğuna inanmaları nedeniyle günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlar ile daha kolay baş edebilmektedirler. Bu kişiler herhangi bir stresli olay ile karşılaştıklarında olayı daha az tehdit edici olarak değerlendirebilmekte ve daha iyi baş edebilmektedirler. Böylece psikolojik ve fiziksel olarak daha sağlıklı olabilmektedirler (Schwarzer ve Leppin, 1991).

Pek çok çalışmada, fiziksel (bedensel) hastalıkları olan bireylerde sosyal desteğin psikolojik sağlık üzerindeki etkileri incelenmiş (Bisschop ve ark., 2004, Nielsen, 2003) ve sosyal desteğin, fiziksel sağlığı bozuk bireylerin psikolojik sağlığını etkilediği bulunmuştur. Kronik ve akut kalp

hastalığı olan (Holahan ve ark., 1995) ve koroner arter hastalığı (Barefoot ve ark., 2000) olan bireyler ile yapılan çalışmalarda da yetersiz düzeyde sosyal destek depresyon düzeyinin artması ile ilişkili bulunmuştur. Başka bir deyişle, yüksek düzeyde sosyal destek algılayan hastalar daha düşük düzeyde depresif belirtiler göstermektedirler. Orth-Gomer ve arkadaşları (1993) ve Knoxx ve arkadaşları (1998) ise yetersiz sosyal desteğin kalp-damar hastalıkları için önemli bir risk faktörü olduğunu, Hemingway ve Marmot (1999) ise ölüm olasılığını arttırıcı bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Kısaca, sosyal destek kalp ve damar hastalığı olan bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığı açısından önemli bir faktördür.

Kalp ve damar hastalığı olan bireyler sıklıkla kaygı ve depresyon gibi psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar. Kişinin kaygı ve depresyon düzeyinin yüksek olması ise miyokard infarktüsü sonrasındaki iyileşme dönemini olumsuz şekilde etkilemektedir. Glassman ve Shapiro (1998) depresif hastalarda infarktüsten hemen sonraki dönemde ölüm olaylarına daha sık rastlandığını belirlemiştir. Depresyon tedavisinin, krizin yol açtığı ölümlerin oranını azaltabileceğine yönelik kesin bulgular olmasa da, kriz sonrası depresyon için tedavi almanın, iyileşme dönemini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Strik ve ark., 2003).

Kalp ve damar hastalıklarında kaygı, sıklıkla meydana gelen, yaşam kalitesini azaltan, yeti yitimine, gereksiz sağlık harcamalarına ve tekrar hastaneye yatmaya neden olan bir sorundur (Vural ve Başar, 2006). Yapılan araştırmalar, yüksek düzeydeki kaygının kalp hastalığı riskini arttırdığı görüşünü desteklemektedir. Geleneksel kalp hastalıkları risk faktörleri (sigara, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol) kontrol edildikten sonra, kaygının erkeklerde 5 yıllık süre içerisinde bir başka kalp hastalığının ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu bulunmuştur (Strik ve ark., 2003). Kalp krizi geçirdikten sonra da, tekrar kalp krizi geçirme endişesi bireylerin kaygı yaşamasına ve iyileşme sürecinin gecikmesine neden olabilmektedir.

Yukarıda verilen literatür ışığında, bu çalışmanın amacı günümüz toplumunun en önemli kalp ve damar hastalıklarından birisi olan Mİ (kalp krizi) geçirmiş hastalarda kaygı ve depresyonu yordayan çeşitli faktörleri incelemektir. Bu nedenle, kişilik özellikleri, hostilite ve algılanan sosyal desteğin, Mİ geçirmiş hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile olan ilişkileri incelenmiştir.

## **Yöntem**

### **Örneklem**

Araştırmanın örneklemini ‘Bursa Devlet Hastanesi’ ve ‘Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin kardiyoloji kliniklerinde tedavi

görmekte olan miyokard infarktüsü geçirmiş 16 kadın (% 20.5) ve 62 erkek (% 79.5) toplam 78 hasta oluşturmaktadır. Hastaların yaşları 38-74 (ort.= 55.31; s.s.= 9) arasında değişmektedir. Psikiyatrik tanısı ve zeka geriliği olan kişiler ve 75 yaşın üzerindeki hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Sosyodemografik değişkenlerle ilgili detaylı bilgi için Tablo 1'e bakınız.

**Tablo 1.** Sosyodemografik Değişkenler

Değişkenler	Yüzde/Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ranj
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	20.5 (16)			
Erkek	79.5 (62)			
Yaş		55.31	9.00	38-74
<b>Gelir Düzeyi</b>				
Düşük	9.0 (7)			
Orta	80.8 (63)			
Yüksek	10.3 (8)			
<b>Eğitim süresi (yıl)</b>		6.58	4.12	0-17
<b>Yaşadığı ortam</b>				
Ailesi ile birlikte	89.7 (70)			
Yalnız	10.3 (8)			
<b>Son 1 yılda stresli bir olay yaşama</b>	32.1 (25)			

Sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde örneklemin çoğunlukla erkek, orta yaş üzeri ve orta düzeyde gelire sahip hastalardan oluştuğu görülmektedir.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmada bu araştırma için geliştirilmiş olan Sosyo-demografik ve Hastalıkla İlişkili Değişkenler Formu ve Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış- (EKA-GGK) Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Kısa Semptom Envanteri'nin 'hostilite' alt ölçeği kullanılmıştır.

#### **Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış- (EKA-GGK) Formu**

Eysenck ve Eysenck'in (1975) ileri sürdükleri kişilik özelliklerinin, içe dönüklük-dışa dönüklük, nörotisizm ve psikotisizm boyutlarını ölçmek

için değişik uzunluklarda pek çok ölçek geliştirilmiştir. Eysenck ve Barret (1985) kişilik özelliklerini belirlemek için 100 maddelik bir ölçek geliştirmişlerdir (akt. Katz ve Francis, 2000). Bu ölçek değişik araştırmacılar tarafından kısaltılmıştır. Francis ve arkadaşları (1992) yetişkinlerde uygulanmak üzere 24 maddelik Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış'ı (EKA-GGK) oluşturmuşlardır. EKA-GGK ile kişiliğin nörotisizm, psikotisizm, dışa dönüklük ve yalan boyutlarının her biri altı madde ile ölçülmektedir. Francis ve arkadaşları (1992) EKA-GGK'nın güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğunu belirlemişlerdir.

Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış– (EKA-GGK) evet-hayır şeklinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karancı ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. EKA-GGK'nın Türkçe versiyonunun test tekrar-test güvenilirliği nörotisizm boyutu için .82, psikotizm boyutu için .69, dışa dönüklük boyutu için .84 ve yalan boyutu için .69 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı nörotisizm için .78, psikotizm için .42, dışadönüklük için .65, yalan alt ölçeği için .64 olarak bulunmuştur (Karancı ve ark., 2007).

### **Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği**

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği fiziksel hastalığı olan bireylerde kaygı ve depresyon düzeyini belirlemek üzere Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, anksiyete ve depresyonu ölçen 2 alt ölçekten oluşmaktadır. 14 maddeden oluşan ölçeğin 7 maddesi depresyon, 7 maddesi de kaygı düzeyini belirlemektedir. Ölçekte yer alan sorular ile yaşanan psikolojik sıkıntı düzeyi 0–3 arasında 4'lü derecelendirme ile puanlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Sonuçlar HAD ölçeğinin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

### **Kısa Semptom Envanteri**

Kısa Semptom Envanteri (KSE) Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiştir. KSE 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir. Bireyler yaşadıkları sıkıntıları 0 (hiç) - 4 (çok fazla) değerleri arasında derecelendirmektedirler. Ölçekte dokuz alt ölçek yer almaktadır, bunlar; somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotisizmdir (Şahin ve ark., 2002). KSE'nin Türkçe uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Türkçe formu'nun faktör analizi sonuçlarına göre; anksiyete ( $\alpha$  .87), depresyon ( $\alpha$  .88), olumsuz benlik ( $\alpha$  .87),

somatizasyon ( $\alpha .75$ ), ve hostilite ( $\alpha .76$ ), adı verilen beş faktör belirlenmiştir (Şahin ve ark., 2002). Bu çalışmada kalp hastalarının hostilite düzeyinin belirlenmesi amacıyla KSÖ'nün hostilite alt ölçeği kullanılmıştır.

## Uygulama

Araştırma öncesinde, Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi yönetiminden ve Bursa Devlet Hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Haftanın değişik günlerinde bu hastanelerin kardiyoloji kliniklerine gidilerek, görevli doktorların yönlendirmesi ile kalp krizi geçirmiş 81 hasta ile görüşülmüştür. Bu hastalardan üçü araştırma deseni için belirlenen yaş sınırının üzerinde olması sebebi ile çalışmaya dahil edilmemiştir. Veri toplama sürecinde, hastaların cevaplarının farklı faktörlerden etkilenmemesi için sabahları, ziyaret saatleri öncesi tercih edilmiştir. Örneklem tamamen gönüllülük esasına göre oluşturulmuştur. Hastalarla konuşularak, her birine araştırmanın amacı ve ölçekle ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra onayları alınmıştır. Hastaların bir kısmı soruları kendi okuyup cevaplamış, bir kısmına ise sorular okunarak cevapları kaydedilmiştir. Anketler 15-20 dakika gibi bir sürede tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Şubat-Mayıs 2007 tarihleri arasında 3.5 ay içerisinde toplanmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Toplanan verilerin istatistiksel analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS 10) kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonlar Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin güvenilirlik değerleri incelenmiştir. Son olarak da depresyon ve kaygı ile ilişkili değişkenleri belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

## Bulgular

### Hastalıkla İlgili Değişkenler

Hastalıkla ilgili değişkenler ile ilgili detaylı bilgi için Tablo 2'ye bakınız.

Hastalıkla ilişkili değişkenler incelendiğinde, katılımcılardan 25 kişi (% 32.1) sigara içtiğini belirtmiştir. Daha önce herhangi bir kalp hastalığı olan katılımcı sayısı 18 (% 23.1), daha önce kalp krizi geçirmiş katılımcı sayısı ise 19'dur (% 24.4). Herhangi bir nedenle daha önce ameliyat olmuş 27 (% 34.6) katılımcı bulunmaktadır. Kalp rahatsızlığı dışında başka bir



hastalığı olan katılımcı sayısı 39 (% 50) dur. Son bir yıl içerisinde stres yaratacak bir olay yaşayan katılımcı sayısı 25'dir (% 32.1).

**Tablo 2.** Hastalıkla İlgili Değişkenler

Değişkenler	Yüzde/Sayı
<b>Sigara İçme</b>	
İçen	32.1 (25)
İçmeyen	66.7 (52)
<b>Daha önceden kalp hastalığının varlığı</b>	
Kalp hastalığı olan	23.1 (18)
Kalp hastalığı olmayan	76.9 (60)
<b>Daha Önceden Kalp Krizi geçirme</b>	
Geçiren	24.4 (19)
Geçirmeyen	75.6 (59)
<b>Daha önce herhangi bir ameliyat olma</b>	
Ameliyat olan	34.6 (27)
Ameliyat olmayan	65.4 (51)
<b>Başka bir hastalığın varlığı</b>	
Başka hastalığı olan	50 (39)
Başka hastalığı olmayan	50 (39)
<b>Daha önceden hastaneye yatma</b>	
Yatan	41 (32)
Yatmayan	59 (46)

### **Kişilik Özellikleri**

EKA-GGK kişilik özelliklerini nörotisizm, psikotizm ve dışa dönüklük olmak üzere üç boyutta değerlendirmektedir.

Nörotisizm düzeyinin belirlenmesi için ölçeğin 6 maddesi toplandı (ort.= 3.47, s.s= 1.62, min.= 0, maks.= 6). Nörotisizm'in Kuder Richardson 20 alfa değeri .57 olarak bulundu. Dışa dönüklük düzeyinin belirlenmesi için 6 madde toplandı (ort.= 3.39, s.s= 1.68, min.= 0, maks.= 6). Dışa dönüklüğün Kuder Richardson 20 alfa değeri .62 olarak bulundu. Psikotizm düzeyinin belirlenmesi için ise ölçeğin 6 maddesi toplandı (ort.= 1.02, s.s= 0.95, min.= 0, maks.= 3). Psikotizm'in Kuder Richardson 20 alfa değeri .15 olarak bulundu.

### **Sosyal Destek**

Kişilerin çevrelerinden algıladıkları sosyal desteği belirleyebilmek amacıyla hastalara 3 soru soruldu ve bu 3 madde toplanarak toplam sosyal destek puanı elde edildi. Aileden algılanan sosyal desteği ölçen maddenin ortalaması 4.13 (s.s= 0.92, min.= 1, maks.= 5), arkadaşlardan algılanan sosyal desteği ölçen maddenin ortalaması 3.49 (s.s= 1.13, min.= 1, maks.= 5) ve sağlık elemanlarından algılanan sosyal desteği ölçen maddenin ortalaması 3.70 (s.s= 0.91, min.= 1, maks.= 5) olarak bulundu.

Toplam algılanan sosyal destek puanının ortalaması 11.32 (s.s= 2.29, min.= 4, maks.= 15) olarak bulundu. Cronbach alfa güvenilirliği .67 olarak bulundu. Bu sonuçlara göre katılımcıların yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları belirlendi.

### **Hostilite (Düşmanlık, Öfke)**

Katılımcıların hostilite düzeylerini ölçmek amacıyla Kısa Semptom Envanteri'nin 5 maddelik Hostilite alt ölçeği kullanıldı. Ölçeğin ortalaması 6.55 (s.s= 3.84, min.= 0, maks.= 17) olarak bulundu. Cronbach Alfa güvenilirlik değeri .65 olarak bulundu. Ölçekten alınabilecek en yüksek puana göre kıyaslandığında katılımcıların hostilite düzeyinin düşük olduğu bulundu.

### **Kaygı ve Depresyon**

Hastaların toplam kaygı puanlarını belirlemek için HAD ölçeğinin 7 maddesi toplandı (ort= 9.83, s.s= 3.38, min.= 0, maks.= 19). 56 Mİ hastası (% 83.4) kaygı ölçeğinde olası kaygı puanı kesme noktası  $\geq 8$  üzerinde puan almıştır. Cronbach alfa güvenilirlik puanı .63 olarak bulunmuştur.

Hastaların toplam depresyon puanlarını belirlemek için HAD ölçeğinin depresyon alt skalasının 7 maddesi toplandı (ort.= 8.38, s.s= 3.98, min.= 0, maks.= 16). 48 Mİ hastası (% 61.6) depresyon ölçeğinde olası depresyon eşiği skoru  $\geq 8$  üzeri puan aldı. Cronbach alfa güvenilirlik puanı .73 olarak bulundu.

Hastaların genel psikolojik sıkıntı düzeylerini belirlemek için ise ölçeğin tüm maddeleri toplandı (ort=18.21, s.s= 6.60, min.= 1, maks.= 30). 54 Mİ hastasının (% 69.4) genel psikolojik sıkıntı puanı  $\geq 15$  üzeridir. Cronbach alfa güvenilirlik puanı .80 olarak bulundu.

### **Regresyon Analizi: Kaygı, Depresyon ve Genel Psikolojik Sıkıntının Yordayıcıları**

Regresyon analizlerinden önce değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini incelemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Kaygı;

cinsiyet (1= kadın, 2= erkek), eğitim düzeyi ile negatif yönde, sigara içip içmeme (1= içen, 2= içmeyen) ve sabırsızlık ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Depresyon ise cinsiyet (1= kadın, 2= erkek) ve eğitim düzeyi ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Genel psikolojik sıkıntılar ise cinsiyet (1= kadın, 2= erkek) ve eğitim düzeyi ile negatif yönde, sigara içip içmeme (1= içen, 2= içmeyen) ve gelir düzeyi ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Kaygı ve depresyonun yordayıcılarını belirlemek için 3 ayrı çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Her üç analizde de aynı değişkenler kullanıldı. Araştırmada yer alan hasta sayısının az olması nedeniyle kişilik özelliklerinden nörotisizm ve dışa dönüklük, (psikotisizm değişkeninin güvenilirlik değerinin düşük olması nedeniyle analizlere girilmedi) sosyal destek ve hostilite puanları enter yöntemi ile girilerek çoklu doğrusal regresyon analizleri yapıldı.

### Kaygıyı Yordayan Değişkenler

**Tablo 3.** Kaygı, Depresyon ve Genel Psikolojik Sıkıntıların Yordayıcıları

Değişkenler	Kaygı		Depresyon		Genel Psikolojik Sıkıntılar	
	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>
Nörotisizm	0.40	3.25**	0.35	3.06**	0.42	3.69***
Dışa dönüklük	-0.07	-0.56	-0.30	-2.65*	-0.22	-1.94
Sosyal destek	-0.13	-1.27	-0.10	-1.03	-0.13	-1.34
Hostilite	0.11	1.07	0.03	0.32	0.08	0.79
Toplam R <sup>2</sup>	0.27		0.36		0.38	
F change	6.62		10.42		11.35	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .00$

Tablo 3'te regresyon analizinin sonuçları verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, regresyon analizine girilen 4 değişken varyansın % 27'sini açıkladı [ $F(4,73) = 6.62, p < .001$ ]. Sonuçlar incelendiğinde nörotisizm'in kaygı ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Kişilerin nörotisizm seviyesi arttıkça kaygı düzeyleri de artmaktadır. Nörotisizm kaygıyı arttıran bir kişilik boyutu olarak görülmektedir.

### Depresyonu Yordayan Değişkenler

Depresyonun yordayıcılarını belirlemek için ayrı regresyon analizi yapıldı.

Tablo 3'te regresyon analizinin sonuçları sunulmuştur.

Analiz sonuçlarına göre, regresyon analizine girilen 4 değişken varyansın % 36'sını açıkladı [ $F(4,73) = 10.42, p < .001$ ]. Sonuçlar incelendiğinde nörotisizm'in depresyon ile pozitif, dışa dönüklüğün ise depresyon ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişilerin nörotisizm seviyesi arttıkça depresyon düzeyleri artmakta, dışa dönüklük düzeyleri artıkça ise depresyon düzeyleri azalmaktadır.

### **Genel Psikolojik Sıkıntıları Yordayan Değişkenler**

Tablo 3'te regresyon analizinin sonuçları sunulmuştur.

Analiz sonuçlarına göre regresyona girilen 4 değişken varyansın %38'ini açıkladı [ $F(4,73) = 11.35, p < .001$ ]. Sonuçlar incelendiğinde nörotisizm'in genel psikolojik sıkıntılar ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişilerin nörotisizm seviyesi arttıkça psikolojik sıkıntı düzeyi artmaktadır.

### **Tartışma ve Sonuç**

Bu çalışmanın amacı Mİ (kalp krizi) gibi yaygın ve yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu yaşayan bireylerin psikolojik sıkıntı düzeylerini incelemektir. Ayrıca, hastaların yaşadıkları psikolojik sıkıntı; kaygı ve depresyon ile kişilik özellikleri, hostilite ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Sonuçlar Mİ (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon belirtileri yaşadıklarını göstermiştir. Mİ hastalarının kaygı ve depresyon düzeyleri romatoid artrit gibi kronik romatizmal bir hastalığı olan Türk hastalar ile benzer düzeydedir (Dirik, 2006). Mİ hastalarının kaygı ve depresyon yaşamaları, hastaların hastalıkları sebebiyle hem gelecekle ilgili endişelerinin olması hem de yaşantılarında bir takım kayıplar yaşamaları ile açıklanabilir (Oğuzhanoğlu, 2001).

Regresyon analizi sonuçlarına göre, beklenildiği gibi, kişilik özelliklerinden birisi olan nörotisizm kaygı, depresyon ve genel psikolojik sıkıntıların üçünün de yordayıcısı olarak bulundu. Eysenck ve Eysenck'in (1975) kişilik ile ilgili ortaya koyduğu boyutlardan nörotisizm; depresyon ve kaygıya yatkınlık ile ilişkili kişilik boyutudur. Kalp hastaları ile yapılan pek çok çalışmada da nörotisizmin kalp hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntıların oluşmasında rolü olduğu bulunmuştur (Denollet, 2000; Minoretti ve ark., 2006, Pedersen ve ark., 2002). Nörotisizmin endişe ve tedirginlik ile ilişkili olması, yani nörotisizm düzeyi yüksek bireylerin daha çok endişe ve tedirginlik yaşamaları onların psikolojik sıkıntı yaşama olasılığını arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada kullanılan kişilik özelliklerinden bir diğeri de dışa dönüklüktür. Regresyon analizi sonuçlarına göre dışa dönüklük düzeyi daha yüksek olan hastalar daha düşük düzeyde depresyon yaşamaktadırlar. Bu bulgu Goodwin ve Engstrom'un (2002) kişilik yapılarının, sağlık durumu algısı üzerine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Goodwin ve Engstrom (2002) çalışmalarında yeni deneyimlere açıklık, dışa dönüklük ve düşük nörotisizm düzeyine sahip bireylerin kendilerini daha sağlıklı bireyler olarak algıladıklarını bulmuşlardır. Dışa dönük bireylerin daha düşük düzeyde depresyon yaşamaları bu kişilerin daha çok arkadaşlarının olması ve daha çok sosyal destek alabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Bu sonuçlar göstermektedir ki, kişilik özellikleri ile psikolojik sıkıntılar arasında anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sahip olduğu kişilik örüntüleri, onların kaygı ve depresyon düzeylerini önemli oranda etkilemektedir. Nörotisizm düzeyi ve içe dönüklük düzeyi yüksek olan hastalar daha çok kaygı ve depresyon yaşamaktadırlar.

Pek çok çalışmada hostilite ile psikolojik sıkıntılar arasında ilişki bulunmasına rağmen bu çalışmada hostilite (öfke, düşmanlık) kaygı, depresyon ve genel psikolojik sıkıntılarının üçünün de yordayıcısı olarak bulunamamıştır. Ranchor ve arkadaşlarının (1997) 30 ile 70 yaş aralığındaki kalp hastaları ile yine aynı yaş aralığındaki kalp hastası olmayan bireylerden oluşan örnekleme yaptıkları çalışmada hostilitenin, kalp hastası olmayan hastalardan oluşan grupta, kalp hastalarından oluşan gruptan daha çok psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Kalp krizi geçiren bireylerden oluşan örnekleminizde hostilitenin psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olarak bulunmamış olması bu çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir. Hostilite de kişilik özelliklerinden birisidir. Bu çalışmada, psikolojik sıkıntılarının yordayıcı bir değişkeni olan nörotisizmin varyansın büyük bir kısmını açıklaması nedeniyle, hostilite psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olarak bulunamamış olabilir. Ayrıca örnekleme yer alan hastaların hostilite düzeyi düşük bireylerden oluşması nedeniyle de, hostilite psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olarak bulunamamış olabilir.

Sosyal destek fiziksel hastalığı olan bireylerin psikolojik sağlığı ile ilişkili bir değişkendir. Ancak bu çalışmada algılanan sosyal destek psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olarak bulunamamıştır. Örnekleme yer alan kişilerin pek çoğunun yüksek düzeyde sosyal destek algılamaları, örnekleme az sayıda kişinin yer alması ya da ölçüm aracının güvenilirlik değerlerinin düşük olması nedeniyle sosyal destek psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olarak etki gösterememiş olabilir. Ayrıca literatürde sosyal destek ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki ile ilgili çelişkili bulgulara rastlanmakta ve sosyal desteğin her zaman olumlu etkilerinin olmadığı

bulunmaktadır. Sosyal destek her zaman bireylerin psikolojik sıkıntılarının azalmasını sağlayamamakta hatta olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Coyne ve DeLongis; Helgeson, akt., Schreurs ve Ridder, 1997). Bazı çalışmalarda ise sosyal destek kalp ve damar hastalıkları ile ilişkili bulunamamaktadır. Reed ve arkadaşları (1983) sosyal ilişkiler ağı ve kalp ve damar hastalığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada sosyal destek ile kalp ve damar hastalığı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Schreurs ve Ridder'e (1997) göre ise sosyal destek tek başına değil baş etme yolları ile etkileşim sonucunda psikolojik ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin baş etme yollarının da incelenmesi gerekir. Mİ hastaları ile yapılan bu çalışmada hastaların hangi baş etme yollarını kullandıkları değerlendirilmemiştir. Bu nedenle de sosyal destek psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olarak bulunamamış olabilir.

Bu çalışma özellikle kişilik özelliklerinin kalp krizi geçiren hastaların psikolojik sıkıntıları ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından önemli olmasına rağmen çalışmanın bazı kısıtlılıkları da mevcuttur. Bu çalışmanın en temel sınırlılığı çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik değerlerinin düşük olmasıdır. Bu nedenle Mİ hastalarının yaşadıkları sıkıntılar ile ilgili yapılacak genellemelerde bu bilgi dikkate alınmalıdır.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise çalışmada yer alan kadın sayısının erkek sayısına göre çok daha az olması nedeniyle psikolojik sıkıntılarının cinsiyete göre bir farklılık gösterip göstermediğinin belirlenememiş olmasıdır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda kadın hasta sayısının artırılması cinsiyet farklarını değerlendirmek için yararlı olacaktır.

Araştırmamızdaki bir başka kısıtlılık ise hasta sayısının az olması nedeniyle hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilişkili verilerinin regresyon analizine dahil edilememiş olmasıdır. Sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim gibi) ve hastalıkla ilişkili (daha önce kalp krizi geçirip geçirmeme, başka bir hastalığın varlığı gibi) değişkenler kronik hastaların psikolojik sıkıntıları ile ilişkili önemli değişkenlerdir. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda daha fazla hastanın yer aldığı örneklemelerde araştırma yapılarak bu değişkenlerin de psikolojik sıkıntılar ile ilişkisinin incelenmesi yararlı olacaktır.

Bu çalışmanın bulguları koruyucu sağlık hizmetleri açısından da önem taşımaktadır. Bireylerin kişilik özelliklerinin belirlenmesine yönelik okullarda, iş yerlerinde ve benzeri mekanlarda çalışmalar yapılabilir ve ölüm nedenlerinin başında gelen bu ciddi sağlık sorununa erken, önleyici müdahalelerde bulunulabilir.

## Kaynakça

- Aksoy, L., Küpeli, S., Kasım, A., B., Kuşkonmaz, B., Kartal, U.,  ziş, E., Yıldız, N., ve Bilir, N. (2002). Prevalence of Coronary Heart Disease Risk Factors Among Women in Köstence, Ankara. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 32, 403-407.
- Aydemir,  ., Güvenir, T., K ey, L., ve Kültür, Ő. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon  leđi Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik alışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8, 280–287.
- Barefoot, J.C., Brummett, B. H., Clapp-Channing, N. E., Siegler, I. C., Vitaliano, P.P., Williams, R. B., ve Mark., D. B. (2000). Moderators of the effects of social support on depressive symptoms in cardiac patients. *The American Journal of Cardiology*, 86, 438-442.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F., ve Deeg, D. J. H. (2004). Chronic disease and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59, 721-733.
- Dembroski, M., T., Macdougall, M., J., Costa, P., T., ve Grandits, G., A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the multiple risk factor intervention trial. *Psychosomatic Medicine*, 51, 514-522.
- Demiralp, E., Ulusoy, R., E., Uslu, M., Kırılmaz, A., Cebeci, B., S.,  zmen, N., Kardeřođlu, E., Us, M., H. (2004). Kardiyovask ler risk faktörü olarak fibrinojenin ateroskleroz tedavi ve takibinde kullanımı. *G lhane Tıp Dergisi*, 46,232-237.
- Denollet, J. (2000). Type D personality A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255–266.
- Derogatis, L., R. (1992). The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.
- Diong, S., M., Bishop, G., D., Enkelmann, H., Tong, E., Why, Y., Ang, Y., C. ve Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20(4), 467–495.
- Dirik, G. (2006). Posttraumatic growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An evaluation within the conservation od resources theory. Basılmamış Doktora Tezi. Orta Dođu Teknik Üniversitesi, Türkiye.
- Duran, E. (2004). *Hasta Bilgilendirme Kitapığı*. 15 Aralık 2006, [http://www.trakya.edu.tr/Fakulte/tipfak/kdc/Hasta\\_Bilgilendirme\\_kitabi.pdf](http://www.trakya.edu.tr/Fakulte/tipfak/kdc/Hasta_Bilgilendirme_kitabi.pdf)

- Eysenck, S. B. G., ve Eysenck, H. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder & Stoughton.
- Francis, L. J., Brown, L. B., ve Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13, 443-449.
- Glassman, A., H., ve Shapiro, P., A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155, 4-11.
- Goodwin, R., ve Engstrom, G. (2002). Personality and perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332.
- Heper, C. (2002). *Multidisipliner Kardiyoloji*. Bursa: Nobel-Güneş Yayınevi.
- Hemingway, H., ve Marmot, M. (1999). Evidence based cordiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., ve Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163.
- Kannel, W., B., D'Agostino, R., P., Sullivan, L., Wilson, P., W., F. (2004). Concept and usefulness of cardiovascular risk profiles. *American Heart Journal*, 148, 16-26.
- Karancı, A.N., Dirik, G., ve Yorulmaz, O. (2006). *Eysenck Kişilik Anketinin Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (EPQR-A) Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. 14. Ulusal Psikoloji Kongresinde sunulan bildiri, Ankara.
- Katz, Y., J., ve Francis, L., J. (2000). Herbrew revised Eysenck Personality Questionnaire: Short Form and Abbreviated form (EPQR-A). *Social Behavior and Personality*, 28: 555-560.
- Knox, S., S., Siegmund, K., D., Weidner, G., Ellison, R., C., Adelman, A., ve Paton, C. (1998). Hostility, social support, and coronary heart disease in the national heart, lung, and blood institute family heart study. *The American Journal of Cardiology*, 82, 1192-6.
- Kulan, K. (2001). *Akut Miyokard İnfarktüsü*. 2 Ocak 2007, <http://www.saglikonline.net/konuac.asp?konu=13>.
- Minoretti, P., Politi, P., Martinelli, V., Emanuele, E., Bertona, M., Falcone, C., ve Geroldi, D. (2006). QT interval duration in apparently healthy



- men is associated with depression-related personality trait neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 19-23.
- Nielsen, M. S. (2003). Prevalence of posttraumatic stress disorder in person in persons with spinal cord injuries: The mediating effect of social support. *Rehabilitation Psychology*, 48, 289-295.
- Oğuzhanoğlu, N., K. (2001). Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 3, 116-125.
- Onat, A. (2001). Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis*, 156, 1-10.
- Onat, A., Keleş, İ., Çetinkaya, A., Başar, Ö., Yıldırım, B., Erer, B., Ceyhan, K., Eryonucu, B., ve Sansoy, V. (2001). Prevalence of coronary mortality and morbidity in the Turkish adult risk factor study: 10-year follow-up suggests coronary "Epidemic". *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 29, 8-19.
- Orth-Gomer K., Rosengren, A., ve Wilhelmsen L. (1996). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged swedish men. *Psychosomatic Medicine*, 55, 37-43.
- Pedersen, S., S., Denollet, J., Ong, A., Serruys, P., Erdman, R. ve Domburg, R. (2007). Impaired health status in Type D patients following PCI in the drug-eluting stent era. *International Journal of Cardiology*, 114, 358-365.
- Pedersen, S., S., Middel, B., ve Larsen, L., M. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1171-1175.
- Ranchor, V., A., Sanderman, R., Bauma, J., Buunk, B., ve Heuvel, W. (1997). An exploration of the relation between hostility and disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 223-240.
- Reed D., Mcgee, D., Yano, K., Feinleib, M. (1983). Social networks and coronary heart disease among japanese men in hawaii. *American Journal of Epidemiology*, 117, 384-396.
- Şahin, N., H., Batıgün, A., D., ve Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135.
- Şahin, N., H., ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Schreurs, K. M. G., ve Ridder, D. T. D.(1997). Ingegration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic disease. *Clinical Psychology Review*, 17, 89-112.

- Schwarzer, R., ve Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationship*, 8, 99-127.
- Smith, T., W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis: A review. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, T. W., Pope, M. K., Sanders, J. D., Allred, K. D., ve O'Keeffe, J. L. (1988). Cynical hostility at home and work: Psychosocial vulnerability across domains. *Journal of Research in Personality*, 22, 525-548.
- Sönmez, K., Pala, S., Mutlu, B., İzgi, A., Bakal, R., B., İncedere, O., Özden, K., Doğan, Y., Turan, F. (2004). Koroner arter hastalığı bulunan olgularda risk faktörlerinin erkek ve kadınlarda sosyoekonomik duruma göre dağılımı. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4, 301-5.
- Strik, J., J., Denollet, J., Lousberg, R., ve Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of American College of Cardiology*, 42, 1801-1807.
- Suarez, C., E. (2006). Combination of personality traits increases risk for heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 68, 844-850. [http://www.Sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/linkdetail.aspx?id=1515](http://www.Sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1515).
- Teo, K., K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, MR., Valentin, V., Hunt, D., Diaz, R., Rashed, W., Freeman, R., Jiang, L., Zhang, X., ve Yusuf, S. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case -control study. *Lancet*, 368, 647-58.
- Vural, M., ve Başar, E. (2006). Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi?. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 6, 55-59.
- Yıldız, H., ve Pınar, R. (2004). Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon-orijinal araştırma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4, 309-17.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQuenn, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case- control study. *Lancet*, 364, 937-52.
- Zigmond, A., S., ve Snaith, P., R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-70.