



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA KİŞİLİK  
ÖZELLİKLERİNİN PRODROMAL SEMPTOM  
FARKINDALIĞINA ETKİSİ**

**BURCU TÜRKOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BURSA-2022**





T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA KİŞİLİK  
ÖZELLİKLERİNİN PRODROMAL SEMPTOM FARKINDALIĞINA  
ETKİSİ**

**BURCU TÜRKOĞLU**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**DANIŞMAN:**

**Prof. Dr. Hicran YILDIZ**

**BURSA-2022**

**T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Kişilik Özelliklerinin Prodromal Semptom Farkındalığına Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

**BURCU TÜRKOĞLU**  
**Tarih ve İmza**

## TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

28/02/2022

**Adı Soyadı:** Burcu TÜRKOĞLU

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

**Tez Konusu:** Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Kişilik Özelliklerinin  
Prodromal Semptom Farkındalığına Etkisi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>AÇIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### DANIŞMAN ONAYI

**Unvanı Adı Soyadı:** Prof. Dr. Hicran YILDIZ

**İmza:**

## İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Çalışmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Miyokard infarktüsü.....	5
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Fizyopatolojisi.....	6
2.1.3. Sınıflama.....	6
2.1.3.1. Unstabil Angina Pektoris(USAP).....	7
2.1.3.2. ST Yükselmeli Miyokard İnfarktüsü.....	7
2.1.3.3. ST Yükselmesi Olmayan Miyokard İnfarktüsü.....	7
2.1.4. Risk Faktörleri.....	8
2.1.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	8
2.1.4.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....	9
2.1.5. Tanılama.....	10
2.1.5.1. Belirtileri.....	10
2.1.5.2. Tanı Yöntemleri.....	11
2.1.6. Tedavisi.....	12
2.1.7. Sekonder Koruma/ Kardiyak Rehabilitasyon.....	13
2.2. Kişilik Özellikleri.....	15
2.2.1. Kişilik Tanımı.....	15
2.2.2. Kişilik Kuramları.....	16
2.2.2.1. Psikoanalitik Kuramları.....	17
2.2.2.2. Neoanalitik Kuramlar.....	20
2.2.2.3. Ayırıcı Özellik Kuramı.....	22
2.2.2.4. Davranış Psikolojisi Kuramları.....	23
2.2.2.5. Benlik Kuramları.....	25
2.2.2.6. Olgunlaşma Teorileri.....	26
2.2.3. Kişilik Tipolojileri.....	26
2.2.3.1. Myers-Briggs Tipi Kişilik Tipolojileri.....	27
2.2.3.2. Littauer Kişilik Tipolojileri.....	27
2.2.3.3. Kretchmer Kişilik Tipolojileri.....	28
2.2.3.4. Beş Faktör Kişilik Modeli.....	28
2.2.3.5. A ve B Tipi Kişilik Tipolojileri.....	29
2.2.3.6. C ve D tipi Kişilik.....	31
2.3. Kişilik Özellikleri ve Hastalık İlişkisi.....	32

2.4.Bilinçli Farkındalık.....	34
2.5.Bilinçli Farkındalık ve Hastalık İlişkisi.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1.Araştırmanın Amacı.....	38
3.2.Araştırmanın Tipi.....	38
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	38
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	38
3.5.Veri Toplama Araçları.....	39
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.7.Araştırmanın Etik Yönü.....	40
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
7.KAYNAKLAR.....	58
8.SİMGELER VE KISALTMALAR.....	66
9.EKLER.....	67
10.TEŞEKKÜR.....	73
11.ÖZGEÇMİŞ.....	73

## TÜRKÇE ÖZET

Bu araştırma miyokard infarktüsü geçiren hastalarda kişilik özelliklerinin prodromal semptom farkındalığına etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini iki kamu hastanesinin kardiyoloji kliniklerinde tedavi gören tüm hastalar, örneklemini ise dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 76 hasta oluşturmuştur. Veriler, Araştırmada, sosyodemografik özellikler ile MI ve prodromal belirtilere ilişkin özellikleri içeren genel bilgi formu, Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelikler, ortalamalar, t testi, One-Way Anova testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Yaş ortalamaları  $59,99 \pm 10,73$  olan hastaların %35,5'i kadındır. Hastalarda en fazla görülen prodromal semptomlar arasında halsizlik/yorgunluk (%43,4), merdiven çıkmada zorlanma (%39,5) ve göğüste/epigastriumda ağrı (%38,2) yer almaktadır. Hastalarda görülen prodromal semptom sayısı ortalama  $6,96 \pm 5,66$ 'dır. Hastaların Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği (BFKÖ) dışadönüklük alt boyut puanı ortalama  $6,42 \pm 1,59$ , yumuşak başlılık  $7,07 \pm 1,02$ , özdenetimlilik  $7,27 \pm 1,17$ , nörotiklik  $6,353 \pm 1,49$ , deneyime açıklık  $5,73 \pm 1,54$  ve BFKÖ toplam puanı  $32,86 \pm 3,68$ 'dir. Hastaların Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ) ortalama toplam puanı  $6,43 \pm 0,92$ 'dir. Hastaların kişilik özelliklerinin sosyodemografik özellikler arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Hastaların kişilik özelliklerinden özdenetimlilik ile ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı; kişilik özellikleri toplam puanı ile daha önce acil servise başvurma durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hastalarda prodromal semptom sayısı ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hastaların ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı kişilik özelliklerinden özdenetimliliği ve kişilik özelliklerinin daha önce acil servise başvurma durumunu etkilemektedir. MI geçiren hastalarda, kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinin ve kişiliğe özgü yaklaşımların uygulanmasının acil servise başvuru sıklığının azalmasında etkili olacağı öngörülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Miyokard enfarktüsü, prodromal semptomlar, kişilik özellikleri, bilinçli farkındalık

## İNGİLİZCE ÖZET

### **THE EFFECT OF PERSONALITY CHARACTERISTICS ON PRODROMAL SYMPTOM AWARENESS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFRACTION**

This study was conducted to determine the effect of personality traits on prodromal symptom awareness in patients with myocardial infarction. The population of the descriptive study consisted of all patients treated in the cardiology clinics of two public hospitals, and the sample consisted of 76 patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Data, In the study, a general information form including sociodemographic characteristics, features of MI and prodromal symptoms, Five-Factor Personality Scale, and Conscious Awareness Scale were used. Percentages, means, t-test, One-Way Annova test, and Pearson correlation test were used to evaluate the data. 35.5% of the patients with a mean age of  $59.99\pm 10.73$  were women. The most common prodromal symptoms in patients were fatigue/fatigue (43.4%), difficulty climbing stairs (39.5%), and pain in the chest/epigastric (38.2%). The mean number of prodromal symptoms seen in the patients was  $6.96\pm 5.66$ . The patients' Five-Factor Personality Scale (BFIS) extraversion sub-dimension score average  $6.42\pm 1.59$ , agreeableness  $7.07\pm 1.02$ , self-control  $7.27\pm 1.17$ , neuroticism  $6.353\pm 1.49$ , openness to experience  $5.73\pm 1.54$ , and the total score of BFKI was  $32.86\pm 3.68$ . The mean total score of the patients on the Conscious Awareness Scale (CIS) was  $6.43\pm 0.92$ . It was determined that there was no significant difference between the sociodemographic characteristics of the patients' personality traits ( $p>0.05$ ). Self-control from the personality traits of the patients and the presence of a family member who died due to chronic disease; There was a significant difference between the personality traits total score and the status of applying to the emergency service before ( $p<0.05$ ). A significant correlation was found between the number of prodromal symptoms and mindfulness in patients ( $p<0.05$ ). The presence of an individual who died due to chronic disease in the family of the patients affects the personality traits of self-control and previous admission to the emergency department. It is predicted that the evaluation of personality traits and the application of personality-specific approaches in patients with MI will effectively reduce the frequency of admission to the emergency department.

**Keywords:** Myocardial infarction, prodromal symptoms, personality traits, mindfulness



# 1.GİRİŞ

## 1.1. Çalışmanın Konusu ve Önemi

Akut koroner sendromlardan biri olan miyokard enfarktüsü miyokardı besleyen koroner arterlerin çoğunlukla aterosklerotik plaklar sebebiyle tıkanması veya daralması sonucu kan akımının azalması ile miyokardda önce iskemi daha sonra nekroze alanlar oluşmasıdır (Kılınç, & Kartal, 2019, Şahin,2020).

Miyokard enfarktüsü (MI) ülkemizde ve dünya genelinde önde gelen ölüm sebeplerindedir. Genç popülasyonda ölümlere neden olması, MI sonrası yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi ve MI geçiren hastalarda kardiyak rehabilitasyon gerektirmesi sebebiyle sürekli yaşam tarzı değişiklikleri gerektirmesi açısından önem taşımaktadır (Çevik, & Sarıtaş, 2020).

Bazı kişilik özelliklerine sahip kişilerde MI geçirme oranı ve Mİ geçirdikten sonra iyileşme süresi daha fazla olabilmektedir. Stres, anksiyete, öfke, kızgınlık gibi duyguları yaşayan kişilerde miyokard enfarktüsü görülme sıklığı yüksektir. Kötümser ve depresif kişilerde ise miyokard enfarktüsünün daha fazla görülmekle birlikte miyokard infarktüsü sonrasında komplikasyonların görülmesi artmakta ve hastalık daha geç iyileşmektedir. Dışadönük ve nörotik kişilik özellikleri ise miyokard enfarktüsüne karşı koruyucu etki göstermektedir (Nehir, & Çam, 2010).

Yüksek LDL kolesterol ve trigliserid düzeyi, hipertansiyon, aile öyküsü miyokard enfarktüsünün risk faktörlerini oluşturur. En tipik bulgusu sıkıştıracı, baskılayıcı tarzda göğüs ağrısıdır. Nefes almada zorluk, sol kol ve sırta yayılan ağrı, mide bulantısı, terleme, çarpıntı, anksiyete, ölüm korkusu göğüs ağrısından sonra en sık karşılaşılan bulgulardandır. Ayrıca enfarktüs olayı gerçekleşmeden günler, haftalar hatta aylar öncesinde uyku düzeninde bozulma, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, yorgunluk, kol ve sırta yayılan ağrı vb. prodromal semptomlar deneyimleyebilirler (Held, & Chugh, 2018; Kavrادم, 2018).

Miyokard infarktüsü acil ve hızlı müdahale gerektirir. Bunun için belirtilerin tanınarak hızlı bir şekilde tanı konulması ve tedaviye başlanması gerekir. Hastaneye başvuru ve tedaviye başlanması arasındaki süre ne kadar kısa olursa tedavi sonucunda olumlu cevap alma ihtimali yükselir (Erol, Kayıkçioğlu, & Kılıçkap, 2020).

Mİ tedavisinde amaç miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve yeterli oksijeni sağlamaktır. Bunun için ise nitrat, kalsiyum kanal blokerleri, antitrombotik ve antikoagülanlar gibi ilaç tedavisi, perkütan koroner girişim (PKG) gibi invaziv koroner arter işlemleri, koroner arter bypass grefti gibi cerrahi işlemler uygulanabilmektedir. Bu tedavilerinin etkili olma oranı tedaviye ne kadar erken başlandığı ile orantılıdır. Göğüs ağrısı görülmesinden sonra ne kadar erken tedaviye başlanırsa tedavi şansı o kadar artmaktadır (Tuna, 2019).

Miyokard enfarktüsüne bağlı ölümlerin bir bölümü de belirtilerin hastalar tarafından geç fark edilmesi ya da fark edilmemesi sebebiyle hastaneye ulaşmadan evde veya yolda gerçekleşmektedir. Miyokard infarktüsü belirtilerinin ve prodromal semptomlarının bilinmesi ve fark edilmesi sağlık arayışı içinde olma ve hastaneye başvurmayı arttıracak için önemlidir. Böylelikle miyokard infarktüsü gerçekleşmeden veya gerçekleştiği anda hızlı bir şekilde müdahale edilerek istenmeyen sonuçların görülmesi azaltılabilir (Norgaz ve ark., 2005).

Miyokard infarktüsünün ilk 24 saati 'ALTIN SAAT' olarak geçer ve hastalar için hayati önem taşır. Kalbin iş yükünün ve eforunun azaltılması gereken bu 24 saatte hasta mutlak olarak yatak istirahatine alınmalıdır (Birold ve ark., 2011).

İlk belirtilerin görülmesi ile tedaviye başlanması arasında geçen süre her zaman kısa bir zaman dilimi olmayabilir. Bu sürenin uzamasına neden olan sebepler üç başlık altında toplanabilir. Bunlardan birincisi hasta ile alakalıdır. Görülen belirtilerin, (göğüs ağrısı, sol kolda uyuşma gibi) hasta tarafından koroner kaynaklı olduğunun anlaşılması arasında geçen süredir. Bu süre ileri yaş, cinsiyet, daha önce koroner hastalığı geçirmiş olmak, bireysel özellikler ile ilişkilendirilebilir ve bu süre hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitimle azaltılabilir (Nilsson, Mooe, Söderström, & Samuelsson, 2016).

İlk tedavinin başlamasına kadar geçen sürenin uzamasına neden olan ikinci neden hastaneye ulaşmada geçen süredir, olayın gerçekleştiği saate, en yakın hastaneye olan mesafeye göre değişebilir (Nilsson ve ark., 2016).

Üçüncü neden ise hastaneye ulaştıktan sonra ilk tedavinin başlangıcına kadar geçen süredir. Miyokard enfarktüsünün tanılanma süresi, kardiyolog tarafından ilk değerlendirme ve koroner yoğun bakım ünitesine transferi arasında geçen süre ilk tedaviye başlanmasını geciktirebilir (Nilsson ve ark., 2016).

Miyokard enfarktüsünde belirtilerin başlangıcı ve iskemi oluşması arasında geçen süre klinik seyri etkileyen kritik etkidir ve tedavinin sürecini belirler. Bu süre içinde hastanın kendi karar ise hastane öncesi geçen süreyi arttıran önemli bir faktördür. Hastalığın akut belirtilerinde ise ağrı şekli, semptomlar ve daha önceki bilgi düzeyi hastaneye başvurma oranını etkiler. Klasik olarak ani başlangıçlı, beklenmedik, şiddetli göğüs ağrısı hastaların %80-%95 inde bulunur. Miyokard enfarktüsünün belirsiz semptomları ise terleme, mide bulantısı, dispne olarak sıralanabilir (Nilsson ve ark., 2016).

Prodromal kelimesi Yunanca 'pradomos' kelimesinden türemiş olup öncü, müjdecî anlamına gelmektedir. Sağlık alanında ise prodromal semptomlar, hastalığın belirtileri ortaya çıkmadan önce görülen erken semptomlar, hastalığın ortaya çıkacağına işaretleri olarak kabul edilmektedir (Birol ve ark., 2011).

Akut belirtiler dışında birçok hasta MI geçirmeden önce prodromal semptomlar yaşamaktadır. Bu semptomlar akut belirtilerden farklıdır ve MI gerçekleşmeden önce meydana gelir. Akut olay gerçekleşmeden önce birçok hasta açıklanamayan, genel yorgunluk; depresif ruh hali, anksiyete ve influenza benzeri semptomlardan yakınmaktadırlar. Prodromal semptomlar olay gerçekleşmeden aylar önce ortaya çıkabilir ve olaydan sonra ortadan kalkar (McSweeney ve ark, 2003).

McSweeney 'in 2003 yılında MI geçiren kadın hastalarda yaptığı bir araştırmada hastaların MI geçirmeden bir ay öncesinde prodromal semptomlar yaşadıkları belirlenmiştir. En sık karşılaşılan prodromal semptomların yorgunluk (%70,7), uyku düzensizliği (%47,8) ve nefes almada zorluk (%42,1) olduğu görülmüştür (McSweeney ve ark, 2003).

Prodromal semptom varlığı, prodromal semptomların bilinmesi ve tedavi arayışı içinde olma hastaların hastaneye ulaşması ve ilk tedaviye başlanması için

geçen sürenin kısaltılmasını sağlayıp miyokard infarktüsü yaşamasını engelleyebilmesinin yanında sağkalım oranını ve miyokard infarktüsü sonrası yaşam kalitesini arttırmaktadır (Özer, 2001; Sapmaz, 2017).

Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini kontrol etmesi/düzenlemesi ve kişisel deneyime özel zihinsel bir yaklaşım olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Kişinin dikkatini kontrol etmesi/düzenlemesi, bireyin içinde bulunduğu zamanın kişisel deneyimine daha fazla odaklanmasını içermektedir. Kişisel deneyime yönelik zihinsel yaklaşım, kabul, merak ve açıklık ile karakterize edilmektedir (Brzozowski ve ark., 2018). Bilinçli farkındalık, daha yüksek refah ve sağlık seviyeleri ile ilişkilidir (Watford ve ark., 2019).

Günümüzde, bilinçli farkındalık düzeyini arttırmak amacıyla, bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi ve farkındalığa dayalı stres azaltma gibi farkındalık temelli teknikler kullanılmaktadır (Brzozowski ve ark., 2018). Farkındalık temelli yaklaşımlar, benlik saygısında ve empati düzeyinde artma; kaygı, stres, depresyon, nevrotiklik ve duyguları kontrol etmede zorlanma gibi olumsuz durumların azalmasına katkıda bulunmaktadır (Brzozowski ve ark., 2018; Hepburn, Carroll ve McCuaig, 2021; Sarıtaş ve Aktura, 2020; Sarıtaş ve Aktura, 2020).

Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde miyokard infarktüsünde kişilik özelliklerinin prodromal semptomlara olan etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda kişilik özelliklerinin prodromal semptom farkındalığına etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

### **Araştırma hipotezleri:**

**H01:** Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda kişilik özellikleri prodromal semptom farkındalığını etkilememektedir

**H1:** Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda kişilik özellikleri prodromal semptom farkındalığını etkilemektedir.

**H02:** Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda kişilik özellikleri ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

**H2:** Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda kişilik özellikleri ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Miyokard İnfarktüsü

#### 2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıklar dünya çapında mortalitesi en yüksek hastalıklardır. Bu hastalıklardan en sık rastlanana akut koroner sendromları da içeren koroner arter hastalıklarıdır. Koroner arterlerde oluşan ateroskleroza bağlı olarak gelişen tıkanma sonucunda akut koroner sendromlardan biri olan akut miyokard infarktüsü (AMI) görülebilmektedir (Şahin,2020).

Akut miyokard infarktüsü, koroner arterde oluşan ani vazospazm sonrası miyokarda giden kan akışının azalması, miyokardın oksijen ihtiyacında artması ve miyokard da nekroze alanlar meydana gelmesi sonucu oluşan durumdur. Genellikle hastalar göğüste sıkıştırıcı ve batıcı tarzda şiddetli ağrı tarif etmekte, ölüm korkusu ve anksiyete yaşayabilmektedirler. Bu duruma mide bulantısı, terleme, baş dönmesi gibi şikayetler de eşlik edebilmektedir (Kılınç, & Kartal, 2019).

Koroner arter hastalıkları Türkiye’de ve dünyada yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip bir hastalık grubudur (Çevik, & Sarıtaş, 2020). Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association =AHA) verilerine göre ABD’de koroner arter hastalıkları sebebiyle ölenlerin sayısı kanser ve kronik akciğer hastalığından ölen kişilerin toplamından fazladır (Virani ve ark., 2020).

TÜİK 2019 verilerine göre toplam ölümlerin %36,7 sinin sebebi dolaşım sistemi hastalıklarıdır. Dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle ölümlerin ise %27,6 sı akut miyokard infarktüsünden kaynaklanmaktadır. Bu oran kadınlarda %24,7 iken erkeklerde %30,4 olarak görülmektedir (Virani ve ark., 2020).

### **2.1.2.Fizyopatolojisi**

Miyokard infarktüsü, kısaca ateroskleroz sebebiyle koroner arterlerin tıkanması ve miyokarda yeterli oksijen gidememesi sonucu miyokartta nekrotik alanların oluşması olarak tanımlanmaktadır. Koroner arterlerde, lipid birikimine bağlı olarak ateroskleroz gelişebilmek ve bu birikim koroner arterlerin daralmasına sebep olmaktadır. Aterosklerotik plağın rüptürü, trombüs oluşum mekanizmasını aktive etmektedir. Oluşan trombüsün daralmış durumda olan koroner arteri geçici veya tam olarak tıkanması sonucu söz konusu koroner arterin miyokardı beslediği bölüme kan akışı kesilmektedir. Kan akışının kesilmesi sonucu miyokardın yeterli miktarda oksijen gidemeyen bölümünde iskemi gelişmektedir. Acil müdahale edilmeyen durumlarda, iskemi alanları nekroze alanlar haline gelmektedir (Kuyumcu,2018; Özdemir, 2018).

Miyokard infarktüsünün meydana gelmesindeki en önemli faktör aterosklerozdur. Bununla birlikte, ani oluşan vasospazmlar sonucu kardiyak kan akımının kesilmesi, büyük miktardaki kan kayıpları, kan basıncının aniden düşme sonucu miyokarda giden oksijen miktarının azalması, kokain kullanımıyla birlikte miyokardın oksijen ihtiyacının çoğalması gibi nedenler de miyokard infarktüsü gelişimine neden olabilmektedir (Karadakovan, & Aslan, 2017).

### **2.1.3. Sınıflama**

Koroner arterlerdeki kan akımının bozulmasıyla meydana gelen akut koroner sendromlar klinik bulgu, EKG ve kimyasal belirteçlerdeki farklılıklara göre üç grupta ele alınmaktadır (Özilhan, 2018):

1. Unstabil Angina Pektoris (USAP)
2. ST yükselmesi olan Miyokard İnfarktüsü (STEMİ)
3. ST yükselmesi olmayan Miyokard İnfarktüsü (NSTEMİ)

#### **2.1.3.1. Unstabil Angina Pektoris(USAP)**

Unstabil angina pektoris miyokardın oksijen ihtiyacının artmasıyla ortaya çıkan yeni başlangıçlı ve hareketle artan göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısı ile birlikte boyun, kol ve sırt ağrısı da görülebilir. Bu hastaların kardiyak biyomarkerlarında artış yoktur ve EKG normal olabilir. Tedavi edilmezse ilerleyebilen USAP miyokard hasarına neden olabilmektedir (Şahin, 2020).

### **2.1.3.2.ST Yükselmeli Miyokard İnfarktüsü**

ST Yükselmeli Miyokard İnfarktüsü, koroner arterlerdeki daralma veya tıkanma sonucunda iskemi oluşan ve EKG de ST segment yüksekliği olan miyokard infarktüsüdür. Mortalitesi diğerlerine göre daha yüksektir ve tedaviye acil olarak başlanması gerekmektedir. (Özdemir,2018) Evrensel olarak 5 tip şeklinde sınıflanmıştır (Daş, 2020; Şahin, 2020):

- Tip 1: koroner arterlerde oluşan trombüsün koroner arteri tıkanmasıyla oluşan Mİ
- Tip 2: miyokardın oksijen ihtiyacının artmasıyla oluşan Mİ
- Tip 3: belirteçler için kan alınmadan yeni oluşan EKG değişiklikleriyle ani kardiyak ölümün gerçekleşmesi ve otopside Mİ tespittir.
- Tip 4: koroner anjiyografi sonrasında oluşan Mİdir. A) PKG ile ilişkili B) stent trombozu ile oluşan C) stent restenozu ile oluşan olmak üzere 3 alt tipi bulunur.
- Tip 5: Koroner Arter Bypass sonrası troponin değerlerinin artması şeklinde oluşan Mİ

### **2.1.3.3.ST Yükselmesi Olmayan Miyokard İnfarktüsü**

Unstabil Angina Pektoris (USAP) ve ST yükselmesi olmayan Miyokard İnfarktüsü (NSTEMİ) birbirine çok yakın klinik göstermektedir. İkisi de tıkalı olmayan plaklar veya miyokardın oksijen ihtiyacında artma sebebiyle miyokardın perfüzyonunda bozulma sonucunda görülmektedir. Bu tıkalı olmayan plaklar USAP ta kardiyak enzimlerde herhangi bir yükselmeye sebep olmazken, NSTEMİ de kardiyak biyobelirteçlerde yükselme görülmektedir. NSTEMİ de iskemi daha uzun süreli ve daha şiddetlidir (Özilhan,2018).

NSTEMİ belirtileri dinlenme ile geçmeyen göğüs ağrısı, boyun, kol ve sırt ağrısı şeklinde olabilir. Bulantı, dispne, güçsüzlük vb. gibi atipik belirtilerle de ortaya çıkabilir. EKG de ST segmentinde çökme ve kardiyak biyobelirteçlerde artış meydana gelir. İskemik alanlar büyük olabileceği ve iskemik olayın tekrarlama riski olduğu için hızlı bir şekilde tedaviye başlanmalıdır (Braunwald, 2011).

#### **2.1.4. Risk Faktörleri**

Miyokard infarktüsünün mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Mİ geçirdikten sonra iş gücü ve yaşam kalitesi yüksek oranda etkilenmektedir. Bu sebeple risk faktörlerinin bilinmesi Mİ'nin önlenmesi açısından önemlidir. (Arslan, 2017). Risk faktörlerini yaşam şekli değişiklikleri ile değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Bayrak ve ark., 2019).

##### **2.1.4.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri**

Değiştirilemeyen risk faktörleri, yaş, cinsiyet ve herediteyi içermektedir.

**Yaş:** Koroner arter hastalıkları için güçlü bir risk faktörüdür. Yaş artışı ile birlikte risk faktörlerine maruziyet artmaktadır. Erkeklerde 45 yaş ve üstü, kadınlarda 55 yaş ve üstü olma koroner arter hastalığı (KAH) için önemli risk faktörlerindedir (Kavalcı, 2020).

**Cinsiyet:** 60 yaş altındaki erkeklerde Mİ görülme oranı kadınlara göre daha fazladır. 75 yaş sonrasında ise bu oran kadınlarda daha yüksektir. Menopoz öncesi dönemde, östrojeninin koruyucu etkisi vardır. Ancak sigara içmenin artmasıyla genç kadınlarda da Mİ görülme sıklığı artmaktadır (Dzubur, Gacic, & Mekic, 2019).

**Heredite:** Ailesinde miyokard infarktüsü geçiren bireylerin bulunması kişide Mİ görülme riskini arttırmaktadır (Wahrenberg ve ark., 2019).

##### **2.1.4.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri**



Değiştirilebilen risk faktörleri, stres, sigara, diyabetes mellitus, dislipemi, hipertansiyon, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi içermektedir.

**Stres:** Bireylerin uyarılara karşı geliştirdiği bir tepkidir. Stresle birlikte sempatik sinir sistemi aktif hale gelmekte, bunun sonucunda kalp hızında ve solunumda artma ile damarlarda vazokonstriksiyon gelişmektedir. Bu tepkiler kan basıncında artışa neden olmaktadır. Stres yönetiminde başarısız olan kişilerde kardiyovasküler hastalık (KVH) oranı ve KVH'a bağlı ölüm oranı daha yüksektir (Bayrak ve ark., 2019).

**Sigara:** Sigara kullanımı, kalp hızı ve kan basıncının yükselmesine, periferik damar direncinin ve katekolamin salınımının artmasına, kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalmasına ve pıhtılaşma eğiliminin artmasına neden olarak miyokardiyal iskemi ile sonuçlanabilmektedir. Kardiyovasküler hastalığa bağlı ölümlerin üçte birini sigara kullanımı oluşturmaktadır (Dilek, Vural, & Gönenç,2018). Ayrıca pasif içiciliğin KVH için risk faktörü olduğu ve görülme sıklığını 2 kat arttırdığı görülmüştür (Iversen, Jacobsen,& Lochen, 2013).

**Diyabetüs mellitus:** Diyabet ve özellikle hiperglisemi çeşitli mekanizmalarla vasküler endotelde harabiyete ve değişimlere sebep olarak MI riskini arttırmaktadır. Diyabeti olan kişilerde KVH görülme sıklığını %20 arttırmaktadır (Bayraktar, 2003).

**Dislipidemi:** Dislipidemi, total kolesterol ve LDL düzeyi yüksekliği aterosklerotik olay görülme sıklığını arttırmaktadır. Total kolesterol ve LDL düzeyinin düşürülmesi kardiyovasküler hastalık görülme sıklığını azaltmaktadır (Kavalcı, 2020; Kavradım,2018).

**Hipertansiyon:** Yüksek kan basıncı KAH için önemli risk faktörlerinden biridir. Diastolik kan basıncındaki 10mmHg'lik veya sistolik kan basıncındaki 20mmHg'lik artış KVH görülme sıklığını iki katına çıkarmaktadır (Tuna, 2019).

**Fiziksel aktivite:** Yeterli ve düzenli fiziksel aktivitenin KVH'a karşı koruyucu özelliği vardır. Haftanın en az dört günü yapılan 30 dakikalık egzersizlerin KVH görülme sıklığını %30-50 azalttığı görülmüştür (Bonde ve ark., 2020).

**Sağlıklı Beslenme:** Tuz kullanımının fazla olması içerdiği sodyum nedeniyle vücutta su tutulmasına neden olarak kan basıncının artmasına, yağ ve şekerin fazla

kullanılması ise obeziteye neden olarak KVH görülme oranını arttırmaktadır. Ayrıca, yetersiz sebze- meyve tüketimi ile akut miyokard infarktüsü arasında ilişki vardır. Beden kitle indeksi (BKİ) fazla kilo ve şişmanlık durumunu değerlendirmek için önemli bir ölçüttür. Akut miyokard infarktüsü geçiren kişilerin çoğunluğunu BKİ>26.0 olan kişiler oluşturmaktadır. Obezitenin önlenmesiyle iskemik kalp hastalıklarının sebep olduğu ölümlerin azaltılabileceği öngörülmektedir. Geniş bel çevresi obezite ile ilgili bir faktör olup kadınlarda 88cm'den, erkeklerde 102 cm'den fazla olması miyokard infarktüsü riskini arttırmaktadır (Kılıç, 2011).

### **2.1.5.Tanımlama**

Miyokard enfarktüsünün sebep olduğu ölümlerin büyük bir kısmı hastaneye gelmeden önce gerçekleşmektedir. Bu nedenle Mİ belirtilerinin hızlı tanınması ve hastaneye başvurma süresinin kısaltılması sağkalım oranını arttırmak açısından önemlidir (Kurt, Özkan, & Demirbağ, 2016).

#### **2.1.5.1.Belirtileri**

Akut miyokard infarktüsü belirtileri farklı kişilerde farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte en tipik belirtisi baskı yapıcı, sıkıştırıcı ve yanıcı şekilde göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısı sırt, omuz, çene, dişler ve sol kola yayılım şeklinde görülebilmektedir. Ağrı dışında dispne, aşırı terleme, mide bulantısı, kusma, kalp çarpıntısı, anksiyete, ölüm korkusu gibi belirtiler de görülebilmektedir (Kurt, Özkan, & Demirbağ, 2016; Türen, & Efil, 2015).

Miyokard infarktüsü gerçekleşmeden günler ya da aylar öncesinde bireylerde prodromal semptomlar görülebilmektedir. Bu prodromal semptomlar göğüs ağrısı, kolda ağrı, çene ve dişlerde ağrı, nefes almada zorluk, baş dönmesi, iştah kaybı şeklinde olabilmektedir. Prodromal semptomların kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Soltani, Sabzevari, Ravari, Mirzaei, & Bagherian, 2019).

Prodromal semptomlar Mİ ile ilişkilendirilmeyip başka hastalıkların etkisi olarak düşünülebilmektedir. Miyokard infarktüsünde prodromal semptomların tanınması kişinin sağlık arayışı içinde olması, hastaneye erken başvurması ve erken

müdahale edilebilmesi açısından önemlidir. Miyokard infarktüsünde erken tanı ve tedavi kişinin yaşamını kurtarmak, komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmada olumlu sonuçlar verebilmektedir (Soltani, Ravari, Mirzaei, Bagherian, & Sabzevari, 2021).

#### **2.1.5.2. Tanı Yöntemleri**

MI tanılması, hasta öyküsü, EKG’de anormalliklerin görülmesi, kardiyak biyobelirteçlerde artışın saptanması ile konulabilmektedir (Daş, 2020; Özilhan, 2018).

Hasta öyküsünde, kardiyak geçmiş ve aile bireylerinin kardiyak geçmişinin bulunması gerekmektedir. Göğüste ani başlayan, batıcı veya sıkıştırıcı nitelikteki ağrı MI’da en sık görülen semptomlardır. Ancak düzensiz nabız, palpasyon ile ağrı olması, üfürüm duyulması gibi atipik belirtilere karşı dikkatli olunmalıdır (Karadaş, 2020; Şahin, 2020).

EKGdeki anormal değişimler Mİ için tanı koydurucu olabilmektedir. ST segmenti ve T dalgası değişiklikleri görülmektedir. Yine, Q dalgası bulunması da EKG’de görülen değişikliklerden biridir (Kavalcı, 2020).

Kardiyak belirteçler olan troponin, CK, CK-MB ve miyoglobinin kan serum düzeyindeki artışı, USAP/NSTEMİ ayrımının yapılmasını, miyokard infarktüsü tanısının konmasını ve risk durumunun belirlenmesini sağlamaktadır (Kavalcı, 2020).

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2017 kılavuzuna göre; iskemi varlığı, EKG’de patolojik Q dalgaları görülmesi, yeni oluşan ST segment veya yeni oluşumlu sol dal blok görülmesi, kardiyak biyobelirteçlerdeki değişim maddelerinden en az birinin görülmesi, MI tanısı konulması için gereklidir (Karadaş, 2020).

#### **2.1.6. Tedavisi**

Miyokard infarktüsü tedavisinin amacı ağrının giderilmesi, miyokard hasarının yayılmasının engellenmesi, kalbin iş yükünün ve komplikasyonların

azaltılmasıdır (Tuna, 2019). Hastaya AMİ tanısı konulduğunda, tedaviye hemen başlanmalı ve rutin profilaktik tedavi tüm hastalara uygulanmalıdır. Tedavinin ilk basamağı trombolitik tedavidir. Trombolitik tedavi tıkalı damarların ilaçlarla açılmasıdır. Aspirinle başlanan trombolitik tedavi, tedaviye clopidogrel eklenmesi ile devam etmektedir. İlave olarak, ihtiyaca göre enoksaparin, heparin, fondaparinux veya bivalirudin gibi antitrombin ajanlarından biri de başlanabilmektedir. Trombolitik tedavinin mutlak kontraendikasyonları kullanım alanını sınırlandırmaktadır (Pirhan, 2019).

Trombolitik tedavinin mutlak kontraendikasyonları;

- Aktif iç kanama
- Geçirilmiş serebrovasküler hemorajik olay
- Son 1 yılda hemoraji harici serebrovasküler olay öyküsü
- İntrakranial anevrizma veya tümör
- Kontrol edilemeyen hipertansiyon
- Şüpheli aort diseksiyonu (Tuna, 2019).

Bu tedaviyle birlikte, hastaya ağrı, bulantı, kusma vb. gibi semptomatik tedaviler de başlanmaktadır. Ağrının giderilmesi için önerilen ilaç morfindir. Ayrıca, hastaya oksijen desteği de sağlanmalıdır (Pirhan, 2009).

Perkütan koroner girişimler (PKG), koroner damarların yapısını ve koroner damarlardaki tıkanıklık veya daralmaların yerini gösteren invaziv tanı yöntemleridir. Bu yöntemler, koroner anjioplasti (perkütan transluminal koroner anjioplasti = PTCA), stent uygulaması gibi yöntemlerle tıkanıklığın giderilmesini sağlayan invaziv tedavi yöntemlerini de içermektedir (Tuna, 2019). Primer perkütan koroner girişim, kolaylaştırılmış perkütan koroner girişim ve kurtarıcı perkütan koroner girişim olarak üçe ayrılmaktadır:

**Primer PKG:** Öncesinde veya beraberinde fibrinolitik tedavi uygulanmayan perkütan koroner girişimdir. Koroner açıklığın sağlanması ve sürdürülmesinde etkili ve kanama riski trombolitik tedaviye göre daha az olan bir girişimdir. Trombolitik tedavi uygulanamayan kişilere başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir.

**Kolaylaştırılmış PKG:** Perkütan koroner girişimden kaynaklanan gecikmeyi önlemek için planlı PKG öncesi trombolitik tedavinin uygulanması olarak

tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımın, mortaliteye bir etkisi bulunmamakla birlikte kanama riskini arttırdığı görülmektedir.

**Kurtarıcı PKG:** Trombolitik tedaviye rağmen reperfüzyon sağlanamayan hastalarda gerçekleştirilen anjioplasti veya stent uygulamalarıdır (Yüksel, & Şahin, 2011).

MI geçiren hastalarda, betablokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiotensin converting enzim inhibitörleri (ACEİ) ve nitrogliserinler gibi ilaçlar da kullanılmaktadır (Kalyoncuoğlu, Öztürk, Durmuş, Keskin, & Can, 2017):

**Beta Blokerler:** Kalp hızını ve miyokardial kontraktiletiyi azaltarak kalbin oksijen ihtiyacını düşürmektedirler. Bu ilaçların anti iskemik özellikleri de bulunmaktadır.

**Kalsiyum Kanal Blokerleri:** Miyokard hücrelerinde ve vasküler düz kaslarda kalsiyum kanallarında blokaj neden olarak, arteriyel dilatasyona neden olmakta ve miyokardın oksijen ihtiyacı azaltmaktadır. Ayrıca, bu ilaçların koroner spazmı önleyici etkileri vardır.

**ACE inhibitörleri:** Kalbin ön yükünü azaltarak oksijen ihtiyacını azaltmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda koruyucu etkileri bulunmaktadır.

**Nitrogliserinler:** Sol ventrikülün ön yük ve ard yükünü azaltarak kalbin iş yükünü ve miyokardın oksijen gereksinimini azaltırlar. Semptomları hafifletirler.

### 2.1.7. Sekonder Koruma / Kardiyak Rehabilitasyon

MI geçiren hastaların, taburculukta ve taburculuk sonrası izlemlerinde değiştirilebilen risk faktörleri konusunda bilgilendirilmesi ve sağlıklı yaşam davranışları geliştirme açısından desteklenmesi önerilmektedir (Annaç, 2018; Dural, & Sarıtaş, 2017).

Miyokard infarktüsü mortalite oranının yüksek olması, kişinin fonksiyonel kapasitesinde azalmaya neden olması, ekonomik maliyetleri ve taburculuk sonrası komplikasyon görülme riskleri sebebiyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Dural, & Sarıtaş, 2017).

MI geçiren kişiler önceki yaşamlarına dönmekte zorlanmakta ve bu sebeple büyük bir stres yaşamaktadırlar. Benlik kavramı etkilenen bu kişiler kendini kötü

hissetme, umutsuzluk, sosyal izolasyon ve konsantrasyon eksikliği gibi krizler yaşamakta, anksiyete, depresyon gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen hastalıklar görülmektedir (Kutlu, & Kökcü, 2020).

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde, komplikasyonların önlenmesi, miyokard infarktüsünün tekrarlamaması ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla kardiyak rehabilitasyonu da içeren sekonder koruma müdahalelerinin uygulanması son derece önemlidir (Kuyumcu, 2018).

Kardiyak rehabilitasyon, KVH risk faktörlerini azaltılmasını ve emosyonel iyilik halinin geliştirilmesi sonucu bireylerin yaşam kalitesinde artış sağlamaktadır (Durmuş, Atalay, & Yurdalan, 2021). Kardiyak rehabilitasyon, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sağlıklı vücut ağırlığının sürdürülmesi, sigaranın bırakılması, ilaçların kullanılması, stres yönetimi gibi konuları içermektedir.

Bireylere doymuş ve trans yağ asitlerinin tüketiminin en aza indirilmesi, karbonhidrat ve kırmızı et tüketiminin kısıtlanması, günlük meyve-sebze tüketiminin artırılması ve tuz tüketiminin azaltılması gibi KVH risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlıklı beslenmeye ilişkin bilgileri içeren diyet eğitimi verilmektedir. Fiziksel aktivitenin artırılması, sigaranın bırakılması ve sağlıklı vücut ağırlığının korunmasına ilişkin öneriler sunulmaktadır. Hastalara ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Ayrıca, ilaçların ne zaman alınacağına dair çizelgeler verilmektedir. Hastanın tedaviye uyumunu, yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay uyum sağlamasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacağı için stresle baş etme stratejileri hakkında eğitim verilmektedir (Şimşek, & Alpar, 2020).

## **2.2.Kişilik Özellikleri**

### **2.2.1.Kişilik Tanımı**

Bugüne kadar “Kişilik” kavramı için birbirinden farklı çok sayıda farklı tanımlama yapılmıştır. TDK kişilik kavramını “Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü” olarak tanımlamaktadır. Gordon Allport kişiliği “kişinin çevreye özgün uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerden oluşan içsel bir dinamik organizasyon” olarak ifade etmiştir. Cüceloğlu’na göre

kişilik “bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi”; Sorias’a göre ise, “kendine özgü olan genel psikolojik özellikleri, onun yaşam biçimini oluşturan ve huy haline getirmiş olduğu bilinçli ya da bilinçdışı bütün düşünce ve davranış kalıpları”dır (Yurtsever, 2009).

Etimolojik olarak “persona” kelimesinden geldiği düşünülen kişilik kelimesi, bireyler arasındaki farklara işaret etmektedir (Durna, 2005). Kişilik, bütün özelliklerini kapsamaktadır ve bireyin yaşama şeklini belirlemektedir (Akıncı, Güven, & Demirel, 2015; Sudak, & Zehir, 2013). Her bireyin farklı bir kişilik yapısının olması, her kişinin aynı olayı farklı yorumlaması ve farklı tepki vermesi ile sonuçlanmaktadır. Kişilik kavramının, mizaç (huy), yetenek, karakter gibi alt boyutları vardır (Sakallı, 2019; Akıncı, Güven, & Demirel, 2015).

**Mizaç:** En genel tanımıyla kişiliğin duygusal özü demektir. Bireyin duygusal dengesidir. Mizaç, bireyin toplum içinde fark edilmesini sağlar. Huy; kalıtımla anne babadan çocuğa geçmekte, küçük yaşlarda gözlenmekte ve zamanla kalıcı hale gelmektedir. İnsanlarda ortak olabilen 4 huy özelliği bulunmuştur. Bunlar; ödüle bağımlılık, sebat etme, yenilik arama ve zarardan kaçınmadır (Aslan,2008; Sakallı, 2019).

**Karakter:** Yunanca oyma kelimesinden şekillenmiştir ve huyun oyularak biçimlenmesi anlamına gelmektedir. Kalıtsallığı mizaca göre daha azdır. Aile, toplum, gelenekler gibi çevresel faktörlere, yaşam olaylarına, eğitime göre değişir. Üç karakter özelliği tanımlanmıştır. Bu özellikler; iş birliği yapma, kendi kendini aşma ve kendi kendini yönetmedir. Bunlar tamamıyla geliştiğinde, bireylerde olgun bir kişilik ortaya çıkmaktadır (Aslan, 2008; Sakallı, 2019).

**Yetenek:** Bireylerin sahip olduğu becerilerin tümüdür. Bireyin yürüme, koşma gibi bedensel özellikleri ile kavrama, çözümlene yapabilme gibi düşünsel özelliklerinin bütünüdür (Sakallı, 2019).

Mizaç, karakter ve yetenek farklı kavramlar olsa da birbirine işlev yönünden bağlıdır. Aralarındaki ilişki kişiliği oluşturmaktadır (Aslan, 2008).

Kişilik; aile, geçmiş yaşantılar, inanç, değer yargıları, gelenekler, eğitim, sosyal olaylar ve kültür gibi çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Özsoy, & Yıldız, 2013). Her bireyin doğuştan gelen bir potansiyeli vardır, bu potansiyel birey

büyüdükçe ve bireyin yaşantıları ile gelişir. Bunun sonucunda “kişilik” oluşur (Yurtsever, 2009).

### 2.2.2.Kişilik Kuramları

Kişilik kavramı uzun yıllardır anlaşılmaya ve tanımlanmaya çalışılan bir kavramdır. Kuramcıların bazıları kişilerin ortak özelliklerini tanımlamaya çalışırken, bazıları kişilerin farklı yönlerine odaklanmış, bazıları da kişilik bozukluklarını anlamaya çalışmıştır. Kuramcıların fikir birliğine sahip olduğu ortak bir tanımla bulunmayan kişilik kavramı, günümüzde de araştırılmaya devam etmektedir (Taymur, & Türkçapar, 2012; Yurtsever, 2009).

Kişilik tanımlamaları Hipokrat ile başlamıştır. Hipokrat kişiliği 4 vücut sıvısıyla ve renkleriyle ilişkili olarak tanımlamıştır. Kan “hafif kanlı mizacı”, balgam “ağırkanlı mizacı”, sarı safra “sinirli mizacı” ve kara safra ise “melankolik mizacı” tanımlamaktadır. Hipokrat’ın bu tanımlaması 17. yy ’a kadar geçerliliğini sürdürmüştür (Özsoy, & Yıldız, 2013; Taymur, & Türkçapar, 2012).

20. yüzyıla gelindiğinde ise kişilik kavramı tanımlarına yenileri eklenmiştir. Schneider, kişilik bozukluklarına odaklanmış ve depresif, hipertimik, dikkat arayışı, astenik, anankastik, duyarlı vb. gibi 10 adet kişilik bozukluğu tanımlamıştır. Kretchmer, vücut tiplerini kişilikle ilişkilendirmiş, Sheldon ise bu ilişkiyi endomorf, mezomorf ve ektomorf olarak emriyonik tabakalara uygun olarak tanımlamıştır. Kuramlar, genel olarak 6 başlık altında toplanabilmektedir (Tablo 1):

**Tablo1. Kişilik kuram ve kuramcıları**

<b>KURAMLAR</b>	<b>KURAMCILAR</b>
Psikoanalitik Kuramlar	Freud ,Jung, Alfred Adler
Neoanalitik Kuramlar	Otto Rank, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm
Ayırıcı Özellik Kuramı	Allport, Eysenck, Sheldon
Davranış Psikolojisi Kuramları	Skinner, Bandura , Aaron Beck
Benlik Kuramları(İnsancıl Kuram)	Rogers, Maslow



Olgunlaşma kuramı	Chris Argyris
-------------------	---------------

Kaynak: (Demirbilek, 2009)

### 2.2.2.1.Psikoanalitik Kuramlar

**Psikoanalitik Kişilik Kuramı:** Sigmund Freud, kişilerin davranış şekillerinin cinsel dürtü(libido)'ya göre olduğunu savunmuştur. Freud'un oluşturduğu bu kuramı yapısal, topografik ve içgüdüsel olmak üzere 3 başlık altında ele almıştır (Demirbilek, 2009):

**Yapısal kuram:** Bu kuramda, Freud kişiliği id, ego ve süperegö olarak tanımlamıştır. İd, içgüdüdür. Kişinin en kaba halidir. Zevk almayı amaçlar. İstenilen şeyin sonucunu düşünmeden yapılmasını ister. Ego, id ve süperegönün dengelenmesini sağlayan mekanizmadır. Uyum temel işlevidir. Süperegö ise kişinin vicdanıdır. Büyürken yasalar ve geleneklerle gelişir ve id'i baskılamayı öğrenir (Demirbilek, 2009; Konakay, & Çelik, 2018).

**Topografik kuram:** Freud, bireylerin davranışlarının nedenlerinin bilinç, bilinçaltı ve bilinç dışı sebepler olabileceğini belirtmiştir. Bilinç farkında olduğumuz, dış çevreye ve gerçekliğe uygun şekilde ve mantıklı olan düşünceleri içermektedir. Bilinçaltı farkında olunmayan istek, arzu, duygu ve düşüncelerin depolandığı alandır. Sürekli olarak davranışları etkiler, ancak birey bunların farkında olmaz. Bilinçdışı ise, biyolojik ve kalıtsal olarak gelen dürtülerdir. Bilinç dışı davranışlar, tutum, konuşma vb. şekilde hayatımıza yansımaktadır (Demirbilek, 2009).

**İçgüdüsel kuram:** Freud, bireylerin ilk altı yaşına kadar beş farklı dönemden geçtiğini ve bu dönemlerde yaşadıklarının yetişkinlikteki davranışlarını etkilediğini savunmaktadır. Bu dönemler oral dönem, anal dönem, fallik dönem, latent (gizil, örtülü) dönem ve genital dönemdir (Demirbilek, 2009).

**Oral dönem,** yaklaşık 1 yıl sürer ve bu dönemde en önemli bölüm ağızdır. İnkâr, bastırma ve yansıtma savunma mekanizmaları ortaya çıkar ve başarılı bir

şekilde atlatılmazsa edilgenlik ve bağımlılık kişisel özellikleri ortaya çıkabilir (Demirbilek, 2009).

**Anal dönem,** çocukların tuvalet eğitimi dönemidir. Çocuklar bu dönemde tuvaletlerini yapmayı ve tutmayı öğrenirler. Annenin bu dönemdeki tutumları çocukların ileride inatçı, cimri, titiz, bağınaz gibi kişilik özellikleri göstermesine sebep olabilir (Demirbilek, 2009).

**Fallik dönem,** ilginin üreme organlarında olduğu dönemdir. Cinsiyet farklılığı öğrenilir. Bu dönem uygun şekilde geçirilmediğinde kişide cinsel kimlikle ilgili psikopatolojik sorunlar ortaya çıkabilir (Demirbilek, 2009).

**Latent (Gizil) dönem,** cinsiyetle ilgili dürtülerin durağan olduğu dönemdir. Çocuk kendini oyunlara, sosyal uğraşlara verir ve cinsiyet kavramını önemsemez (Demirbilek, 2009).

**Genital dönem,** karşı cinse ilgi duymanın başladığı, sosyalleşmenin hızlandığı dönemdir. Evlilik planları yapmak bu dönemin belirgin özelliğidir. Sağlıklı atlatılmadığı durumda kişide kaygı, utanç, suçluluk gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Demirbilek, 2009).

**Analitik Psikoloji Kuramı:** Carl Gustav Jung, Freud'un kuramının belli kısımlarını kabul etmiş, bazı kısımları reddetmiştir. Psikanalitik kuramın bazı kavramlarını ise geliştirmiştir. Psikanalitik kuramda cinsel dürtülerin abartıldığını düşünüp başka dürtülerin de önemli olduğunu öne sürmüştür. İçedönüklük ve dışadönüklük kavramını ilk kez kullanan Jung sekiz tip belirlemiştir. Bunlar duysal içedönük/dışadönük, duygusal içedönük/dışadönük, sezgisel içedönük/dışadönük, düşünen içedönük/dışadönüktür. İçedönük insanlar nesneden çok özneye bütünleşmiştir ve içine girdikleri ortama kolay uyum sağlayamazlar. Dışadönük tip ise dışarıdaki dünyayı daha fazla merak eder ve daha fazla ilgi duyar. Özneye değil nesneye bağlıdır. Jung'a göre yaşam içinde tamamen içedönük veya dışadönük tipe rastlamak mümkün değildir. Kişide içedönüklük ve dışadönüklük uyum içindedir. Bu tiplerin ana fonksiyonları ise duyuş, sezgi, düşünme ve hissetmedir. Jung kişiliğin tek başına bir önemi olmayan ancak birbiriyle etkileşim içinde olan ve birbiriyle etkileşim içindeyken önemli hale gelen sistemlerden oluştuğunu savunmuştur. Bu

sistemler; ego, kolektif bilinçaltı, kişisel bilinçaltı, arketipler (persona, gölge, anima ve animus) dir (Demirbilek, 2009).

**Ego:** Jung'a göre ego kişiliğin bilinçli yanı ve benlik kavramıdır. Gerçeklerle ilişkili ve uyumludur.

**Kişisel bilinçaltı:** Bastırılmış dürtülerden, arzulardan ve unutulmuş deneyimlerden oluşur. Kişinin kendisine özgüdür ve sadece kişiye aittir.

**Ortak (kolektif) bilinçaltı:** Kişinin kendi yaşamadığı, atalarından geçen birincil ve gizli imgelerdir. Yani, daha öne yaşamış insanların korkularının, çabalarının, duygu ve kaygılarının toplandığı bireyin kendisine ait deneyimlerden oluşmayan ortak bilinçaltıdır (Kavut, 2020).

**Arketipler:** Arketip duygusal yönü olan genetik geçişli bütünsel bir düşünme şeklidir. Deneyimlerle oluşurlar. Sembollerini anlama ve buna uygun davranmadır. Ortak bilinçaltında bulunan arketipler; ben, persona, gölge, anima ve animustur (Demirbilek, 2009).

**Ben:** Bireyin kendini tanıyarak gerçekleştirilmesidir. Bilinçdışı arketiplerin bilinç düzeyine çıkmasının örgütlenmesi, düzenlenmesi ve kişilikle bütünleşmesinin sağlanmasıdır.

**Persona:** Kişinin toplum içindeki maske olarak adlandırılan kimliğidir. Topluma uyum sağlamak için geliştirilen bir gerekliliktir.

**Gölge:** Kişinin içindeki bastırılan, engellenen, utanç duyulup bilinmesi istenilmeyen vahşi duygu ve isteklerdir.

**Anima ve animus:** Her bireyde biri daha fazla salgılansa da iki cinse ait hormonlar birlikte bulunur. Anima, erkeğin kadın arketipidir. Animus ise kadının erkek arketipidir. Kadın ve erkek anima ve animus sayesinde birbirini anlayabilirler ve zaman zaman birbirlerine benzer davranışlarda bulunabilirler. Böylece anima ve animus cinsler arasındaki uyumu oluşturur (Kavut, 2020).

**Bireysel Psikoloji Kuramı:** Alfred Adler, bilinç ve bilinçaltına önem vermiştir ve aşağılık/üstünlük kavramlarının üzerinde durmuştur. Adler'e göre kişiyi önemli kılan şey diğerlerinden üstün olma amacıdır. Kişi böylece kendini diğer kişilerden üstün veya aşağı olarak tanımlar. Kişinin duygu, düşünce ve davranışları bu tanımlama üzerinden şekillenir. Adler kişileri diğerlerine karşı olan tutumlarına göre saldırgan,

iyimser, kötümser, kendini savunanlar olarak sınıflandırmıştır. Ayrıca kişiliğin gelişiminde anne babanın, kardeşlerin tutumuna da önem veren Adler, aşağılık duygusunun bebeklikte kişinin gerçekten yardıma ihtiyacı olduğu zamanlarda oluştuğunu savunmuştur (Demirbilek, 2009; Uğur, 2016).

#### **2.2.2.2. Neoanalitik Kuramlar**

**Ayrılma Anksiyetesi Kuramı:** Otto Rank'ın ayrılma anksiyetesi kuramı felsefi yönü daha fazla olan bir kuramdır. Rank'a göre kişinin davranışlarını duygu ve düşünceleri belirler. Kişinin çevresinde gelişen olaylara verdiği tepkilere kişinin içinden yön verilir. Bu tepkiler kişinin yaşadığı olaylara karşı gelişen rastgele tepkiler değildir, kişinin duygu ve düşünceleri gerçek belirleyici ve denetimcileridir (Uğur, 2016).

Rank anne karnında rahat içinde olan bebeğin doğum sırasında anneden fiziksel olarak ayrılmasının kişinin ilk travması olduğunu ve bu ayrılma sonucu kişinin ölüm korkusuna kapıldığını savunmuştur. Rank 'e göre bu korku kopma kaygısıdır ve bu sebeple kişi büyürken bitip tekrar başlayan yeni bütünleşmeler kurar. Otto Rank, bu bütünleşmelere karşı kişileri ortalama birey, artist ve nevrotik olmak üzere üçe ayırmıştır. Artist bireyler yaratıcı bütünleşmeye ulaşan kişilerdir. Bu bütünleşmeye ulaşamayan kişiler ise nevrotik ve ortalama birey olarak gruplandırmıştır (Demirbilek, 2009).

**Kişilerarası İlişkiler Kuramı:** Harry Stack Sullivan, kişiliğin ana yapısının ilk beş yılda oluştuğu görüşüne karşı çıkararak çevresel, sosyal ve kültürel yaşantılara bağlı olarak yirmi yılın üstünde gelişebileceğini savunmuştur. Sullivan'a göre kişiliğin oluşması ve gelişmesi kişilerarası ilişkilerle olur. Kişinin doğuştan gelen dürtüleri sosyal yaşamda kişilerarası ilişkilerle gelişir ve kişiliği oluşturur. Diğer bireylerle etkileşimde olmadan bir bireyin kişiliğini oluşturması mümkün değildir (Demirbilek, 2009; Uğur, 2016). Sullivan, kuramında dinamizm, kişiselleştirmeler ve bilişsel süreçler kavramlarını kullanmıştır:

Dinamizm, canlılığın sürdürülebilmesi için gereken enerji dönüşümleridir. Davranışlar bu enerji dönüşümleri sonucunda ortaya çıkar (Uğur, 2016).

Kişiselleştirmeler, kişinin kendisi veya diğer kişiler için geliştirdiği imge, tutum ve duygulardır (Uğur, 2016).

Bireysel süreçler, üç bölümden oluşur. Birinci bölüm zihinde anlık oluşan imgeleri kapsayan protaksik süreçtir. Bu olaylar arasında bir bağlantı yoktur. Bu süreç diğer süreçler için temel kabul edilir. İkinci süreç parataksik süreçtir. İki olay arasındaki nedensellik bağlantısı kurulan süreçtir. Üçüncü süreç sinataksik süreçtir. Çocukluğun son döneminde görülür ve düşüncenin en gelişmiş şeklidir. Gerçekleşen olaylar için doğru simgelerin kullanıldığı dönemdir (Uğur, 2016).

**Hümanistik Psikanaliz Kuramı:** Erich Fromm, kişilik oluşumunda toplumun ve kültürün etkilerinin üzerinde durmuştur. Bireyin yalnız kalma korkusu duyduğunu ve bu korkunun kaygıya neden olduğunu ileri sürmüştür. Fromm'a göre kişi bu kaygıdan kurtulmak için sevgi, yok etme, boyun eğme, egemen olma gibi yollar oluşturur. Fromm, karakter oluşumunda doğuştan gelen dürtülerin yanı sıra tecrübelerinde etkisi olduğunu düşünür. Kişinin hem bireysel hem toplumsal karakteri olduğunu savunur. Fromm, kişinin çevreyle olan ilişkisini de nesnel ve diğer kişilerle olmak üzere ikiye ayırarak bazı farklı kişilik tipleri tanımlamıştır. Bağlantıcılık, sembiyotik, yıkıcılık bunlardan bazılarıdır (Demirbilek, 2009, Uğur, 2016).

### 2.2.2.3. Ayırıcı Özellik Kuramları

**Kişisel Özellik Kuramı:** Gordon Allport, kişiliğin öznel ve tekil özelliklerden oluşan bir bütün olduğunu savunmuştur. İnsan davranışlarının ise bu özelliklere göre belirlendiğini söylemiştir. Bu davranışları tanımlamak için yaklaşık 18.000 kelime listelemiş ve bunları 3 başlık altında toplamıştır. Allport'a göre bu özellikler merkezi, asıl ve ikincildir. Asıl özellik, kişinin çoğu davranışını yönlendiren tek bir özelliktir. Merkezi özellikler, bireyin davranışlarının temelini oluşturan özellikler setidir. İkincil özellikler ise, daha az ortaya çıkan, davranışları daha az etkileyen davranış setleridir (Uğur, 2016).

**Faktör Kuramı:** Hans Eysenck, kişiliğin karakter, mizaç gibi kişisel özelliklerin çevresel etmenlerle etkileşimiyle oluşan organizasyonu olduğunu savunmaktadır. Eysenck, modern kuramların karışık ve anlaşılmaz olduğunu savunmuştur. Eysenck'e göre önemli olan kişiliğin boyutlarının saptanmasıdır. Eysenck faktör analizi yöntemini kullanarak dışadönüklük, içedönüklük, stabilite ve nörotisizm olmak üzere kişiliğin dört boyutunu tanımlamıştır. Sonrasında psikotizm de beşinci boyut olarak bu kurama eklenmiştir (Demirbilek, 2009).

Dışadönük kişilik yapısındaki insanlar, duygularını diğer insanlarla kolayca paylaşabilen çevreyle etkileşim içinde olan kişilerdir. İçedönük kişilik yapısındaki insanlar ise, daha çekingen, kendi içine çekilmiş yalnız kalmaktan hoşlanan kişilerdir. Nörotisizm boyutu kişinin duygusal tutarlılığını anlatmaktadır. Bu boyutta yüksek puan alan kişiler gergin, agresif, aşırı duygusal olabilirler. Psikotizm boyutu ise, sıra dışı kişilik özelliklerini ifade eder. Garip davranışlar, sempati eksikliği, düşmanca duygulara sahip olmak bu boyutta yüksek puan getirirler (Ünüvar, Sarı & Dağhan; 2021).

**Üç Temel İnsan Tipi Kuramı:** William Sheldon, kişilik özelliklerini fiziksel özelliklerle bütünleştirmiş ve kişileri endomorf, ektomorf ve mesomorf olmak üzere üç kategoriye ayırmıştır. Ektomorf kişiler ince yapılı, hassas tenli ve sinir sistemi gelişmiştir. Bu kişiler içedönük, hassas ve duygularını dışarıya yansıtamayan kişilerdir. Endomorf kişilerin fiziksel olarak iç organları daha fazla gelişmiştir. Bu kişiler mutludurlar ama çabuk kaygılanırlar, çok gülüp çok ağlarlar. Mesomorf kişilik yapısına sahip kişiler fiziksel olarak atletik kişilerdir. Omuzları geniş, kasları gelişmiştir. Spordan ve maceradan hoşlanırlar, aktiftirler ve lider olma yönelimindedirler (Uğur, 2016).

#### **2.2.2.4. Davranış Psikolojisi Kuramları**

Bu yaklaşım öğrenme ve davranışların pekiştirilmesi üzerine şekillenmiştir. Bir kişi uyguladığı davranış ile istediğini kazanmışsa bu davranışı benimsemiş ve

pekiştirmiştir (Uğur, 2016). Bu kuramlar sadece gözlemlenebilen tepkilerin açıklanabileceğini savunurlar (Karahasanoğlu, & Çevirme, 2020).

**Kişilik Kuramı:** Ivan Pavlov' a göre, insan davranışlarının temel belirleyicisi çevredir. Pavlov'un davranışçılığın ilk büyük kavramı olan klasik koşullanmayı keşfetmiş ve bu keşifle davranış psikolojinin temellerini atmıştır. Köpekleri izlediği deneylerinde sindirim sistemi salgısı ve yiyecek arasındaki ilişkinin salgı ve yiyeceklerle ilişkilendirilen durum olabileceğini gözlemlemiştir. Böylece öğrenme ve şartlanma sırasında nötr bir durumda şartlı reflekslerin ortaya çıkabileceğini gösteren klasik koşullanma bulunmuştur. Pavlov, bireyler arasındaki psikolojik farklılıkları tanımlamaya çalışmıştır (Karahasanoğlu, & Çevirme, 2020).

**Kişilik Yorumu Kuramı:** Bhruss F. Skinner' ın kişilik yorumu fareler üzerinde yaptığı deneylere dayanmaktadır. Fare bir kutuya konulur ve bir butona bastığında fareye yemek verilir. Daha sonrasında fare yemek alabilmek için bilinçli bir şekilde butona basar. Skinner'ın kişilik yorumu ödül ve ceza fikirlerine dayanmaktadır. Pavlov'dan esinlenen Skinner'ın deneyinin farkı farenin aktif oluşudur (Uğur, 2016).

**Kişilik Görüşü – Yeterlilik teorisi:** Albert Bandura tarafından geliştirilen bu kuramın özyeterlilik ve sonuç beklentisi olarak iki bileşeni bulunmaktadır. Özyeterlilik kişinin davranışı başarabileceğine olan inancıdır. Sonuç beklentisi ise belli sonuçları olan davranışı değerlendirebilmesidir. Bu teoride, kişilerin uygulamak istediği davranışlar engellendiğinde ya da engellerle karşılaştığında, kişide anksiyete, stres veya depresyon geliştiği, zorluklara karşı ne kadar direnç gösterdiği, başarı düzeylerinin nasıl etkilendiği üzerinde durulmaktadır (Uğur, 2016).

**Bilişsel Kuram:** Aaron Beck, kişinin çevresi ve kendisi hakkındaki duygu ve düşünceleri değerlendirmesi üzerine odaklanmıştır. İki alt boyuttan oluşmaktadır: otonomik kişilik ve sosyotropi. Otonomik kişilik özelliği gösteren kişiler daha bağımsız, başarılı olmaktan mutlu olan, başkalarının kendileri için olan düşüncelerini fazla önemsemeyen kişilerdir. Sosyotropik kişilik özelliğindeki insanlar için ise başkalarından onay almak, başkaları tarafında sevmek olumlu bir kimlik

sürdürebilmeleri için çok önemlidir. Bu kişiler bağımlı, başkalarıyla olan ilişkilerine önem veren bireylerken otonom kişiler ise hedef odaklı ve baskın karakterlidirler (Uğur, 2016).

#### 2.2.2.5. Benlik Kuramları

Bu kuramlar kişinin kendini nasıl gördüğüne ve algıladığına odaklanmıştır (Uğur, 2016).

**Rogers Benlik Kuramı:** Carl Rogers'a göre bireyin hayatının merkezi kendisidir. Kesin doğrular değil, öznel doğrular vardır. Gerçek çevre kişinin algıladığı çevredir. Kişi kendini geliştirmek için çabalar ve doğduğundan itibaren mutluluğu bulmaya çalışır. Olumlu bir benlik algısı geliştirebilmesi için ise koşulsuz sevgi içeren bir ortamda gelişmesi gerekir (Uğur, 2016).

**Maslow Benlik Kuramı:** Abraham Maslow'un teorisinde üç varsayım bulunur. Bunların birincisi insanların istekleri olduğudur. Karşılanmamış ihtiyaçlar kişinin davranışlarını etkilerler ve güdüleyicidirler. İkinci varsayımda ihtiyaçlar aralarında önem sırasına göre hiyerarşik olarak basamaklar oluştururlar ve bunlar basitten karmaşığa göre sıralanırlar. Üçüncü varsayım ise kişilerin bu basamaklarda basitten karmaşığa geçebilmesi için alt basamaktaki ihtiyacın asgari olarak karşılanmış olması gerekir. Maslow bu hiyerarşik olarak sıralanabilen ihtiyaçları beş gruba ayırmıştır. Basitten karmaşığa olacak şekilde bunlar sırayla; fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimleri, sevgi ve ait olma, saygınlık ve kendini gerçekleştirmedir (Şekil 1) (Uğur, 2016).





Şekil 1. A.Maslow'un temel insan gereksinimleri (Uğur, 2016)

### 2.2.2.6. Olgunlaşma Teorileri

**Olgunlaşma Kuramı:** Chris Argyris'in kuramına göre kişiler büyürken zaman geçtikçe olgunlaşmamıştan olgunluk durumuna geçerler. Kişiler olgunlaştıkça daha bağımsız olurlar. Bir konuya karşı daha uzun ilgi duyarlar, farklı davranışlar sergilerler, kendilerini bilirler, geleceğe dair sebep sonuç ilişkilerini daha iyi kavrayabilirler (Uğur, 2016).

### 2.2.3. Kişilik Tipolojileri

Her bireyi diğer bireylerden ayıran bazı özellikler vardır. Bu farklar yaş, görünüş, parmak izi gibi biyolojik özelliklerde olabileceği gibi yetenek, algılama, yaratıcı olma gibi düşünsel farklar veya iklim, yetiştiği aile ortamı gibi çevresel farklar da olabilir. Bu farklar sayesinde çok fazla sayıda farklı kişilikler oluşmaktadır. (Uğur, 2016). Bu sebeple tamamen aynı kişiliğe sahip bireyler bulmak neredeyse imkânsızdır.

Kişilik konusuyla ilgilenen araştırmacı ve teorisyenler bireyleri sınıflandırabilmek için bazı benzer özelliklerine dikkat ederek kişilik tipolojileri oluşturmuşlar ve bazı gruplamalar yapmışlardır (Demirbilek, 2009). İşe alım, insan kaynakları yönetimi gibi örgütsel olayları kolaylaştırmak için kişilik özelliklerini

sınıflandırmak oldukça yararlı olmuştur (Uğur, 2016). Ancak, bireylerin zamanla değişip gelişebileceğini de hesaba katılmalıdır (Demirbilek, 2009).

Kişilik tiplerine baktığımızda en çok gördüğümüz sınıflamalar şunlardır;

- Myers -Briggs tipi Kişilik Tipolojileri
- Littauer'in Kişilik Tipleri
- E. Kretschmer'in Kişilik Tipleri
- 5 Büyük Faktör Kuramı
- A ve B Tipi Kişilik Tipolojisi (Friedman ve Rosenman'ın Kişilik Tipleri)

### **2.2.3.1. Myers -Briggs Tipi Kişilik Tipolojileri**

Bu modelde kişilik tiplerini belirlemek için dört genel soru sorulmuştur ve bu soruların cevaplarına göre 16 kişilik tipi oluşturulmuştur. Bu sorular ve cevapları şöyledir;

1. Hayatınızı nasıl düzenlersiniz? Yargıcı/Algısal
2. Nasıl karar alırsınız? His odaklı/Düşünce odaklı
3. Bilgiyi nasıl işlersiniz? Duyumsal / sezgisel
4. Enerjinizi yönlendirdiğiniz kaynak neresidir? İçedönük / Dışadönük (Özsoy, & Yıldız, 2013).

### **2.2.3.2. Littauer Kişilik Tipolojileri**

Littauer kişilik tiplerini dört başlık altında toplamıştır. Bu kişilik tipleri şöyledir;

- Popüler optimistler: Bu kişilik tipine sahip kişiler topluluk içinde öne çıkarlar, gösterişli olmaktan hoşlanırlar, konuşmayı ve dinlenilmeyi severler, hareketli cıvıl cıvıdırlar. Çalışma alanları dağınık olsa da üretkendirler.
- Mükemmeliyetçi melankolikler: Kendileri ve çevreleri çok düzenlidir. Diğer kişilere karşı mesafelidirler, gizlilikten hoşlanırlar ve eşyalarının

kariştirilmesini hiç sevmezler. Kıyafet tercihleri genellikle klasik, duruşları kusursuzdur.

- Güçlü kolerikler: Güçlü, kararlı, lider ruhlu, kaybetmeye dayanamayan, iş odaklı, özgüvenleri yüksek kişilerdir. Eleştirilmekten ve baskı altına girmekten hoşlanmazlar.
- Barışçıl soğukkanlılar: Anlaşması en kolay olan kişilerdir. Herkes onların yakınında olmaktan memnundur. Programlarının değişmesinden rahatsızlık duymazlar. Dikkati kendi üzerine çekmek istemezler, sessiz sedasız bir Şekilde kendisinden bekleneni, hiçbir takdir beklemeden yerine getirir (zsoy, & Yıldız, 2013).

### **2.2.3.3. Kretschmer Kişilik Tipleri**

Ernst Kretschmer, kişinin beden yapısıyla kişilik özellikleri arasında bir ilişki olduğunu düşünerek, bu düşünceye dayalı üç kişilik tipi belirlemiştir. Bunlardan birincisi uzun boylu, kaslı, nc olma eğilimindeki atletik tiptir. İkinci tip olan astenik kişilik tipine sahip insanlar, uzun, zayıf ve soğukkanlıdırlar. Bu tipteki kişilerin kötülükten hoşlanabilen bir yanları vardır, inatçı ve kindar olabilirler. Piknik tip kişilik tipine sahip bireyler, orta boylu, kasları yumuşak ve Őiřmanlama eğilimindeki kişilerdir. Bu kişilerin iyimser bir yapısı vardır. Kin tutmazlar, dışadönük ve sempatiklerdir, kişilerarası ilişkileri iyidir ve yaşamaktan hoşlanırlar (Demirbilek, 2009; zsoy, & Yıldız, 2013).

### **2.2.3.4. Beş Faktör Kişilik Modeli**

Robert R. McCrae ve Paul T. Costa, sıklıkla rastlanan kişilik tiplerinin günlük yaşamdaki kişilerin birbirlerini tanımladıkları sıfatlarla dilde yer alacağı görüşünü benimsemişlerdir (Aslan, 2008; Sudak, & Zehir, 2013). Bu görüşten yola çıkarak oluşturulan Beş Faktör Modeli diğer araştırmacılar tarafından fazlasıyla benimsenmiş ve üzerinde yoğun Şekilde araştırma yapılan bir model haline gelmiştir (Demirbilek, 2009). Farklı kültürlerde geçerliliğinin olması, parametrelerin zamana karşı

devamlılığını koruması, kullanma ve değerlendirmenin kolay olması, boylamsal araştırmalara dayalı olması bu modelin araştırmacılar tarafından benimsenmesini kolaylaştırmıştır (Kılıçlar, Şahin, Sarıkaya, & Bozkurt, 2017). Bu model geliştirilirken kişilik tipleri için bir sınıflama oluşturulması amaçlanmıştır (Konakay, & Çelik, 2018). Beş Faktör Kişilik Modeli, var olan sistemlerin içinde benzerlik ve bütünlük kuran açıklayıcı bir kişilik modelidir (Uğur, 2016). Modelde, her biri karşıt iki özelliği gösteren beş boyut vardır: dışadönüklük/içedönüklük, uyumluluk/hırçınlık, sorumluluk/yönsüzlük (dağınıklık), deneyime açıklık/gelişmemişlik ve duygusal denge/duygusal dengesizlik (Demirbilek, 2009).

**Uyumluluk (yumuşak başlılık):** Kişinin diğer kişilerle ne kadar iş birliği yapabileceğini gösteren boyuttur. Uyumlu olarak tanımlanan bireyler sıcakkanlı, affedici, dürüst, nazik insanlardır. Bu boyutun zıttını karşılayan gruptaki kişiler ise soğuk, katı, huysuz kişiler olarak bilinirler.

**Dışadönüklük:** Kişilerin diğer kişilerle iletişim kurmadaki rahatlık seviyesini gösterir. Dışadönük kişiler aktif, sosyal, girişken ve pozitif kişilerdir. Bu grubun karşıtı olan kişiler, içine kapanık, çekingen ve utangaç kişilerdir.

**Duygusal Denge:** Duygusal dengeye sahip kişiler sakin, hevesli, kanaatkar, mutlu, güvenli kişilik özelliği gösterirler. Duygusal dengesizlik özelliği gösteren kişiler ise karamsar, endişeli, duygusal, depresif kişiler olarak nitelendirilir.

**Sorumluluk:** Sorumlu birey, düzenli, odaklı, disiplinli ve çalışkan kişilerdir. Boyutun diğer ucu olan sorumsuz kişiler ise öz disiplini az olan, dikkati kolay dağılan kişiler olarak tanımlanabilir.

**Deneyime Açıklık:** Kişinin yeniliğe olan ilgisini ifade eder. Deneyime açıklık düzeyi düşük olan kişiler genellikle geleneksel olan kişilerdir. Boyutun diğer ucunda bulunan kişiler ise yenilikçi, açık fikirli, yaratıcı kişilerdir (Uğur, 2016).

#### 2.2.3.5. A ve B Tip Kişilik Tipolojileri

Bu tipoloji iki kardiyolog olan Meyer Friedman ve Ray Rosenman'nın kişilik tiplerinin stres ve gerginlikle ilgili olduğu düşüncesine temellenmiştir. Muayenehanelerindeki koltukları yeniletirken koltukların genellikle belli yerlerinin yıprandığını görmeleri başlangıç noktaları olmuştur. Endişeli kişilerin yerinde

duramadıkları ve sürekliliği hareket halinde olduklarını ve bu sebeple koltukların ön taraflarının yırtıldığını düşünmüşlerdir. Bu düşünceden hareketle hastaları gözlemlemişler ve kişilik özelliklerini A tipi- B tipi kişilik olarak sınıflandırmışlardır (Sakallı, 2019). Genel olarak bakıldığında A tipi kişiliğe sahip olan kişilerin daha fazla endişeli, iş ve zaman odaklı olduğu, B tipi kişilerin ise bunun tam tersi olarak daha rahat, dinlenmekten rahatsızlık duymayan, sağlıklarına daha fazla önem veren kişiler olduğu görülmektedir (Semiz, 2017). Ancak, Friedman ve Rosenman kişilerin hiçbir zaman tamamen A tipi veya tamamen B tipi olamayacağını, sadece bu kişilik tiplerinden birinin özelliklerini daha fazla göstereceğini, bir kişilik tipine daha yakın olacaklarını açıkça belirtmişlerdir (Akıncı, Güven, & Demirel, 2015).

**A tipi kişilik:** A tipi kişiliğe sahip bireylerin en yaygın özelliği zaman baskısı, zamana karşı yarış içinde olmadır. Sabırsız ve hıza odaklıdır. Düşündükleri bir işin hemen olmasını isterler. Diğer kişilerin yavaş çalıştıklarını düşünürler ve bunu tolere edemeyip sinirlenirler, saldırganca davranırlar. Dakik, düzenli ve motivasyonu yüksek kişilerdir. İş odaklıdır ve değerlerini kazandıklarının (para, başarı, vb.) miktarıyla ölçerler. Aynı anda birden fazla iş yapmak isterler. Kendilerine çok az zaman ayırırlar. Doktora çok gitmezler, gittikleri zaman ise genellikle telefondadırlar. Sürekli gergin ve streslidirler (Uğur, 2016). Friedman A tipi davranışın iki psikolojik ve altı fizyolojik olmak üzere 8 belirtisini tanımlamıştır. Bunlar; düşmanca tutum, ilerleyen zamanda kötü bir şey olacağına dair endişe, diş gıcırdatma, süregelen baskı sebebiyle dilin ön dişe sürmesi, yüzde aşırı terleme, ağız kenarında tik oluşması, göz kapağında tik oluşması, gözaltlarının koyu renk alması (Uğur, 2016). A-tipi davranış şeklinin başlıca özellikleri 4 başlık altında toplanabilir (Durna, 2005):

1. Hareketlilik: kendilerine özgü bir konuşma tarzları bulunur. Konuşma tarzlarında yaptıkları vurgular ve jestleri ön plana çıkar.
2. Dürtü ve İhtiras: kendileri ve başkalarından büyük beklentileri vardır. Bu beklentilerin gerçekleşmesiyle gelen başarıdan haz ve mutluluk duyarlar.
3. Rekabet, düşmanlık ve saldırganlık duyguları: Birey sürekli yarış içindedir bu yarış başkalarıyla olabileceği gibi kendisiyle de olabilir.
4. Tek açılı kişilik: Benmerkezci kişilerdir ve işleriyle aile yaşantılarını ihmal edecek kadar meşguldürler.

A tipi özelliği gösteren kişilerde yüksek tansiyon, koroner kalp hastalıkları, ülser gibi hastalıkların daha fazla rastlandığı görülmüştür (Kendilci, 2015).

**B Tipi Kişilik:** B tipi kişilik yapısına sahip kişiler A tipi davranış sergileyen kişilerin aksine rekabetten hoşlanmazlar, mükemmeliyetçi değillerdir. Kendilerine, aile ve arkadaşlarına zaman ayırırlar. Sakin, sabırlı, uyumlu, gamsız kişilerdir. Fazla sorumluluk almayan bir yapıları vardır. İş oluruna bırakma eğilimindedirler. Suçluluk duygusuna kapılmadan dinlenebilirler. Herkes tarafından hata yapılabileceğini düşünürler, hoşgörü ve tolerans düzeyleri yüksektir (Demirbilek, 2009).

A ve B tipi kişilik davranışları arasındaki farklar 3'e ayrılabilir (Koçak, Eti, & Gürsoy, 2017):

1. Rekabet çabasının A tipi kişilerde yüksek, B tipi kişilerde düşük olması,
2. A tipi kişinin engellenme karşısında daha çok tepki vermesi
3. Zaman baskısının A tipi kişilerde daha fazla hissedilmesi.

A tipi kişilikteki kişilerin yüksek stres yaşamaları sebebiyle bazı hastalıklara yakalanma ihtimali daha yüksektir. Diğer taraftan, stresle baş edebilme durumunda A tipi kişiliğe sahip kişilerin B tipi kişiliğe göre stresle daha iyi baş edebildikleri görülmektedir (Demirbilek, 2009; Koçak, Eti, & Gürsoy, 2017).

#### 2.2.3.6. C ve D Tipi Kişilik

**C Tipi kişilik:** C tipi kişilik özellikleri genel olarak kendini engelleme, duygularını bastırma şeklinde tarif edilmektedir. Bu kişilik tipinde olan bireyler duygularını özellikle öfkelerini dile getirmekten kaçınan, yaşamlarının merkezine kendilerini değil de aile üyeleri, arkadaşları gibi başkalarını alan, tartışmalardan kaçınan ve bu yüzden duygularını bastıran, kaygılı, savunucu, kontrollü ve duygusal kişilerdir (Uğur, 2016).

**D tipi kişilik:** Sıkıntılı (distresli) kişilik olarak da adlandırılan D tipi kişilik modelinde sosyal inhibisyon ve negatif duygulanım birlikte görülmektedir. Sosyal inhibisyon; kişinin sosyal ilişkilerde duygularını ve düşüncelerini baskılamaya bağlı rahatsızlık hissetmedir (Öncü, & Vayisoğlu, 2018; Uğur, 2016). Negatif duygulanım ise, kişinin depresif duygulanım durumunu göstermesidir. Negatif duygulanım

yaşayan kişiler daha gergindirler, kendilerini daha az iyi hissederler ve daha çok fiziksel rahatsızlık belirtileri gösterirler (Öncü, & Vayisoğlu, 2018).

### 2.3. Kişilik Özellikleri Ve Hastalık İlişkisi

Kişilik özelliklerinin, fizyolojik örüntüler ve öğrenilmiş davranış örüntülerinden oluşması sebebiyle hastalık oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir. Bazı kişilik özellikleri, hipertansiyon, akciğer hastalıkları, serebrovasküler olay, KVH gibi hastalıklarda değiştirilebilir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Şahiner ve ark., 2021). Ayrıca, kişilik özellikleri bazı hastalıkların gelişmesine yatkınlığı arttırdığı gibi hastalık geliştikten sonra hastanede kalış ve iyileşme süresini arttırabilir ve hastalığın tekrarlamasına neden olabilir (Dirik, & Şahin, 2008).

Siklotimik mizaç, hipertansiyon ve/veya obezite gelişimi ile ilişkilidir. Kaygılı mizaç ise, prediyabet oluşumunu etkilemektedir. SVO geçiren hastalarda baskın kişilik özelliği depresif mizaçtır. SVO geçiren kişilerin daha çok endişeli, eleştirel ve şüpheli kişiler olduğu görülmektedir (Şahiner ve ark., 2021). Epilepsi hastalarında ise, çevresellik, obsesif kişilik, aşırı ahlakçılık, öfke, saldırganlık, taşkınlık gibi kişilik özellikleri ön plandadır (İzci, 2016). Stres, anksiyete gibi psikojik durumlarla ilişkili olan İrritabl Barsak Sendromu (İBS) tanılı kişiler genellikle içedönük, stresli, hırçın, kaygılı kişilerdir (Bozkurt, Atik, & Manav, 2020). Aşırı stresli, sosyal olarak dışlanma, küçümsenme korkusu olan kişilerde ise, ürtiker ataklarının daha fazla yaşandığı görülmüştür (Topal, Altunay, & Mercan, 2004). Fibromiyalji, somatizasyon bozukluğu ve kronik ağrısı olan kişilerde ise saldırganlık, içedönük ve bastırılmış öfke, yüksek anksiyete düzeyi gibi kişilik özelliklerine rastlanmaktadır (Özçetin, 2014). C tipi kişilik Kanseri oluşumu üzerine yapılan araştırmalarda tam bir fikir birliğine varılamamakla birlikte, C tipi kişilik yapısına sahip olmanın kanser oluşumuna ve ilerleyişine neden olabileceği düşünülmektedir (Uğur, 2016).

Kalp hastalıklarının oluşmasında bireyin çevre algısı ve çevrelerine verdikleri tepkilerle oluşan kişilik özellikleri etkilidir (Dirik, & Şahin, 2008). Koroner arter hastalıklarının gelişmesine neden olan psikolojik risk faktörleri duygudurum

değişiklikleri, kişilik tipleri, aşırı tepkisellik, sosyokültürel ve kişiler arası faktörler olarak gruplandırılmıştır (Aslan, Arkar, & Danaoğlu, 2011). Ayrıca, stres ve stresli olay yaşama akut miyokard infarktüsü gelişimi için risk oluşturmaktadır. (Dirik, & Şahin, 2008) Fiziksel veya zihinsel stres katekolamin salgılanmasını arttırarak ve koroner vazomotor tonusu arttırarak KAH'na neden olabilir. Ayrıca, stres hormonal etkiler, koagülasyon sisteminin ve lipid profilinin etkilenmesi sonucu koroner arter hastalıklarına zemin hazırlayabilir (Uslubaş ve ark., 1995).

Psikososyal faktörler ve KAH arasındaki ilişki bağışıklık sistemi ve koagülasyon sistemi etkileri üzerinden açıklanmaktadır. Psikolojik durum koagülasyon sistemini etkiler ve platelet aktivasyonuna neden olur. Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu sonucu kalp hızının ve kan basıncının artmasıyla aritmi ve koroner arterlerde vasospazmlar meydana gelir. Depresyon, anksiyete, hostilite, öfke gibi durumlar, santral sinir sistemi aktivasyonu ile direkt olarak, sigara kullanımının artması sonucu indirekt olarak kardiyovasküler hastalık riskini arttırır (Bayar ve ark., 2016).

Sabırsız, öfkeli, işkolik, düşmanca duygular besleyen A tipi kişiliğe sahip kişiler kardiyovasküler hastalık gelişimine yatkın bireylerdir. Karakteristik olarak negatif duygulanım ve sosyal izolasyon görülen D tipi kişiliğe sahip kişilerde ise akut miyokard infarktüsünde daha kötü prognozlarla karşılaşıldığı görülmüştür (Manoj, Joseph, & Vijayaraghavan, 2020).

Lider ruha sahip, mükemmeliyetçi, hırslı kişilerde Mİ görülme sıklığı daha yüksektir. Ancak yaşama bakış açılarından dolayı MI sonrası yaşam şansları yüksektir. Kötümser, üzgün ruh hali içinde olan kişilerde de MI geçirme riski yüksek olmakla birlikte bu kişilerin ruhsal durumundan dolayı MI sonrasında iyileşme süreleri uzundur. Dışadönüklük ve nörotik davranışlar ise MI'ne karşı koruyucu etki gösterirler (Nehir, & Çam, 2010). D tipi kişiliğe sahip kişiler kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere astım, kronik böbrek yetmezliği vb. hastalıklara yakalanma açısından risk altındadırlar. Bu risk, sigara içme vb. durumların yanı sıra, çok stresli bir yaşam tarzı ile birlikte kortizon ve proinflamatuvar sitokin seviyesindeki artışla ilgilidir (Öncü, & Vayisoğlu, 2018).



## 2.4. Bilinçli Farkındalık

Beynin kortikal ve subkortikal bölgeleri, farkındalığın çok yönlü özelliğini oluşturan dikkat, duygusal düzenleme ve duyu bütünleştirme işlevleriyle bağlantılıdır (Bilevicius, Smith, & Kornelsen, 2018). Medial prefrontal korteks, amigdala, anterior singulat korteks ve posterior singulat korteks hem dikkat hem de duygusal süreçler ile ilişkili beyin bölgeleridir (Bilevicius, Smith, & Kornelsen, 2018). Dikkat ve farkındalık arasında bilişsel bir ilişki vardır. Farkındalık ve dikkat arasındaki bu ilişkinin nedeni, iç gözlemsel farkındalık anlayışımızın ve buna sahip olduğumuza dair inancımızın, beyinde dikkati gösteren bir bilgi setine dayanmasıdır. Farkındalık, dikkatin kontrol edilmesini sağlayan bir durumdur. Bilişsel bir plan oluşturmak ve onu uygulamak, dikkatin kontrol edilmesine bağlıdır (Wilterson ve ark., 2021).

Farkındalık, kişinin kabul edici ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşımla içinde bulunduğu ana, yaşanmakta olan içsel (düşünceler, duygusal durumlar, fiziksel duyular, gibi) ve dışsal (sesler, tat, koku, gibi.) deneyimlere dikkatini yönlendirmesi ve yoğunlaştırması olarak tanımlanmaktadır (Bilevicius, Smith and Kornelsen, 2018; Şahin, 2019; Yavuz ve ark., 2019; Watford ve ark., 2019). Farkındalık, durumluk ve sürekli olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Durumluk farkındalık, birinin çevresine ve çevresinde olup bitenlere karşı şu an ne kadar dikkatli olduğunu göstermektedir. Geçicidir ve anlık bir farkındalık deneyimini yansıtır. Sürekli farkındalık ise, bireyin istikrarlı ve kalıcı bir özelliği olarak algılanan, doğal veya doğuştan gelen bilinçli farkındalık eğilimi şeklinde tanımlanmaktadır. Sürekli farkındalık, mevcut deneyimlere katılma, bunları tanımlama, bunlara dikkatini odaklama ve bunu sürdürme yeteneği, bu deneyimlere karşı sürekli ve açık bir farkındalığa sahip olmayı gerektirmektedir (Bilevicius, Smith ve Kornelsen, 2018).

Bilinçli farkındalık ise, “bireyin anlık deneyimlerine, düşüncelerine, duygularına istemli olarak dikkatini yönlendirmesi, anın ve o anki yaşantısının farkına varması” şeklinde tanımlanmaktadır (Şahin, 2019; Yavuz ve ark., 2019). Yargılamadan ve kabullenici olarak şimdiki zamanda olanlara dikkatini verebilmesi ve durumlara tepki göstermeden yanıt vermesidir (Alidina, 2017; Peker, Nebioğlu, & Ödemiş, 2019). Dikkati yönlendirme, bireyin kaçınma davranışına yol açmadan

duygu ve düşüncelerin yeniden düzenlenmesini sağlamaktadır (Watford ve ark., 2019; Yavuz ve ark., 2019).

Tarihsel süreçte Budizm dini, meditasyon ve geleneklerle ilişkili olarak ortaya çıkan bilişsel farkındalık birçok kırılma noktasından geçmiş ve son olarak 1979 yılında Dr. Kabbat-Zinn' in Farkındalık Temelli Stres Azaltma Kliniği' ni kurmasıyla günümüzdeki yerini almıştır (Aktepe, & Tolan, 2020).

Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini kontrol etmesi/düzenlemesi ve kişisel deneyime özel zihinsel bir yaklaşım olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Kişinin dikkatini kontrol etmesi/düzenlemesi, bireyin içinde bulunduğu zamanın kişisel deneyimine daha fazla odaklanmasını içermektedir. Kişisel deneyime yönelik zihinsel yaklaşım, kabul, merak ve açıklık ile karakterize edilmektedir (Brzozowski ve ark., 2018). Bilinçli farkındalık, daha yüksek refah ve sağlık seviyeleri ile ilişkilidir (Watford ve ark., 2019).

Bilinçli farkındalığın beş alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; tanımlama, gözlememe, yargılamama, tepkisiz olma ve hareket etmedir. Tanımlama, deneyimlerin anlatılmasıdır. Gözlemleme, vücudumuzda ve dışarıda olan olayların farkında olmaktır. Yargılamama, eleştirmemek; tepkisiz olma, kişinin duygu ve düşüncelerine tepki vermemesi geçip gitmesine izin vermesi şeklinde tanımlanır. Hareket etme ise anda yaşananlara dikkat etmek otomatik yanıtlardan kaçınmaktır (Deniz, Erus, & Büyükcebeci, 2017).

Yaşam doyumu ve bilinçli farkındalık arasında da büyük bir ilişki bulunmaktadır. Bireyin yaşadığı her anın farkında oluşu mutluluğunu ve yaşam doyumunu artırır (Parmaksız, 2020). Güler ve Usluca' nın 2021 yılında yaptığı araştırmasında da bilinçli farkındalık ve yaşam doyumu arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmış olup, bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça yaşam doyumunun da arttığı görülmüştür (Güler, & Usluca, 2021)

Günümüzde, bilinçli farkındalık düzeyini arttırmak amacıyla, bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi ve farkındalığa dayalı stres azaltma gibi farkındalık temelli teknikler kullanılmaktadır (Brzozowski ve ark., 2018). Farkındalık temelli yaklaşımlar, benlik saygısında ve empati düzeyinde artma; kaygı,

stres, depresyon, nevroitiklik ve duygularını kontrol etmede zorlanma gibi olumsuz durumların azalmasına katkıda bulunmaktadır (Brzozowski ve ark., 2018; Hepburn, Carroll ve McCuaig, 2021; Sarıtaş ve Aktura, 2020; Sarıtaş ve Aktura, 2020).

## **2.5. Bilinçli Farkındalık ve Hastalık İlişkisi**

Bilinçli farkındalık fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkili bir faktördür. Bilinçli farkındalık düzeyi yüksek kişilerde ruhsal ve fiziksel sağlık durumu daha iyi düzeydedir. Ayrıca, bu kişiler ağrı ve stres gibi durumları etkin şekilde yönetebilmektedir (Azak, 2018). Watford ve ark. tarafından laboratuvar ortamında yapılan bir deneyde, bilinçli farkındalık düzeyi yüksek kişilerde, şiddet içeren video karşısında genel olarak kalp hızının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durum, bilinçli farkındalığın olumsuz duygular uyandıran uyaranların alımında azalmaya neden olduğu şeklinde açıklanmıştır (Watford ve ark., 2019). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, bilinçli farkındalık uygulamalarının kardiyovasküler hastalığa sahip yetişkinlerde stres, depresyon, anksiyete gibi psikolojik ve kan basıncı, kalp hızı gibi fizyolojik olumsuz etkilerin azalmasında olumlu etkilere neden olduğu gösterilmiştir (Scott-Sheldon ve ark., 2020).

Depresyon kişilerin olumsuz düşünceler geliştirmesine neden olarak negatif duyguduruma bürünmesine neden olur. Bu hastalarda bilinçli farkındalığın artırılması şu ana odaklanmayı destekler ve kişisel duygu düşüncelerle tepki vermenin önüne geçer. Ayhan'ın depresyon hastalarında olumsuz otomatik düşünce ve bilinçli farkındalık üzerine yaptığı çalışmada bilinçli farkındalık arttıkça olumsuz otomatik düşüncenin azaldığı görülmüştür (Ayhan, 2019). Şizofreni hastaları ise ömürleri boyunca duygularını bastırma, kaçınma eğilimindedirler. Bilinçli farkındalık duyguların farkında olmayı amaçlayan bir yaklaşımdır ve bu özelliği ile şizofreni hastalarında semptomların şiddetini azaltır ve iyi oluşu destekleyerek daha anlamlı bir yaşama olanak sağlar (Yuvalı, 2021).

Kardiyak hastalıklarda da bilinçli farkındalığın önemli derecede olumlu etkileri olmaktadır. Bilinçli farkındalık anksiyete ve stresin azalmasını sağlayarak Mİ sırasında veya sonrası dönemde yaşanan korkunun azaltılmasına, nefes egzersizleri

sayesinde gerginliğin azaltılması ve bunun sonucunda oksijen doygunluğunun artmasına ve yorgunluğun azalmasına katkı sağlamakta, hatta kan basıncını düzenlenmesini de sağlayabilmektedir. Kalp yetmezliği hastalarında da anksiyeteyi azaltarak semptom görülme sıklığını azaltıp yaşam kalitesini arttırmaktadır (Karadaş, 2020; Sarıtaş, & Aktura, 2020).

Onkoloji hastaları kronik hastalığa sahip olma, hastalığın prognozunun kötü oluşu, semptomların fazla görülmesi vb. sebeplerle çoğunlukla anksiyete ve stres yaşamaktadırlar. Anksiyete ve stres yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlardır. Bilinçli farkındalık onkoloji hastalarında anksiyete ve stresi azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktadır (Dönek, ASL, & İl, 2020). İnfertilitede psikolojik iyi oluşu arttırdığı, doğum korkusu ve gebelikteki stres ve depresyonu azalttığı görülmüştür. Bilinçli farkındalığı yüksek kadınların menopoza döneminde stres düzeylerinin daha az olduğu ve menopoza bağlı semptomları daha az yaşadıkları görülmüştür (Bilgiç, & Gürkan, 2021).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda kişilik özelliklerinin prodromal semptom farkındalığına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir.

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma, 01.10.2021-10.01.2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi ve Bursa Şehir Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında yapıldı.

#### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Bursa Uludağ Üniversitesi ve Bursa Şehir Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda tedavi gören ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar, örneklemini ise bu hastalar arasından araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 76 hasta oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18-65 yaş arası olma
- Miyokard infarktüsü tanısı almış olma
- SVO, Diyabet ve Nöropatisi olmama
- Hastanın bilincinin açık olması
- Psikolojik/psikiyatrik tanı almamış olma
- İletişim problemi olmama
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- SVO, Diyabet ve Nöropatisi olma
- Miyokard infarktüsü tanısı almış olmama

- 18 yaşından küçük,65 yaşından büyük olmamalı
- Hastanın bilincinin açık olmaması
- Psikolojik/psikiyatrik tanı almış olma
- İletişim problemi olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, sosyodemografik özellikler ile MI ve prodromal belirtilere ilişkin özellikleri içeren genel bilgi formu, Horzum, Payas ve Padır tarafından geliştirilen Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği, güvenilirlik-geçerlilik Özyeşil ve ark. tarafından yapılan Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Genel bilgi formu:**

Sosyodemografik özellikler ile MI ve prodromal belirtilere ilişkin özellikleri içermektedir. Literatür doğrultusunda hazırlanan prodrom semptom listesinde toplam 54 adet prodromal semptom yer almaktadır. Hastada görülen her semptomu 1 puan, olmayan her semptomu 0 puan verilerek ortalama prodromal semptom sayısı hesaplanmıştır.

#### **3.5.2. Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği**

Bireylerin kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi amacı ile Rammstedt ve John tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenilirlik geçerliliği Horzum, Ayas ve Padır tarafından yapılmıştır. Güvenirlik ve geçerlilik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının 0,70'ten yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçek, dışadönüklük, yumuşak başlılık, özdenetim, nörotizm, deneyime açıklık olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam madde sayısı 10 olan 5'li likert tipi (0= hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sık sık 4= her zaman) ölçeğin her alt boyutunda iki madde bulunmaktadır. Ölçeğin, 1, 3, 4, 5, 7 maddeleri ters çevrilmiştir. Beş alt boyuttan

ölçeğin her bir alt boyutlarından alınabilecek puan 0-10 arsında değişmektedir. Alınan puan yükseldikçe o boyutun gösterdiği kişilik özelliği ön plana çıkmaktadır (Horzum ve ark., 2017).

### **3.5.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği**

Bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi amacı ile Brown ve Ryan tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenirlik geçerliliği Özyeşil ve ark. tarafından yapılmıştır. Özyeşil ve ark.'nın çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak belirlenmiştir. Beşli likert tipi yapıda olan ölçek, 15 sorudan oluşan, tek boyutlu bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15 ve maksimum puan 90'dır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Özyeşil, 2011).

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler, IBM SPSS Statistics 22 programında analiz edilmiş olup, Skewness - Kurtosis testi sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, t testi, One-Way Anova testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri 0,05 olarak belirlenmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma öncesi, araştırmanın yapıldığı kurum ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK-4, EK-5). Çalışma boyunca, gönüllülük esas alınmış ve Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'ne sadık kalınmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yapılması planlanmıştır, ancak pandemi sürecinde uygulama izin sürecinin uzaması, belirlenen merkezde dahil edilme kriterlerini karşılayan hasta sayısının yetersiz kalması nedeniyle yetişkin kardioloji klinikleri olan ve ilk etapta alınan hastaneye coğrafi olarak en yakın olan bir diğer hastane çalışmaya eklendi.

## 4. BULGULAR

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 76)

Değişken adı		N	%
Yaş	(Ort± SS)	59,99±10,73	DA=18-82
Cinsiyet	Kadın	27	35,5
	Erkek	49	64,5
Medeni durum	Evli	64	84,2
	Bekar	2	2,6
	Diğer	10	13,2
Eğitim durumu	Okur Yazar	10	13,2
	İlkokul	27	35,5
	Ortaokul	18	23,7
	Lise	16	21,1
	Lisans	5	6,6
Meslek	Ev Hanımı	19	25,0
	Emekli	30	39,5
	Çalışan	27	35,5
	(İşçi/Memur/Serbest)		

Yaş ortalamaları  $59,99 \pm 10,73$  olan hastaların %35,5'i kadındır ve %84,2'si evlidir. Hastaların %35,5'i ilkokul mezunudur ve %39,5'i emeklidir (Tablo 1).



**Tablo 2.** Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n = 76)

Değişken adı		N	%
Ailesinde kronik hastalık varlığı	Var	47	61,8
	Yok	29	38,2
Ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı	Var	17	22,4
	Yok	59	77,6
Kendisinde kronik hastalık varlığı	Var	35	46,1
	Yok	41	53,9
Daha önce hastanede yatma durumu	Var	46	60,5
	Yok	30	39,5
Daha önce acil servise başvurma durumu	Var	42	55,3
	Yok	34	44,7
Daha önce yakınlarından birinin kalp krizi geçirme durumu	Var	36	47,4
	Yok	40	52,6
Kendisinde kalp hastalığı varlığı	Var	46	60,5
	Yok	30	39,5
Daha önce kalp krizi geçirme durumu	Var	21	27,6
	Yok	55	72,4

Hastaların %61,8'inin ailesinde kronik hastalığı bulunan birey, %22,4'ünde kronik hastalık nedeniyle ölen birey bulunmaktadır. Hastaların %46,1'inde en az bir tane kronik hastalık bulunduğu, %60,5'inin daha önce hastanede yattığı, %55,3'ünün daha önce acil servise başvurduğu saptanmıştır. Hastaların %47,4'ünün yakınlarından biri kalp krizi geçirmiş olduğu, %60,5'inin kendisinde kalp hastalığı olduğu, %27,6'sının daha önce kalp krizi geçirdiği saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3.** Hastalarda görülen prodromal semptomların dağılımı (n = 76)

Değişken adı		N	%
Göğüs/Epigastrium Ağrı	Yok	47	61,8
	Var	29	38,2
Omuz ağrısı	Yok	56	73,7
	Var	20	26,3
Boğaz ağrısı	Yok	63	82,9
	Var	13	17,1
Çene ve dişlerde ağrı	Yok	69	90,8
	Var	7	9,2
Kollarda ağrı	Yok	53	69,7
	Var	23	30,3
Sırt ağrısı	Yok	51	67,1
	Var	25	32,9
İştahsızlık	Yok	71	93,4
	Var	5	6,6
Hazımsızlık	Yok	70	92,1
	Var	6	7,9
Kilo kaybı	Yok	73	96,1
	Var	3	3,9
Kilo alma	Yok	67	88,2
	Var	9	11,8
Bulantı	Yok	72	94,7
	Var	4	5,3
Kusma	Yok	71	93,4
	Var	5	6,6
Karnı ağrısı	Yok	72	94,7
	Var	4	5,3
Tat almada değişim	Yok	74	97,4
	Var	2	2,6
İshal	Yok	66	86,8
	Var	10	13,2
Halsizlik/yorgunluk	Yok	43	56,6
	Var	33	43,4
Merdiven çıkmada zorlanma	Yok	46	60,5
	Var	30	39,5
Yürümde zorlanma	Yok	50	65,8
	Var	26	34,2
Güçsüzlük	Yok	61	80,3
	Var	15	19,7
Baş ağrısı	Yok	62	81,6
	Var	14	18,4
Burun kanaması	Yok	72	94,7

	Var	4	5,3
Kulaklarda çınlama	Yok	67	88,2
	Var	9	11,8
Baş dönmesi	Yok	65	85,5
	Var	11	14,5
Nefes almada zorlanma	Yok	52	68,4
	Var	24	31,6
Öksürük	Yok	64	84,2
	Var	12	15,8

**Tablo 3 (Devam).** Hastalarda görülen prodromal semptomların dağılımı (n = 76)

Değişken adı		N	%
Uyku düzeninde bozulma	Yok	55	72,4
	Var	21	27,6
Kalp çarpıntısı	Yok	58	76,3
	Var	18	23,7
Görme sorunları	Yok	70	92,1
	Var	6	7,9
Düşüncede değişiklik	Yok	74	97,4
	Var	2	2,6
El ve kollarda uyuşukluk	Yok	54	71,1
	Var	22	28,9
Anksiyete	Yok	65	85,5
	Var	11	14,5
Dikkat dağınıklığı	Yok	65	85,5
	Var	11	14,5
Diş gıcırdatma	Yok	74	97,4
	Var	2	2,6
Karar vermede güçlük	Yok	70	92,1
	Var	6	7,9
Sebepsiz öfke ve düşmanlık	Yok	75	98,7
	Var	1	1,3
Cinsel ilişkilerde bozulma	Yok	76	100,0
	Var	0	0
Duygusal ilişkilerde bozulma	Yok	72	94,7
	Var	4	5,3
Konuşmalarda belirsizlik	Yok	75	98,7
	Var	1	1,3
Konuşmalarda kopukluk	Yok	74	97,4
	Var	2	2,6
Aşırı güven	Yok	73	96,1
	Var	3	3,9
Aşırı güvensizlik	Yok	74	97,4
	Var	2	2,6
Değersizlik duygusu	Yok	76	100,0
	Var	0	0
Yetersizlik duygusu	Yok	76	100,0
	Var	0	0
Aşırı endişelenme	Yok	64	84,2
	Var	12	15,8
Gerginlik	Yok	64	84,2
	Var	12	15,8

**Tablo 3 (Devam).** Hastalarda görülen prodromal semptomların dağılımı (n = 76)

Değişken adı		N	%
Terleme	Yok	63	82,9
	Var	13	17,1
Kayıtsızlık	Yok	73	96,1
	Var	3	3,9
Çok sık idrara çıkma	Yok	61	80,3
	Var	15	19,7
Gece uyanıp idrara çıkma	Yok	51	67,1
	Var	25	32,9
Bacaklarda şişlik	Yok	65	85,5
	Var	11	14,5
Kan şekerinde yükselme	Yok	66	86,8
	Var	10	13,2
Kan şekerinde düşme	Yok	74	97,4
	Var	2	2,6
Kan basıncında yükselme	Yok	65	85,5
	Var	11	14,5
Kan basıncında düşme	Yok	76	100,0
	Var	0	0
Prodromal semptom	(Ort± SS)	6,96±5,66	DA=0-25

Hastalarda en fazla görülen prodromal semptomlar arasında halsizlik/yorgunluk (%43,4), merdiven çıkmada zorlanma (%39,5) ve göğüste/epigastriumda ağrı (%38,2) yer almaktadır. Hastalarda görülen prodromal semptom sayısı ortalama  $6,96 \pm 5,66$ 'dır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Hastaların kişilik özellikleri ve bilinçli farkındalık puanlarının dağılımı (n = 76)

Değişken adı		Ort± SS	Alt değer	Üst değer
BFKÖ	Dışadönük	6,42±1,59	2,00	9,00
	Yumuşak başlılık	7,07±1,02	5,00	9,00
	Özdenetimlilik	7,27±1,17	5,00	10,00
	Nörotiklik	6,353±1,49	3,00	10,00
	Deneyime açıklık	5,73±1,54	3,00	9,00
	Toplam	32,86±3,68	25,00	42,00
BFÖ	Toplam	6,43±0,92	3,00	9,00

Hastaların Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği (BFKÖ) dışadönüklük alt boyut puanı ortalama 6,42±1,59, yumuşak başlılık 7,07±1,02, özdenetimlilik 7,27±1,17, nörotiklik 6,353±1,49, deneyime açıklık 5,73±1,54 ve BFKÖ toplam puanı 32,86±3,68'dir. Hastaların Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ) ortalama toplam puanı 6,43±0,92'dir (Tablo 4).

Hastaların kişilik özelliklerinin sosyodemografik özellikleri etkilemediği belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Hastaların sosyodemografik özellikleri ile kişilik özelliklerinin etkileşimi (n = 76)

Değişken adı		Dışadönüklük	Yumuşak başlılık	Özdenetimlilik	Nörotiklik	Deneyime açıklık	Toplam	
Yaş	(Ort± SS)	r	0,020	-0,119	-0,080	0,066	0,008	-0,020
		p	0,865	0,305	0,491	0,571	0,946	0,862
Cinsiyet	Kadın	6,03±1,60	6,96±0,97	7,11±1,31	6,66±1,54	5,51±1,67	32,29±4,14	
		Erkek	6,63±1,56	7,14±1,06	7,36±1,09	6,18±1,45	5,85±1,47	33,18±3,41
	Anlamlılık	t	-1,563	-,744	-,864	1,332	-,881	-,950
		p	0,124	,460	,392	,189	,383	,347
Medeni durum	Evli bekar diğer	6,59±1,52	7,15±1,02	7,31±1,19	6,25±1,55	5,81±1,59	33,12±3,55	
		5,00±0,00	6,50±0,70	6,50±0,70	6,50±0,70	4,00±0,00	28,50±0,70	
		5,60±1,83	6,70±1,05	7,20±1,13	7,00±1,05	5,60±1,17	32,10±4,40	
Anlamlılık	F	2,604	1,179	0,483	1,102	1,397	1,816	
	p	0,081	0,313	0,619	0,338	0,254	0,170	
Eğitim durumu	okur yazar İlkokul ortaokul lise İsians	6,20±1,31	6,50±1,17	7,00±1,33	7,30±1,15	5,10±1,44	32,10±4,60	
		6,59±1,73	7,14±0,90	7,33±1,00	6,11±1,28	6,00±1,41	33,18±3,57	
		6,00±1,87	6,83±1,04	6,77±1,26	6,50±1,50	5,50±1,58	31,61±4,14	
		6,62±1,40	7,43±1,09	7,81±1,22	6,06±1,84	5,87±1,78	33,81±2,99	
		6,80±0,44	7,60±0,54	7,60±0,54	6,20±1,64	6,00±1,58	34,20±1,48	
		Anlamlılık	F	0,563	1,980	2,000	1,420	0,787
	p	0,690	0,107	0,104	0,236	0,538	0,356	
Meslek	Ev hanımı Emekli Çalışan (İşçi/Memur/Serbest)	6,21±1,65	6,94±0,91	7,26±1,19	6,47±1,34	5,47±1,54	32,36±4,12	
		6,33±1,51	7,00±1,08	7,20±1,32	6,367±1,42	5,50±1,52	32,40±3,35	
		6,66±1,66	7,25±1,05	7,37±1,00	6,25±1,70	6,18±1,52	33,74±3,68	
Anlamlılık	F	0,525	0,651	0,148	0,114	1,806	1,179	
	p	0,594	0,524	0,863	0,893	0,172	0,313	

\* p&lt;0,05

**Tablo 6.** Hastaların sağlık durumuna ilişkin özellikleri ve kişilik özelliklerinin etkileşimi (n = 76)

Değişken adı		Dışadönüklük	Yumuşak başlılık	Özdenetimlilik	Nörotiklik	Deneyime açıklık	Toplam
Ailesinde kronik hastalık varlığı	Var	6,34±1,65	7,17±1,08	7,25±1,15	6,48±1,59	5,70±1,54	32,95±4,04
	Yok	6,55±1,50	6,93±0,92	7,31±1,22	6,13±1,30	5,79±1,56	32,72±3,06
	Anlamlılık	-0,572 0,569	1,023 0,310	-0,194 0,847	1,046 0,299	-0,247 0,806	0,284 0,777
Ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı	Var	6,11±1,53	7,00±1,06	6,76±0,97	6,17±1,38	5,58±1,41	31,64±3,42
	Yok	6,50±1,61	7,10±1,02	7,42±1,19	6,40±1,53	5,77±1,58	33,22±3,70
	Anlamlılık	-0,914 0,369	-0,351 0,729	-2,338 <b>0,026*</b>	-0,591 0,559	-0,477 0,637	-1,637 0,113
Kendisinde kronik hastalık varlığı	Var	6,28±1,74	7,11±1,15	7,20±1,25	6,14±1,35	5,85±1,73	32,60±4,01
	Yok	6,53±1,46	7,04±0,92	7,34±1,10	6,53±1,59	5,63±1,37	33,09±3,41
	Anlamlılık	-0,672 0,504	0,270 0,788	-0,516 0,607	-1,163 0,249	0,614 0,542	-0,577 0,566
Daha önce hastanede yatma durumu	Var	6,32±1,56	7,06±1,08	7,13±1,20	6,34±1,40	5,63±1,59	32,50±3,74
	Yok	6,56±1,65	7,10±0,95	7,50±1,10	6,36±1,65	5,90±1,47	33,43±3,58
	Anlamlılık	-0,633 0,529	-0,147 0,884	-1,374 0,174	-0,052 0,959	-0,755 0,453	-1,090 0,280
Daha önce acil servise başvurma durumu	Var	6,23±1,76	7,00±1,08	7,09±1,16	6,21±1,27	5,57±1,68	32,11±3,82
	Yok	6,64±1,34	7,17±0,96	7,50±1,16	6,52±1,72	5,94±1,34	33,79±3,33
	Anlamlılık	-1,146 0,256	-0,749 0,456	-1,509 0,136	-0,913 0,364	-1,063 0,291	-2,039 <b>0,045*</b>
Daha önce yakınlarından birinin kalp krizi geçirme durumu	Var	6,27±1,64	7,05±0,98	7,13±1,12	6,44±1,62	5,77±1,51	32,69±4,00
	Yok	6,55±1,55	7,10±1,08	7,40±1,21	6,27±1,37	5,70±1,58	33,02±3,41
	Anlamlılık	-0,739 0,462	-0,188 0,852	-0,973 0,334	0,487 0,628	0,218 0,828	-0,385 0,701
Kendisinde kalp hastalığı varlığı	Var	6,32±1,64	7,00±1,11	7,21±1,22	6,47±1,45	5,69±1,69	32,71±4,01
	Yok	6,56±1,52	7,20±0,88	7,36±1,09	6,16±1,55	5,80±1,29	33,10±3,16
	Anlamlılık	-0,651 0,517	-0,867 0,389	-0,553 0,582	0,875 0,385	-0,286 0,775	-0,462 0,645
Daha önce kalp krizi geçirme durumu	Var	6,19±1,99	7,00±1,30	7,14±1,23	6,23±1,37	5,57±1,69	32,14±4,17
	Yok	6,50±1,42	7,10±0,91	7,32±1,15	6,40±1,54	5,80±1,49	33,14±3,48
	Anlamlılık	-0,671 0,508	-0,411 0,682	-0,592 0,558	-0,443 0,660	-0,544 0,590	-0,978 0,335

\*

p&lt;0,05

Hastaların kişilik özelliklerinden özdenetimlilik ile ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı; kişilik özellikleri toplam puanı ile daha önce acil servise başvurma durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7.** Hastaların kişilik özellikleri ile prodromal semptomların sayısı ve bilinçli farkındalık ölçeği puanları arasındaki ilişki ( $n = 76$ )

Değişken adı	BFÖ						BFÖ
	Dışadönüklük	Uyumluluk	Sorumluluk	Duygusal istikrarlık	Deneyime açıklık	Toplam	
Prodromal semptomlar	-0,038 0,744	-0,109 0,348	-0,203 0,079	-0,061 0,599	-0,003 0,981	-0,138 0,236	0,480 0,000*
BFÖ	0,002 0,988	0,061 0,600	-0,013 0,910	-0,113 0,333	-0,028 0,813	-0,044 0,709	

\*  $p<0,05$

Hastalarda prodromal semptom sayısı ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 7).



## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, hastaların %60,5'inin kendisinde kalp hastalığı olduğu, %27,6'sının daha önce kalp krizi geçirdiği saptanmıştır. Kalp krizi prevalansı %13,9 ve %12,1 arasında değişmektedir ve kalp krizi geçirme oranı erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (Türkmen, Badır, & Ergün, 2012; Rathore ve ark., 2018; Voge ve ark., 2019; Yandrapalli ve ark., 2019). Hastaların yaş ortalamasını  $59,99 \pm 10,73$ , %35,5'inin kadın ve neredeyse yarısının (%47,4) yakınlarından en az birinin kalp krizi geçirmiş olduğu göz önüne alındığında bu durum şaşırtıcı değildir.

Prodromal semptomların tanınması kardiyak ölümlerin azaltılabilmesi açısından önem taşımaktadır. Yapılan birçok çalışmada miyokard infarktüsü geçiren hastaların, hastalık geçirmeden bir ay öncesinde prodromal semptom yaşadıkları bulunmuştur (Heidarzeh ve ark., 2020; Mcsweeney, 2001; Soltani ve ark., 2021). Ancak, bu semptomların varlığı çoğu zaman miyokard infarktüsüyle ilişkilendirilmemekte ve diğer hastalıkların düşünülmesine sebep olmaktadır. En sık görülen prodromal semptomların nefes almada zorlanma, yorgunluk, iştahsızlık, hazımsızlık olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, en fazla görülen prodromal semptom halsizlik/ yorgunluk (%43,4) olarak saptanmıştır. Halsizlik/ yorgunluktan sonra en çok karşılaşılan prodromal semptomların merdiven çıkmada zorlanma, nefes almada zorluk ve göğüste/epigastriumda ağrı olduğu belirlenmiştir. Mcsweeney'in çalışmasında da en sık rastlanan prodromal semptomun yorgunluk (%70) olduğu saptanmıştır (Mcsweeney, 2001). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, hastalarda görülen prodromal semptom sayısı ortalama  $6,96 \pm 5,66$ 'dır.

Prodromal semptomlar miyokardın korunması için bedenin gösterdiği tepkiler olarak da kabul edilmektedir. Prodromal anjina miyokardın nekroze olması sırasında yavaş hücre ölümüyle veya koroner arterin tıkanıklığının oranıyla ilgili

olarak şiddeti değişebilen, baskılayıcı ve yanma şeklinde göğüs ağrısı olup günler, hatta haftalar öncesinde ortaya çıkmaktadır. Anjina, genellikle MI ile ilişkilendirilmektedir. Ancak, AMI öncesinde kardiyak olaylarla ilişkilendirilmeyen prodromal semptomlar da görülebilmektedir. Kraniofasiyal ağrı da bunlardan biridir. Kraniofasiyal ağrının AMİ gerçekleşmeden önce veya AMİ sırasında salgılanan bazı kimyasal maddelerin sinir sistemini etkilemesi sonucu ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Kreiner ve ark.'ın çalışmasında AMİ geçiren 20 hastadan birinde kraniofasiyal ağrının tek semptom olduğu görülmüştür. Araştırmada, kraniofasiyal ağrının AMİ ile ilişkilendirilmeyip yanlış tanılama yapılması ve ölümcül olabilecek sonuçlarla karşılaşılacağı belirtilmiştir (Kreiner ve ark., 2016). Çalışmamızda prodromal semptom olarak baş ağrısı görülme oranı %18,4 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız, Kreiner ve ark.'ın çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Uyku düzeninde bozulma özellikle kadınlarda daha fazla görülen miyokard infarktüsüne bağlı prodromal semptomlardandır. Cole ve ark.'ın yaptığı çalışmada kısa süreli veya uzun süreli uykunun ve uykuda bölünmenin erkek ve kadında miyokard gerçekleşmeden önce deneyimlenen semptomlardan biri olduğu görülmüştür. Ancak çalışmada uyku düzeninde bozulmanın halsizlik ve yorgunlukla ilişkili olabileceği de vurgulanmıştır (Cole ve ark, 2012). Çalışmamızda uyku düzeninde bozulma semptomu oranı %27,6 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız, Cole ve ark.'ın çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutlarından biri nörotizmdir. Nörotizm puanı yüksek olan kişiler daha duygusal, anksiyete düzeyleri daha yüksek, endişeli kişilerdir. Anksiyete, korku ve duygusal davranışları daha fazla sergilemektedirler. Nörotizm boyutu depresyon ve kaygı ile yakın ilişkili bir boyuttur ve koroner arter hastalıklarına yatkınlığa sebep olmaktadır (Bayar ve ark., 2017).

Alt boyutlardan dışa dönüklük ve deneyimlere açıklık düzeyleri yüksek olan kişilerde ise depresyon oranı daha düşüktür. Daha çok arkadaşı olan bireylerin daha fazla oranda sosyal destek almakta ve depresyon görülme oranını azalmaktadır. Bu da miyokard infarktüsünün bu grupta daha az sıklıkta görülmesine neden olabilmektedir (Bayar ve ark., 2017). Bayar ve ark.'nın çalışmasında psikotizm ve koroner arter hastalığı arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır (Bayar ve ark.,

2017). Goodwin ve Engstrom'un çalışmasında yeni deneyimlere açıklık, dışa dönüklük ve düşük nörotizm düzeyine sahip bireylerin kendilerini daha sağlıklı bireyler olarak algıladıklarını bulmuşlardır (Goodwin, & Engstrom, 2017).

Çocukluk çağında yaşanan bazı olayların, maruz kalınan durumlarında iskemik kalp hastalığı riskini arttırdığı görülmüştür. Çocukluk çağı talihsizlikleri olarak adlandırılan bu olaylar sosyoekonomik durum, çocukken geçirilen hastalıklar, aile yapısı gibi durumları içermektedir. Bu durumların kişilik gelişimini etkileyerek kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı görülmüştür (Morton ve ark., 2016). Morton ve ark.'ın çalışmasında çocukluk çağı talihsizlikleri yaşayan kişilerde 5 faktör kişilik tipi alt boyutu olan nörotizm ve Mİ görülme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Çocukluk çağı talihsizliğinin direkt etkisi veya bu kişilerin yaşadıkları talihsizlikler sonucu nörotizm boyutu yüksek kişiler olması nedeniyle dolaylı etki sonucu bu kişilerde Mİ görülme riski artmaktadır (Morton ve ark., 2016).

Gül ve ark.'nın çalışmasında kişilik özellikleri ve koroner arter hastalıkları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Koroner arter hastalığı olan kişilerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu, koroner arter hastalığı olmayan kişilerde daha yüksek nörotizm oranı daha yüksek olarak bulunmuştur (Gül ve ark., 2015). Ayrıca koroner arter hastalığı tedavisi olup iyileşen kişilerde de nörotizm oranı yüksek, depresyon oranı ise düşük olarak saptanmıştır. Bunun sebebi olarak ise, koroner arter hastalığından kurtulmuş olmanın beden ve kişilik imgesine olan pozitif etkileri gösterilmiştir (Gül ve ark., 2015).

Miyokard infarktüsünde sağlık anksiyetesi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Sağlığı konusunda her zaman endişeli ve kaygılı olan kişilerde sağlık anksiyetesi daha yüksek olabilmektedir. Sağlık anksiyetesinin yüksek olması uyku sorunlarına ve yaşam kalitesi değişikliklerine neden olmaktadır. Ayrıca tek başına yaşayan ve sosyal desteği az olan kişilerde sağlık anksiyetesinin daha fazla olduğu görülmüştür (Çevik, & Sarıtaş, 2020). Sosyal desteğin az olması kişilik ölçeğinin dışadönüklük/içedönüklük boyutuyla ilişkilendirilebilir. Çevik ve Sarıtaş tarafından yapılan araştırmada sağlık anksiyetesi yüksek olanlarda uyku sorunlarının ve yaşam kalitesi değişikliklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Çevik, & Sarıtaş, 2020).

Distresli kişilik olarak tanımlanan D tipi kişiliğe sahip olan bireylerde kardiyovasküler hastalıklar daha fazla görülmekte, hastanede yatış süreleri uzamakta ve AMİ sonrası rehabilitasyon döneminde yeni yaşam şekline alışmaları da zor olmaktadır. Imbalzano ve ark.'ın çalışmasında D tipi kişilik özelliği gösteren kişilerin sigarayı bırakmada daha fazla zorluk yaşadığı ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Imbalzano ve ark., 2018)

Arslan ve ark.'nın çalışmasında ise ödüle bağımlılık, hassaslık, kızgınlık gibi kişisel özelliklere sahip kişilerde miyokard infarktüsünün daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada miyokard infarktüsü görülen kişilerde, başkalarını tatmin etmenin stres ve kızgınlık kaynağı olduğu görülmüştür (Arslan ve ark., 2011).

Çalışmamızda, miyokard infarktüsü geçiren bireylerin kişilik özelliklerinin en baskın olandan başlayarak en pasif olana doğru, özdenetimlilik, yumuşak başlılık, nörotiklik, dışa dönüklük ve deneyime açıklık şeklinde sıralandığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarımız, kişilik özelliklerinin semptomlara ilişkin farkındalığı etkilemesi açısından literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda miyokard infarktüsü geçiren hastalarda, kişilik tipleri ölçeği alt boyutundan özdenetimlilik skoru anlamlı olarak yüksek olanlarda prodromal semptom görülme oranı fazla bulunmuştur. Özdenetimlilik, bireyin kontrollü ve öz disiplinli olduğunu tanımlayan bir kavramdır. Özdenetimli bireyler, organize olabilen, odaklanabilen, planlı, kontrollü, kararlı ve dikkatli kişilerdir (Bal ve Balcı, 2020; Horzum, Ayas ve Padır, 2017). Bireylerin farkındalık düzeyi arttıkça özdenetimlilik düzeyi de artmaktadır (Demirkol, & Aslan, 2021). Hastaların yakınlarından neredeyse yarısının en az birinin kalp krizi geçirmiş olması, bir kısmının da daha önce kendisinin kalp krizi geçirmiş olması, miyokard infarktüsüne bağlı ölüm korkusu ile birlikte bireyin kendi vücudundaki değişikliklerin izlemi konusunda daha dikkatli ve hassas olmasını beraberinde getirmektedir (Özdemir, 2018).

Çalışmamızda, hastaların ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığının kişilik özelliklerinden özdenetimliliği etkilediği saptanmıştır. Bireyin yaşadığı olumsuz olaylar, onun farkındalık düzeyinde artışa neden olarak kendini koruma, olayın tekrarından kaçınma amacıyla özdenetimde artışa neden olmaktadır

(Geçit, 2018). Bireylerde ölüm korkusu, yaşama isteği ve geleceğe ilişkin beklentileri bireyin sağlığı ile ilişkili konularda daha dikkatli ve kontrollü olma, sağlığına ilişkin olumlu davranışlar geliştirme durumunu etkilemektedir (Geçit, 2018).

Çalışmamızda, kişilik özelliklerinin daha önce acil servise başvurma durumunu etkilediği saptanmıştır. Miyokard infarktüsü, erken müdahale edilmediğinde bireyin ölümü ile sonuçlanabilen bir sağlık sorunudur (Tuna, 2019). Özen ve ark.'ın çalışmasında miyokard infarktüsü geçiren hastaların kendi imkanları ile acil servise başvuru sıklığı %75,1 olarak bulunmuştur (Özen ve ark., 2012) Diğer taraftan, miyokard infarktüsü geçiren hastalar arasındaki ölüm oranı bulaşıcı olmayan hastalıkların %46,2 sini oluşturmaktadır ("Türkiye kalp ve damar", 2022). Hastaların yakınlarından neredeyse yarısının en az birinin kalp krizi geçirmiş olması, bir kısmının da daha önce kendisinin kalp krizi geçirmiş olması, bu olaylar sırasında yaşadığı deneyimler bireyin miyokard infarktüsünde müdahale süresinin önemi ve ciddiyeti konusundaki farkındalık düzeyinde artışa neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastalarda prodromal semptom sayısı ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini kontrol etmesini/düzenlemesini ve kişisel deneyime özel zihinsel bir yaklaşım sergilemesini sağlamaktadır (Brzozowski ve ark., 2018). Bilinçli farkındalık düzeyi yüksek bireyler, daha önceki deneyimleri doğrultusunda, kendi bedenindeki değişiklikleri daha kolay fark etmektedir (Demir, 2015). Hastaların %47,4'ünün yakınlarından en az birinin kalp krizi geçirmiş olduğu, %60,5'inin kendisinde kalp hastalığı olduğu, %27,6'sının daha önce kalp krizi geçirdiği ve bilinçli farkındalık düzeyinin orta seviyede olduğu düşünüldüğünde bu durum şaşırtıcı değildir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda kişilik özelliklerinin prodromal semptom farkındalığına etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yaş ortalamaları  $59,99 \pm 10,73$  olan hastaların %35,5'i kadındır
- Hastaların %61,8'inin ailesinde kronik hastalığı bulunan birey, %22,4'ünde kronik hastalık nedeniyle ölen birey bulunmaktadır.
- Hastaların %46,1'inde en az bir tane kronik hastalık bulunduğu, %60,5'inin daha önce hastanede yattığı, %55,3'ünün daha önce acil servise başvurduğu saptanmıştır.
- Hastaların % 47,4'ünün yakınlarından biri kalp krizi geçirmiş olduğu, % 60,5'inin kendisinde kalp hastalığı olduğu, %27,6'sının daha önce kalp krizi geçirdiği saptanmıştır.
- Hastalarda en fazla görülen prodromal semptomlar arasında halsizlik/yorgunluk (%43,4), merdiven çıkmada zorlanma (%39,5) ve göğüste/epigastriumda ağrı (%38,2) yer almaktadır.
- Hastalarda görülen prodromal semptom sayısı ortalama  $6,96 \pm 5,66$ 'dır.
- Çalışmamızda, miyokard infarktüsü geçiren bireylerin kişilik özelliklerinin en baskın olandan başlayarak en pasif olana doğru, özdenetimlilik, yumuşak başlılık, nörotiklik, dışa dönüklük ve deneyime açıklık şeklinde sıralandığı görülmektedir.
- Hastaların kişilik özelliklerinden özdenetimlilik ile ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı; kişilik özellikleri toplam puanı ile daha önce acil servise başvurma durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır.
- Hastalarda prodromal semptom sayısı ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.
- Hastaların kişilik özelliklerinden özdenetimlilik ile ailesinde kronik hastalık nedeniyle ölen birey varlığı; kişilik özellikleri toplam puanı ile daha önce acil servise başvurma durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

- Hastalarda prodromal semptom sayısı ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır;

- MI geçiren hastalarda ve MI geçirme riski olan hastalarda, kişilik özellikleri değerlendirilerek kişiliğe özgü yaklaşımların uygulanmasının acil servise başvuru sıklığının azalmasında etkili olacağı düşünülmektedir.
- MI geçiren hastalarda ve MI geçirme riski olan hastalarda, bilinçli farkındalık düzeyi değerlendirilerek, bilinçli farkındalık düzeyi düşük olan hastalarda farkındalık temelli tekniklerin yaklaşımların uygulanması önerilmektedir.
- Bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin arttırılmasının MI'ya ilişkin prodromal semptomların erken belirlenmesinde etkili olacağı; buna bağlı olarak MI tanılama ve tedavi sürecinin kısılacağı düşünülmektedir.
- Bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin arttırılması amacıyla, MI geçiren veya geçirme riski olan bireylere yönelik MI'ya ilişkin prodromal semptomlar konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir.
- Sınırlılıklar nedeniyle, küçük bir örnekleme yapılan çalışmanın daha büyük bir örnekleme tekrarlanması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- Akıncı, Z., Güven, M., & Demirel, O.N. (2015). Öğrencilerin A ve B tipi kişilik yapısı ile psikoşiddet (mobbing) ve depresyon arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(604), 55- 74
- Aktepe. İ., & Tolan, Ö. (2020). Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme Mindfulness: A Current Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 12(4):534-561 doi: 10.18863/pgy.692250
- Alidina, S. (2017). Bilinçli Farkındalık for Dummies. Ankara: Nobel Yaşam.
- Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://core.ac.uk/download/pdf/287916433.pdf>
- Arat, R. Ş., (2019). *Pamukkale üniversitesi öğretim elemanlarının kalp damar hastalıkları riskinin saptanması ve D tipi kişilik yapısı ile ilişkisi*. [Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı] Erişim adresi: <http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/27183>
- Arslan, H., Arkar, H., & Danoğlu, Z. (2011). Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 14, 143-149
- Aslan, S. (2007). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 2(1-2), 7-18
- Aydın, C., & Özel, Ç. H. (2017). A ve B kişilik tiplerinin boş zaman davranışlarının kıyaslanması. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 21-41 doi: 10.17494/ogusbd.371372
- Ayhan, M. O. (2019). *Depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişki*. [Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/122854>
- Bayar, N., Güven, R., Erkal, Z., Akyol, K. C., Edebalı, M. İ., Küçükseymen, S., & Arslan, Ş. (2017). Assessment of the association between the personality traits of young patients with acute coronary syndrome and the severity of coronary artery disease. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(6):514-519 doi: 10.5543/tkda.2017.32379
- Bayrak, B., Oğuz, S., Arslan, S., Candar, B., Keleş, S., Karagöz, B., & Akpınar, G. (2019). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(23), 129–137 DOI: 10.5543/khd.2019.09719
- Bilevicius, E., Smith, S. D., & Kornelsen, J. (2018). Resting-state network functional connectivity patterns associated with the Mindful Attention Awareness Scale. *Brain connectivity*, 8(1), 40-48.
- Bilgiç, G. & Can Gurkan, O. (2021). Kadın Sağlığında Mindfulness (Bilinçli Farkındalık) ve Kullanım Alanları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 363-375. DOI: 10.38079/igusabder.760381
- Biol, L., & Akdemir, N. (2011). *İç hastalıkları Hemşireliği*. Koç Yayınları.



- Bonde, J.P.E., Flachs, E.M., Madsen, I.E.H., Petersen, S.B., Andersen, J.H., Hansen, J. , ... Svendsen, S.W. (2020). Acute myocardial infarction in relation to physical activities at work: a nationwide follow-up study based on job-exposure matrices. *Scand J Work Environ Health*, 46(3), 268-277 doi:10.5271/sjweh.3863
- Bozkurt, A., Atik, D., & Manav, A. İ. (2021). İrritabl Barsak Sendromunun Kişilik Özellikleri ile İlişkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1) 9-16 Doi: 10.48124/husagbilder.805410
- Brzozowski, A., Gillespie, S. M., Dixon, L., & Mitchell, I. J. (2018). Mindfulness dampens cardiac responses to motion scenes of violence. *Mindfulness*, 9(2), 575-584.
- Cole, C. S., McSweeney, J. C., Cleves, M. A., Armbya, N., Bliwise, D. L., & Pettey, C. M. (2012). Sleep disturbance in women before myocardial infarction. *Heart & lung: the journal of critical care*, 41(5), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.05.007>
- Çevik, S., & Sarıtaş, S. Ç. (2020). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlık Anksiyetesinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(24), 16-22 DOI: 10.5543/khd.2020.38257
- Daş, M. & Başar, C. (Ed.). (2020). Kardiyovasküler acillerde kardiyak belirteçlerin klinik kullanımı. *İstanbul Medikal Sağlık veYayıncılık*.
- Demir, V. (2015). Bilinçli Farkındalık Temelli Kognitif Terapi Programının Bireylerin Depresif Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Psikoloji Çalışmaları* , 35 (1) , 15-26.
- Demirkol, A. & Aslan, S. (2021). Holland'ın tipolojisi, bağlanma ve beş faktör kişilik kuramı üzerine bir derleme çalışması. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (3), 1127-1150. DOI: 10.47525/ulasbid.932449
- Deniz, M. E., Erus, S. M., & Büyükcebeci, A. (2017). Bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş ilişkisinde duygusal zekanın aracılık rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 7(47), 17-31.
- Dirik, G., & Şahin, G. (2008). Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *U.Ü. Fen- Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15), 249-266
- Dölek K, ASL N. R. H., İl S. (2020). Onkolojik Sosyal Hizmet ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma. *Turkish Studies - Social Sciences* , 15(5), 2471 - 2482. Doi: 10.47356/TurkishStudies.44280
- Dural, G., & Sarıtaş, S. Ç. (2017). Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 131-141 doi: 10.5543/khd.2017.65265
- Dural, G., & Sarıtaş, S. Ç. (2017). Miyokard İnfarktüsünde Ev Tabanlı Eğitim ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 86-94 doi: 10.5543/khd.2017.04796
- Durmuş, B. B., Atalay, T., & Yurdalan, S. U. (2021). Erişkin ve Geriatrik Bireylerde Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Gerektiren Hastalıklar. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (6)2, 162-172 doi: 10.51754/cusbed.869233

- Durna, U. (2005). A tipi ve B tipi kişilik yapıları ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1), 275-290
- Dülek, H., Vural, Z. T., & Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 09 (2), 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253
- Dzubur, A., Gacic, E., & Mekic, M. (2019). Comparison of Patients with Acute Myocardial Infarction According to Age. *Med Arch.*, 73(1), 23-27 doi: 10.5455/medarh.2019.73.23-27
- Goodwin, R., Engstrom, G. (2017). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*;32(2);325 - 332 DOI: 10.1017/S0033291701005104
- Gül A.İ., Ede H., Ardahanlı İ., & Daar G. (2015) Mood and personality changes in the patients undergone coronary angiography. *Anatolian J Psychiatry* 16:276–83
- Enes, B. A. L., & Balcı Ş. (2020). Akıllı cep telefonu bağımlılığı: kişilik özellikleri ve kullanım örüntülerinin etkinliği üzerine bir inceleme. *Erciyes İletişim Dergisi*, 7(1), 369-394.
- Geçit, H. K. (2018). Üniversite öğrencilerinin erken dönem uyumsuz şemalarının ölüm kaygılarını yordaması. [Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı] Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/296490>
- Güler, K., & Usluca, M. (2021). Yetişkin bireylerde bilinçli farkındalık ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 372-383.
- Günel, M. E. (2017). *Göğüs ağrısı nedeni ile acil servise başvuran hastalarda ağrı skalaları kullanmanın erken tanısız yaklaşımdaki yeri*. [Uzmanlık tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı] Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/432461>
- Heidarzadeh, M., Elyaszadeh, S., Dadkhah, B., & Doustkami, H. (2020). Specific prodromal symptoms in patients with acute coronary syndrome. *Nursing Open*. 8:582–591. DOI: 10.1002/nop2.663
- Hepburn, S. J., Carroll, A., & McCuaig, L. (2021). The Relationship between Mindful Attention Awareness, Perceived Stress and Subjective Wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12290.
- Horzum, M. B., Ayas, T., & Padır, M. A. (2017). Beş faktör kişilik ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması adaptation of big five personality traits scale to Turkish culture. *Sakarya University Journal of Education*, 7(2), 398-408.
- Imbalzano, E., Vatrano, M., Quartuccio, S., Ceravolo, R., Ciconte, V. A., Rotella, P., Pardeo, R., Trapani, G., De Fazio, P., Segura-Garcia, C., Costantino, R., Saitta, A., & Mandraffino, G. (2018). Effect of type D personality on smoking status and their combined impact on outcome after acute myocardial infarction. *Clinical cardiology*, 41(3), 321–325. <https://doi.org/10.1002/clc.22865>

- Iversen, B., Jacobsen B. K., & Løchen M. L. (2013). Active and passive smoking and the risk of myocardial infarction in 24,968 men and women during 11 year of follow-up:the Tromso Study. *Cardiovascular Disease*, 28, 659–667 DOI 10.1007/s10654-013-9785-z
- İzci, F. (2016). Epilepsi Hastalarında Aleksitimi, Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):64-75 Doi: 10.18863/pgy.28094
- Kalyoncuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G., Keskin, B., & Can, M. M. (2017). Güncel tedavi kılavuzları ışığında kronik iskemik kalp hastalığı tedavisine yaklaşım. *Medicine Bulletin Haseki*, 55, 85-100 DOI: 10.4274/haseki.3540
- Karadaş, C. (2020). *Akut miyokard infarktüsü sonrası uygulanan bilinçli farkındalık temelli gevşeme uygulamasının yaşam kalitesi, yorgunluk ve hareket korkusuna etkisi: randomize kontrollü çalışma*. [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/22475>
- Karahasanoğlu, S., & Çevirme, C. (2020). *Müzikle tedavide yöntemler: davranışsal ve yaratıcı terapi, serbest doğaçlama*. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 13(69), 591-606 doi: 0.17719/jisr.2020.3981
- Kavalcı, V. (2020). *ST yükselmez miyokard enfarktüslerinde syntax u skoru ile nötrofil/lenfosit ilişkisinin incelenmesi*. [Uzmanlık tezi, ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi] Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/514653>
- Kavradım, S. T. (2018). *Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan roy uyum modeline temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisi*. [Doktora tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://acikerisim.akdeniz.edu.tr/handle/123456789/4060?show=full>
- Kavut, S. (2020). Carl Gustav Jung: Kavramları, Kuramları ve Düşünce Yapısı Üzerine Bir İnceleme. *International Journal of Cultural and Social Studies*, 6(2): 681-695
- Kendilci, K. (2015). *Turgut Özal Tıp Merkezi onkoloji servisine başvuran kanser olgularında kişilik özelliklerinin incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/5033/Tez%20Dosyas%c4%b1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kılıç, M. (2011). Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6), 733-740
- Kılıçlar, A., Şahin, A., Sarıkaya, S., & Bozkurt, İ. (2017). Kişilik tiplerinin tat tercihlerine etkisi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 5(3), 93-117 DOI: 10.21325/jotags.2017.85
- Kılınç, E., & Kartal, A. (2019). Akut miyokard infarktüsü geçirmiş genç erişkin bireye pender'in sağlığı geliştirme modeli temelli hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.*, 11(2):219-30 DOI: 10.5336/nurses.2019-64999
- Koçak, O., Eti, S., & Gürsoy, G. (2017). A ve B kişilik tipine sahip kamu ve özel sektör çalışanlarının kişilik tiplerinin incelenmesi: Yalova örneği. *Emek ve Toplum*, 6(15), 380- 397
- Konakay, G., & Çelik, F. (2018). Kişilik kuramları ve psikolojik sözleşme etkileşiminin işletmelere yansması. *International Journal of Human Sciences*, 15(1), 697-706 doi:10.14687/jhs.v15i2.5306

- Kökcü, Ö. D., & Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36 (1), 53-59
- Kreiner, M., Álvarez, R., Michelis, V., Waldenström, A., & Isberg, A. (2016). Craniofacial pain can be the sole prodromal symptom of an acute myocardial infarction: an interdisciplinary study. El dolor cráneo-facial puede ser el único síntoma prodromático de un infarto agudo de miocardio: estudio interdisciplinario. *Acta odontologica latinoamericana : AOL*, 29(1), 23-28.
- Kurt, Y., Özkan, Ç. G., & Demirbağ, B. C. (2016). Bir olgu: akut miyokard infarktüsünde nanda tanıları ve nic girişimleri ile hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 138- 146 doi: 10.5505/bsbd.2016.57060
- Kuyumcu, A. (2018). *Akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerin beslenme durumu ile serum nesfatin-1 düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/4467?show=full>
- Manoj, M.T., Joseph, K.A., & Vijayaraghavan, G. (2020). Type D personality and myocardial infarction: a case-control study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6): 555–559
- McSweeney, J. C., Cody, M. PhD, O’Sullivan, P., Elberson, K., Moser, D. K., Garvin, B. J. (2003). Women’s Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction. *Circulation*, 108:2619-2623 DOI: 10.1161/01.CIR.0000097116.29625.7C
- Morton, P. M., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Ferraro, K. F. (2018). Childhood Misfortune, Personality, and Heart Attack: Does Personality Mediate Risk of Myocardial Infarction?. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 73(5), 825–835. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw021>
- Nehir, S., & Çam, O. (2010). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26 (3), 73-84
- Nilsson, G., Mooe, T., Söderström, L., & Samuelsson, E. (2016). Pre-hospital delay in patients with first time myocardial infarction: an observational study in a northern Swedish population. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(93) DOI 10.1186/s12872-016-0271-x
- Öncü, E. & Köksoy Vayisoğlu, S. (2018). D Tipi Kişilik Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Ankara Medical Journal* , 18 (4) , 646-656 . DOI: 10.17098/amj.497485
- Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3): 34-44
- Özdemir, G. (2018). *Göğüs ağrısı şikayetiyle acile gelen kişilerde kalp krizi risk faktörlerinin değerlendirilmesi*. [Yüksek lisans tezi, Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/210380>
- Özdemir, Ş. (2018). *Trakya üniversitesi öğretim üyelerinde kardiyovasküler hastalıklardan korunmaya yönelik tutum ve davranışlar*. [Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı] Erişim adresi: <https://dSPACE.trakya.edu.tr/xmlui/handle/trakya/4914>

- Özen, M., Serinken, M., Yılmaz, A., & Özen, Ş. (2012). Acil Servise Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(3):117-122 DOI:10.5505/1304.7361.2012.25593
- Özilhan, M. O. (2018). *Miyokard infarktüsü tanısı almış hastalarda tıkaçıcı olmayan koroner arter hastalığı sıklığı ve ölüm oranı*. [Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi] Erişim adresi: [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=M5IhZV1QRIfCE0SVBcujxg&no=KY1OKpwi-BHp5\\_ApMt1IvA](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=M5IhZV1QRIfCE0SVBcujxg&no=KY1OKpwi-BHp5_ApMt1IvA)
- Özsoy, E., & Yıldız, G. (2013). Kişilik kavramının örgütler açısından önemi: bir literatür taraması. *İşletme Bilimi Dergisi*, 1(2), 1-12.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., & Deniz, E. M. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224- 235.
- Parmaksız, İ. (2020). Yaşam doyumuyla bilinçli farkındalık arasındaki ilişki: yetişkinler üzerine bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 33(1), 157-176. DOI: 10.19171/uefad.587932
- Peker, A., Nebioğlu, M., & Ödemiş, M. H. (2019). Sanal ortamda bağımlılık: Bilinçli farkındalığın aracı rolüne ilişkin bir model sınaması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2019; 20(2):153-158. doi: 10.5455/apd.301945
- Pirhan, O. (2009). *Akut miyokard infarktüsünde farklı reperfüzyon tedavisi uygulanan hastalarda miyokard performans değerinin ekokardiyografi ile ölçülerek karşılaştırılması*. [Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi] Erişim adresi: <http://dspace.trakya.edu.tr:8080/xmlui/handle/trakya/1161?show=full>
- Rathore, V., Singh, N., Mahat, R. K., Kocak, M. Z., Fidan, K., Ayazoglu, T. A., ... & Yolcu, A. (2018). Risk factors for acute myocardial infarction: a review. *EJMI*, 2(1), 1-7.
- Sakallı, A. E. (2019). A tipi ve B tipi kişilik özelliğine sahip bireylerde iş doyumunu ve kazalanma arasındaki ilişkinin incelenmesi, *İş Sağlığı ve Güvenliği Akademisi Dergisi*, 2(1), 30-04
- Sarıtaş, S. Ç., & Aktura, S. Ç. (2020). Bilinçli Farkındalık, Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastane Anksiyete-Depresyon Düzeyini Etkiler Mi?. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 1-6.
- Scott-Sheldon, L. A., Gathright, E. C., Donahue, M. L., Balletto, B., Feulner, M. M., DeCosta, J., ... & Salmoirago-Blotcher, E. (2020). Mindfulness-based interventions for adults with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(1), 67-73.
- Semiz, B. B. (2017). A ve B tipi kişilik özelliklerine göre tüketicilerin plansız, kompulsif ve hedonik satın alma davranışlarının araştırılması. *Pazarlama İçgörüsü Üzerine Çalışmalar*, (1)1-2, 13-22
- Soltani, L., Ravari, A., Mirzaie, T., Bagherian, B., & Sabzevari, S. (2021). Prodromal symptoms as unfamiliar feelings: Experiences of Iranian myocardial infarction patients. *ARYA Atheroscler* 17: 2076 DOI: 10.22122/arya.v17i0.2076
- Soltani, L., Sabzevari, S., Ravari, A., Mirzaei, T., & Bagherian B. (2019). The association between risk factors and prodromal myocardial infarction symptoms: a cross-sectional study in Iran. *Ethiop J Health Sci.*, 29(4), 439-446 doi: 10.4314/ejhs.v29i4.4

- Sudak, M. K., & Zehir, C. (2013). *Kişilik tipleri, duygusal zeka, iş tatmini ilişkisi üzerine yapılan bir araştırma*. Yönetim Bilimleri Dergisi, 11(22), 141- 165
- Şahin, A. (2019). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık ile yaşam doyumu ve iyi oluş arasındaki ilişkiler. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (8), 151-176.
- Şahin, Y. B. (2020). *Akut miyokard infarktüsü ile başvuran hastalarda koroner dominant dolaşım tipinin sol ventrikül sistolik fonksiyonları ve uzun dönem sağ kalım üzerine etkisi*. [Uzmanlık tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi] Erişim adresi: <http://libratez.cu.edu.tr/tezler/5497.pdf>
- Şahiner, İ. V., Aytaç, E., Artık, H. A. Ü., Şahiner, Ş. Y., Akyüz, A., Öztürk, M., & Yoldaş, T. K. (2021). Akut iskemik inme ve geçici iskemik atak geçiren hastalarda mizaç karakter özellikleri ve yaşam olaylarının etkisi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.*, 2021; 54(2): 263-270 DOI: 10.20492/aeahtd.877071
- Şimşek, A. K., & Alpar, Ş. E. (2020). Akut koroner sendromlu hastalarda sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(24), 31–36 DOI: 10.5543/khd.2020.80299
- Taymur, İ., & Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 154-177 doi:10.5455/cap.20120410
- Topal, İ. O., Altunay, İ. K., & Mercan, S. (2004). Kronik Ürtikerli Hastalarda Kişilik Bozuklukları, Anksiyete ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 7:199-209
- Tuna, M., & Türkmen, F. (2015). Kişilik tiplerinin çatışmayı yönetme yöntemlerine etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(4), 43-65
- Tuna, S. (2019). *Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda planlı taburculuk eğitiminin sağlık bilgi ve inançlarına etkisinin değerlendirilmesi*. [Doktora tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/262657>
- Türen, S., & Efil, S. (2015). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51
- Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı (2015-2020). (2022, 12 ŞUBAT) Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>
- Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(4):223-231
- Uçar, A., & Arslan, S. (2017). Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 121-130 doi: 10.5543/khd.2017.36035
- Uğur, S. S. (2016). *Kişilik tipolojileri ne göre çalışanların örgütsel sessizlik algılamaları: kamu ve özel kesimde bir araştırma*. [Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://abakus.inonu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11616/6498>
- Uslubaş, S., Yeşilçimen, K., Gürsüer, M., Erdinler, İ., Öztürk, R., Emre, A., ..., Ulusoy, T. (1995). Zihinsel stres ve miyokard iskemisi. *Türk Kardiyoloji Dern. Arş.*, 23:95-99

- Ünüvar, Ş., Sarı Ş., & Dağhan, M. (2021). Eysenck kişilik özelliklerinin kariyer yapma isteği üzerine etkisi: turizm eğitimi alan öğrenciler üzerine bir araştırma. *Turizm ve İşletme Bilimleri Dergisi*, 01, 30-49
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J. MD, Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A.P., ..., Tsao, C. W. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 141,139–596 DOI: 10.1161/CIR.0000000000000757
- Vogel, B., Claessen, B. E., Arnold, S. V., Chan, D., Cohen, D. J., Giannitsis, E., ... & Mehran, R. (2019). ST-segment elevation myocardial infarction. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-20.
- Wahrenberg, A., Magnusson, P. K. E., Discacciati, A., Ljung, L., Jernberg, T., Frick, M., ..., Svensson P. (2019). Family history of coronary artery disease is associated with acute coronary syndrome in 28,188 chest pain patients. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 9(7), 741–747 DOI: 10.1177/2048872619853521
- Watford, T. S., O'Brien, W. H., Koerten, H. R., Bogusch, L. M., Moeller, M. T., Sonia Singh, R., & Sims, T. E. (2020). The mindful attention and awareness scale is associated with lower levels of high-frequency heart rate variability in a laboratory context. *Psychophysiology*, 57(3), e13506.
- Wilterson, A. I., Nastase, S. A., Bio, B. J., Guterstam, A., & Graziano, M. S. (2021). Attention, awareness, and the right temporoparietal junction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(25).
- Yandrapalli, S., Nabors, C., Goyal, A., Aronow, W. S., & Frishman, W. H. (2019). Modifiable risk factors in young adults with first myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(5), 573-584.
- Yavuz, M., Çalkan, B., Sönmez, E., Tetik, G., & Kadak, M. T. (2019). Ergen yaş grubunda bilinçli farkındalık ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Türk J Child Adolesc Ment Health*, 26(2), 68-74.
- Yıldız, G., & Özsoy, E. (2013). Çalışanların kişilik özelliğine göre iş doyumunu farklılaştırır mı?. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1), 268-278
- Yöntem, M., Erdoğan, B. S., Akdoğan, M., & Kaleli, S. (2017). Akut miyokard infarktüsü tanısında kardiyak markörlerin önemi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(4), 11-17 doi: 10.26453/otjhs.357290
- Yurtsever, H. (2009). *Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma*. [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü] Erişim adresi: <https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/11043/249514.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yuvalı, B. (2021). Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile kendilik algısı ve beden imajı ilişkisinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/25184>
- Yüksel, S., & Şahin, M. (2011). ST yükselmeli akut miyokard infarktüsü tedavisi. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi*, 29,127-131 doi: 10.5835/jecm.omu.29.s3.006

## 8. SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri  
AHA: Amerikan Kalp Derneği  
AMİ: Akut miyokard infarktüsü  
BKİ: Beden kitle indeksi  
CK: Kreatin Kinaz  
CK-MB: Kreatin fosfokinaz-2  
EKG: Elektrokardiyografi  
KAH: Koroner arter hastalığı  
KVH: Kardiyovasküler hastalık  
LDL: Düşük yoğunluklu lipid molekülü  
MI: Miyokard infarktüsü  
NSTEMİ: ST segment yükselmesi olmayan miyokard infarktüsü  
PKG: Perkütan koroner girişim  
PTCA: Perkütan translüminal koroner anjiyografi  
STEMİ: ST segment yükselmesi olan miyokard infarktüsü  
TDK: Türk Dil Kurumu  
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu  
USAP: Unstabil angina pectoris



## **9. EKLER**

**EK-1: GENEL BİLGİ FORMU**

**EK-2: BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ**

**EK-3: BEŞ FAKTÖRLÜ KİŞİLİK ÖLÇEĞİ**

**EK-4: ETİK KURUL İZİNİ**

**EK-5: ETİK KURUL İZİNİ**

## Ek-1. Genel Bilgi Formu

Yaşınız?...

Cinsiyetiniz? a)Kadın b) Erkek

Medeni durumunuz? a)Evli b) bekar c)diğer

Eğitim durumunuz? a)Okur yazar b) İlkokul c)Ortaokul d) Lise e)Üniversite

Kardiyak bir hastalığınız var mı?( yüksek tansiyon, kalp yetmezliği vb..) a)Evet b) Hayır

Kronik bir hastalığınız var mı? ( diyabet, svo, epilepsi vb..) a)Evet b) Hayır

Daha önce hastaneye yattınız mı? a) Evet b) Hayır

Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi? a)Evet b) Hayır

Daha önce bir yakınınız kalp krizi geçirdi mi? a)Evet b) Hayır

Prodromal Semptomlar	Evet	Hayır	Prodromal Semptomlar	Evet	Hayır
Göğüste/epigastriumda ağrı			Nefes almada zorlanma		
Omuz ağrısı			Öksürük		
Boğaz ağrısı			Kalp çarpıntısı		
Çene ve dişlerde ağrı			Kollarda ağrı		
Düşüncede değişiklik			Görme sorunları		
Sırt ağrısı			Kilo kaybı		
İştahsızlık			El ve kollarda uyuşukluk		
Hazımsızlık			Anksiyete		
Karın ağrısı			Bulantı		
Kilo alma			Diş gıcırdatma		
Dikkat dağınıklığı			Karar vermede güçlük		
Duyusal ilişkilerde bozulma			Sebepsiz öfke ve düşmanlık		
Uyku düzeninde bozulma			Cinsel ilişkilerde bozulma		
Tat almada değişim			Kusma		
İshal			Konuşmalarda belirsizlik		
Halsizlik yorgunluk			Konuşmalarda kopukluk		
Merdiven çıkmada zorlanma			Aşırı güven		
Yürümede zorlanma			Aşırı güvensizlik		
Güçsüzlük			Değersizlik duygusu		
Baş ağrısı			Yetersizlik duygusu		
Burun kanaması			Aşırı endişelenme		
Kulaklarda çınlama			Gerginlik		
Baş dönmesi			Terleme		
Kayıtsızlık			Bacaklarda şişlik		
Gece uyanıp idrara çıkma			Çok sık idrara çıkma		
Kan şekerinde yükselme			Kan şekerinde düşme		
Kan basıncında yükselme			Kan basıncında düşme		

## Ek-2.BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

		1	2	3	4	5
1	Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					
2	Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya sökerim.					
3	Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					
4	Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					
5	Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					
6	Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					
7	Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatige bağlanmış gibi yapıyorum.					
8	Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					
9	Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					
10	İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					
11	Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					
12	Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					
13	Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.					
14	Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.					
15	Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.					

## Ek-3. BEŞ FAKTÖRLÜ KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

		1	2	3	4	5
1	Kendimi içine kapanık biri olarak görüyorum.					
2	Kendimi dışa dönük, sosyal biri olarak görüyorum.					
3	Kendimi genelde güvenilir biri olarak görüyorum					
4	Kendimi başkalarının hatasını bulma eğiliminde biri olarak görüyorum.					
5	Kendimi yavaş hareket etme eğiliminde biri olarak görüyorum.					
6	Kendimi bir işi tam yapacak biri olarak görüyorum.					
7	Kendimi rahat ve stresle başa çıkabilen biri olarak görüyorum.					
8	Kendimi kolay sinirlenen biri olarak görüyorum.					
9	Kendimi çok az sanatsal ilgisi olan biri olarak görüyorum.					
10	Kendimi yaratıcı biri olarak görüyorum.					

## EK-4: ETİK KURUL İZİNİ

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Kişilik Özelliklerinin Prodromal Semptom Farkındahına Etkisi					
<b>Karar No:</b> 2021-6/37	<b>Tarih:</b> 26 Mayıs 2021					
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.</p> <p>1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,</p> <p>2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulunuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>					
<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>						
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
<b>BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI</b>	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU					
<b>ÜYELEER</b>						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Doç.Dr.Özen ÖZGÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAGDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	[İmza]

\*.Toplantıda Bulunma

Sayfa 2

## EK-5: ETİK KURUL İZİNİ

02.12.2021  
021-18/20

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Kişilik Özelliklerinin Prodromal Semptom Farkındalığına Etkisi					
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<p><b>Karar No: 2021-18/20</b></p> <p><b>Tarih: 08 Aralık 2021</b></p> <p>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 26 Mayıs 2021 tarih ve 2021-6/37 nolu kararı ile uygun bulunan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırmada yapılan değişikliğin uygun bulunduğuna, ancak çalışmaya ilave edilen merkezin (Bursa Şehir Hastanesi) kurum yetkilisinden (Başhekim) alınacak izin yazısının kurulumuza iletilmesinden sonra ilgili merkezde çalışmanın başlatılmasına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verildi.</p> <p><b>Yapılan değişiklik:</b></p> <p>-Çalışmaya Bursa Şehir Hastanesinin merkez olarak ilave edilmesi</p>					
<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>						
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
<b>BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI</b>	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU					
<b>ÜYELER</b>						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Raporlu
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıklar Endokr. ve Metab.	BUÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıklar AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAGDILEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Sayfa 2

## **10. TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans sürecim boyunca beni her zaman destekleyen, yol gösteren, rol-model olan çok değerli ve sevgili danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hicran Yıldız'a, yanımda olup beni destekleyen, derdimi paylaştığım ve motive eden çok sevgili aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

## 11. ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Burcu TÜRKOĞLU

**Eğitim:** 2009-2012/ Meriç Anadolu Lisesi-mezun

2012-2016/ Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/ Hemşirelik-  
mezun

2017-2022/ Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı/ Yüksek Lisans

**İş Deneyimi:** 2017/ Özel Ceylan Hastanesi/ Hemşire

2017-2022/ Sultanbeyli Devlet Hastanesi/ Hemşire