KALP HASTALIKLARINDA HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM VE SOSYAL DESTEK ALGISI

Sinem Çetinkaya
161502110

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Eylül, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

SİNEM ÇETİNKAYA'ın "Kalp Hastalarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı" başlıklı tezi 24.09.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Elvan Emine ATA	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATEŞ	.....

Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	1/1

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

24/09/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Sinem Çetinkaya

Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

(Dokuman No: FR-178; Yayın Tarihi: 01.03.2018; Revizyon Tarihi: ; Revizyon No:00)

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana danışmanlık yapan,beni olumlu düşünmeye teşvik eden, yoğun çalışma tempoma rağmen beni destekleyen,motive eden Sayın Dr.Öğr.Üyesi Şenay Öztürk, çalışmayı yaptığım T.C. Maltepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki tüm çalışma arkadaşlarıma bana gösterdikleri desteklerden dolayı teşekkür ederim.

Çalışmaya katılarak tezin verilerinin elde edilmesine katkı sağlayan tüm hastalara,

Yardımlarını esirgemeyen, sorduğum sorulara içtenlikle cevap veren, desteklerini eksik etmeyen Aylin Okumuş, Beyza Nur Taşan, Melis Kübra Duran'a,

Bugünlere gelmemde,bu başarıyı göstermemde en büyük emekleri olan,hayatımın her anında beni sabırla ve sevgiyle destekleyen, varlıklarına her zaman şükrettiğim çok değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sinem Çetinkaya

Eylül 2019

ÖZ

KALP HASTALARINDA HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM VE SOSYAL DESTEK ALGISI

Sinem Çetinkaya
Yüksek Lisans Tezi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk
Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019

Kalp Hastalıkları dünyada ve Türkiye'de en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Kalp hastalıklarının ortaya çıkışını engellemek, gecikmesini sağlamak, hastalığa yakalananların prognozunu yavaşlatmak, yaşam kalitesini ve süresini uzatmak önemli bir hedeftir. Bu nedenler ele alındığında,hastalığın ortaya çıkışını engellemek en azından gecikmesini sağlamak, hastalarda ise hastalığın ilerleme seyrini yavaşlatmak önemli bir hedeftir. Niceliksel tipteki bu araştırma; kalp hastalığı olan bireylerin sosyal destek algısı ile hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın evrenini 01/12/2017-01/06/2018 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisine kalp hastalığı tanısıyla yatan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 100 kalp hastası oluşturdu.Verilerimiz Kişisel Veri Toplama Formu, hastalığa psikososyal uyumu ölçmek için Hastalığa Psikosyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak toplandı.

Sonuç olarak kardiyoloji servisine kalp hastalığı nedeni ile yatan hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça hastalığa psikososyal uyumlarının da arttığı bulundu.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik; Kalp Hastalıkları; Sosyal destek; Psikososyal Uyum.

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL ADAPTATION AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN THE PATIENT WITH HEART DISEASE

Sinem Çetinkaya
Master Thesis
Department of Nursing
Surgical Nursing Programme
Advisor: Asst. Prof. Şenay Öztürk
Maltepe University Graduate School of Health Sciences, 2019

Cardiac Diseases are one of the most significant mortality and morbidity reasons both in the world and in Turkey. Prevention of cardiac diseases' emergence, delaying them, decelerating the prognosis of the afflicted, improving the quality of their life and protracting their lifespan are significant objectives. When these reasons are reviewed, to prevent the disease's emergence or at least to ensure retardation of it and to decelerate the feed rates of the disease in patients are significant objectives. This quantitative study has been conducted with the aim of determining the correlation between cardiac patients' social support perception and their psychosocial adaptation to the disease.

In-patients at Cardiology Service of Maltepe University Medical Faculty Training and Research Hospital between the dates 01/12/2017-01/06/2018 with cardiac disease diagnosis formed the target population of this study. 100 cardiac patients accepting to participate in the study formed the sample of study. The data has been collected by using Personal Data Collection Form, Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR) to evaluate the psychosocial adjustment to the disease and Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)

As a consequence, those patients'psychosocial adaptation, who hospitalize in cardiology service due to cardiac disease, has been determined to increase as the social support they perceived increases.

Keywords: Nursing; Cardiac Diseases; Social Support; Psychosocial Adaptation.

İÇİNDEKİLER

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI.....iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
BÖLÜM 1 GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Araştırmanın Amacı ve Sorusu 5
1.3 Önem 5
1.4 Varsayımlar 6
1.5 Sınırlılıklar 6
BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER 7
2.1 Kalp Hastalıkları 7
2.1.1 Koroner Kalp Hastalıkları 7
2.1.1.1 Angina Pektoris 9
2.1.1.2 Miyokard İnfarktüsü 10
2.1.2 Kalp Ritim Bozuklukları 11
2.1.2.1 Kardiyak Aritmiler 11
2.1.3 Konjenital Kalp Hastalıkları 12
2.1.4 Kalp Yetmezliği 13
2.1.5 Kalp Hastalıklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı 15
2.2 Psikososyal Uyum 17
2.2.1 Psikososyal Uyumun Tanımı 17
2.2.2 Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler 20
2.2.3 Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları 22
2.2.3.1 Kalp Hastalıklarında Psikososyal Uyum 23
2.2.4 Kronik Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları 24
2.3 Sosyal Destek 27
2.3.1 Sosyal Destek ve Tanımı 27
2.3.2 Sosyal Destek Tipleri 29
2.3.3 Sosyal Destek Modelleri 30
2.3.4 Sosyal Desteğin Sağlık Üzerine Etkileri.....31
2.3.5 Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü.....33
BÖLÜM 3. YÖNTEM 35
3.1 Araştırma Modeli 35
3.2 Evren ve Örneklem 35
3.3 Araştırmanın Etik Boyutu 35

3.4 Veri Toplama Araçları 36
3.4.1 Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu 36
3.4.2 Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz bildirim Ölçeği 36
3.4.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 36
3.5 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 37
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR 38
BÖLÜM 5. TARTIŞMA 50
BÖLÜM 6. SONUÇ 60
EK'LER.....66
EK1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....66
EK 2 : HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ.....69
EK 3 : ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ.....86
EK 4 : KURUMDAN ALINAN İZİN.....88
EK 5 : ÖLÇEK İZNİ.....89
EK 6 : ÖLÇEK İZNİ.....90
EK 7 : BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....91
EK 8 : MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI.....93
KAYNAKÇA.....94

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....39
Tablo 2: Katılımcıların Hastalık Özellikleri.....40
Tablo 3: ÇBASDÖ-Alt Boyutları ve PAIS-SR-Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı.....41
Tablo 4: PAIS-SR ve Alt Boyutları ile Çeşitli Özelliklerin Karşılaştırılması.....42
Tablo 5: ÇBASDÖ-Alt Boyutları ve PAIS-SR-Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki...48

KISALTMALAR

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
WHO : World Healht Organization
KDH : Kalp Damar Hastalıkları
DM : Diabetes Mellitus
PAIS-SR : Pyschosocial Adjusment to Illness Scale Self Report
MSPSS : The Multidimensional Scale of Perceived Social Support
RF : Risk Faktörleri
EKG : Elektrokardiyografi
MI : Miyokard İnfarktüsü
HT : Hipertansiyon
KKH : Konjenital Kalp Hastalıkları
AV : Atriyoventriküler Blok
ST : Segment Çökmesi
APA : Amerikan Psikiyatri Birliği
ESC : European Society of Cardiology
KAH : Koroner Arter Hastalığı
ANA : Amerikan Hemşireler Birliği
KY : Kalp Yetmezliği
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
ABD :Amerika Birleşik Devletleri
NSR : Normal Sinüs Ritmi
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
AS : Aort Stenozu

ÖZGEÇMİŞ

Sinem Çetinkaya

HemşireliK Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Ls.	2016	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Lise	2012	Mustafakemalpaşa Sağlık Meslek Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2012 -	Maltepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servis Hemşiresi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2018	Üye: Türk Hemşireler Derneği

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Balıkesir, 1994 Cinsiyet: Kadın
Yabancı diller : İngilizce
GSM / e-posta : 05331619400 / cetinkayasin10@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın kimlik bilgilerinden olan problem, amaç, önem, varsayımlar, sınırlıklarve tanımlara yer verilmiştir.

1.1.Problem

Kalp hastalıkları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki en önemli morbidite ve mortalite sebepleri arasındadır. Son yıllarda Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da Kalp-Damar hastalıklarının ölüm hızlarında bir düşüş görülse de, hem mortalite hem morbidite sebebi olarak dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Mensah, 2003; Bonow 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılındaki kayıtlarına göre, dünyadaki ölüm sayısının %63'ünün sebebi kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklara bağlı ölüm nedenleri içinde kardiyovasküler hastalıklar (%48) en yüksek oranla birinci sırada yer almaktadır (WHO, 2011). Türkiye'de de ölüm sebepleri sıralandığında ilk 10 hastalıktan 7'sinin kronik hastalıklardan oluştuğu ve ilk sırayı yine kalp hastalıklarının aldığı belirtilmektedir (Ergör, 2013). Türk Kardiyoloji Derneği'nin verilerine göre ülkemizde 1.2 milyon koroner kalp hastası olduğu, senede 130 bin kişinin koroner kalp hastalığı sebebiyle hayatını kaybettiği, her sene 230 bin yeni koroner hastasının var olduğu, bu hastaların da 70 binin ölüm ile sonuçlandığı bulunmuştur (Tkd, 2017. Erişim Tarihi: 31/8/19).

Avrupa'da her sene 4 milyon ve üstünde ölümün olduğu, bu ölümlerin %47'sinin; Avrupa Birliği ülkelerinde ise her sene rastlanan 1,9 milyon ölümün %40'ının kalp hastalığı kökenli olduğu saptanmıştır (EuropeanCardiovascularDiseaseStatistics, 2012). Bu durum Amerika'da tahmini olarak her sene 785 000 yeni kişiye ilk kez kalp hastalığı tanısının konulduğu, 470 000 farklı kişinin kalp hastalığı atakları geçirdiği, 195 000 farklı kişininde ilk kez miyokardinfarktüsü geçirdiği bulgusuna rastlanmıştır. Amerika'da kalp hastalıkları

sebepli ölüm oranları , 2008 senesinde 2,5 milyon ölümün %32,8'ini oluşturduğu gözlenmiştir. (American Heart Association, 2012).

Kalp Hastalığı, genellikle ileri yaş ve orta yaş hastalığı olarak bilinmektedir. Kronik bir hastalık olan koroner kalp hastalığı bireyin hayat standartlarını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalık zamanla ilerledikçe, sosyal aktivite eksikliği ve hastanın bundan sonraki hayatına bu hastalıkla devam edeceğini düşünmesi, kişilerin kendilerini öteki insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile beraber sosyal izolasyon yaşamasına sebep olmaktadır. Böyle bir durumda, kişi hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe fazlasıyla ihtiyaç duymaktadır (Khorshid, 2006). Bu kişiler eğer, çevresinden, akrabalarından, çocuklarından veya eşinden yeterli sosyal destek alamıyorsa, hastalığa psikososyal uyumları olumsuz yönde etkilenmektedir (Luttik, 2005; Yılmaz, 2010).Karataş ve Bostanoğlu'nun 2017 yılında yapmış oldukları "koroner kalp hastalarında algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum" çalışmasında da hastaların %68.8'i "zayıf psikososyal uyum", %13.6'sı "orta psikososyal uyum" ve %17.6'sı "iyi psikososyal uyum " sergiledikleri bulunmuştur.

Kalp hastalığı olan kişilerde, kişinin hastalığa uyumu büyük önem arz etmektedir (Ayraler ve ark. 2012). Bazı yapılan çalışmalarda, verilen sosyal desteğin kişinin sağlığını korumasında, sağlığının geliştirilmesinde, yaşam kalitesini arttırmasında, hastalıkların tedavisinde, hayat standartlarını yükseltmesinde ve hastalıkların rehabilitasyonunda olumlu yönde etki ettiği gözlenmiştir. Böylelikle, hastanın hastalık sürecine uyumunu önemli ölçüde desteklediği gözlenmiştir (Bramwell, 1990; Rodeman, 1995). Kalp hastalığına sahip bireylerde, yetersiz sosyal desteğin sebep olduğu psikososyal uyumsuzluk, fiziksel sorunlar başta olmak üzere birçok sorunun oluşmasına, hastanede sık yatışlara ve kişinin öz bakımının, yaşam kalitesinin ve hayat standartlarının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (Türkmen, 2012). Drory ve arkadaşları (1999) tarafından; ilk kez akut MI geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek ile psikososyal uyumun alt gruplarından özellikle geniş aile ilişkileri, aile çevresi ve sosyal çevre alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Drory, 1999).

Kristofferzon ve arkadaşlarının (2005), hastaların geçirmiş olduğu MI'dan bir ay sonraki sosyal destek düzeylerini erkek-kadın olarak karşılaştırdıkları çalışmada, kadınların daha çok torun ve çevresindeki arkadaşlarından, erkeklerin ise daha çok eşlerinden destek aldığını vurgulamışlardır. Ancak kadınların sosyal destek düzeylerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu ve hayat kalitelerinin, stresle baş etme düzeylerinin ve hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu gözlenmiştir (Kristofferzon, 2005). Whitemore ve arkadaşlarının (2005) Tip 2 DiabetesMellitus (DM) hastalarıyla birlikte yapmış oldukları çalışmada, kişiye verilen sosyal desteğin yeterli olduğu durumlarda, sosyal desteğin metabolik kontrolü sağladığı ve bu sayede psikososyal uyumu daha da kolaylaştırdığını savunmuşlardır (Whittemore, 2005).

Kalp hastalıkları gibi ciddi kronik hastalıklara sahip olan bireylerde hastalığa uyum çabalarından önemli ruhsal bozukluklara kadar bir çok probleme neden olduğu bilinen bir gerçektir. (Niti ve ark. 2007, Reddy 2008, Ackermann ve ark. 2005). Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünü etkilemektedir. Psikososyal uyumları iyi olan hastalar otonomik sağlık yönetimlerini daha rahat yapabilmekte, hastalığın seyrini iyileştirebilmekte, yaşamında gerekli olan sosyal rollerini gerçekleştirebilmekte ve kısaca yaşam kalitelerini istendik düzeyde devam ettirebilmektedirler (Erşan ve Kelleci 2013). Kalp hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin arttırılması bakımın öncelikli amaçlarından biridir. Bu amaca ulaşabilmekiçin öncelikle biyopsikososyal olarak bireyin değerlendirilmesi gerekmektedir. Sosyal destek sistemlerinin tanımlanması özellikle aile ve yakın çevresindeki insanların hastayı desteklemesi ve tedavisi için işbirliği içinde olmaları hastanın yalnız hissetmemesine ve hastalığa daha kolay uyum göstermesine katkı verecektir. Hastaların psikososyal uyumlarının iyi düzeyde olması sosyal destek sistemlerinin ne kadar iyi olduğu ile de ilişkilidir (Karataş, 2017). Sonuç olarak hastalık dolayısı ile sosyal olanakları (mesleki, arkadaş vs) bozulmuş olan bireylerin hastalığa uyum göstermeleri de zorlaşacaktır.

Hastalığın ilerlemesini azaltmak amacıyla hastanın tedaviye uyum süreci büyük önem taşımaktadır. Hastanın tedaviye ve hastalığa uyum sürecini belirleyen en önemli faktörler ise kişinin günlük yaşamındaki alışkanlıkları, hastalığı kendi yaşamında nasıl algıladığı ile yakından ilişkilidir. Hastalık tanısı aldıktan sonraki ve önceki duygu ve

düşünceleri o hastalıkla nasıl yaşadığını belirleyici faktörleri oluşturmaktadır. (TennantMcLean, 2001). Bu sebeple , hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi büyük önem arz etmektedir (Yılmaz, 2010).

Ülkemizde psikososyal boyutta değerlendirmelerin yapıldığı yeterli sayıda çalışmanın olmadığı görülmüştür. Oysa bu tür çalışmalar bu gruptaki hastaların özelliklerinin bilinmesi, risklerin belirlenmesi, bakım ve tedavinin yönlendirilmesi açısından önemlidir.

1.2.Araştırmanın Amacı ve Sorusu

Araştırma; kalp hastalığı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler ile sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın sorusu;

- Kalp hastalarının hastalığa psikososyal uyumları nasıldır?

- Kalp hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyi nasıldır?

- Kalp hastalarının psikososyal uyumları demografik ve hastalık özelliklerine göre farklılık gösterir mi?

- Kalp hastalarının algıladıkları sosyal destek ve hastalığa psikososyal uyumları arasında ilişki var mıdır?

1.3.Önem

Kalp hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin yetersiz veya etkisiz olması hastanın hastalığa uyumunu zorlaştıran faktörlerin başında gelmektedir. Hastalığa uyumunun kötü olması ise otonomik sağlık bakımını yönetmede yetersizlik, hastalığın prognozunun kötüleşmesi ve yaşam kalitesinin düşmesi gibi bir çok sonuca yol açmaktadır. Bu sorunların ortadan kaldırılması için hemşirenin hastayı bütüncül bakış açısıyla değerlendirmesi, destek sistemleri etkisiz olan ya da etkin kullanılmayan hastalığın desteklenmesi açısından önemlidir.

Kalp hastalığına sahip bireylerin psikososyal uyumlarını etkileyen önemli faktörler arasında sosyal destek algısı önemli bir yer oluşturmaktadır. Kalp hastalarına sağlanan sosyal destek sayesinde ve hemşirenin bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile hastalığına daha hızlı uyum sağlamasına neden olacaktır Bu da onların iyileşme süresinin kısalmasına, hızlı taburculuğa, tekrarlı yatış oranlarının düşmesine, hastanın normal yaşantısına kısa sürede dönmesine, komplikasyonların önlenmesine ve maliyetten etkin bakım sunulmasına katkı sağlayacaktır.

1.4.Varsayımlar

Kalp hastalarında, uygulanan Kişisel Veri toplama Formu,Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği formlarının hastalar tarafından eksiksiz, samimi, tarafsız ve doğru olarak doldurdukları varsayılmaktadır.

1.5.Sınırlılıklar

Elde edilen veriler çalışmanın yapıldığı grubu kapsamaktadır. Bu tanı grubundaki bütün hastalara genellenemez.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Hastalıkları

Kronik hastalıklar dünyada olduğu gibi ülkemizde de, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen, ölüme ve sakatlığa en çok neden olan önemli sağlık sorunlarıdır. Ölümlerin yaklaşık yarısı kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik hava yolu hastalıklarına bağlı olup görülme sıklığı yönünden toplumun büyük bir kesimini etkilemektedir (Kumbasar, 2019).

Günümüzde yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık bakım sistemlerindeki yaygınlaşmalar, teknolojideki yenilikler sebebi ile ortalama yaşam süresinde de artış gözlenmektedir. Özellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısındaki artış ile beraber bazı kronik hastalıklar da daha fazla görülmeye başlanmıştır. Hem Birleşmiş Milletler hem Dünya Sağlık Örgütü 21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunun kronik hastalıklar olduğunu belirtmektedir (Tüsiad, 2012). Bu yaş grubundaki bireylerin en sık hastaneye yatış ve ölüm sebebinin kalp ve damar hastalıkları olduğu bildirilmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015-2020).

Kalp ve Damar Hastalıkları; Koroner Kalp Hastalıkları, Serebrovasküler Hastalıklar, Hipertansiyon, Periferik Arter Hastalığı, Romatizmal Kalp Hastalıkları, Konjenital Kalp Hastalıkları, Kalp Yetmezliği ve Kardiyomiyopati gibi alt başlıkları kapsamaktadır.

2.1.1. Koroner Kalp Hastalıkları

.Koroner Arter Hastalığı; kalp kasını besleyen ve koroner arterler olarak adlandırılan atardamarların tıkanma veya daralması ile, kan akımının durması veya tamamen kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Nedeni tıp dilinde, ateroskleroz, halk dilinde ise damar sertliği olarak bilinir (Akdemir, 2008).

Aterosklerotik Kalp Hastalığı veya İskemik kalp hastalığı olarak da adlandırılır. Koroner damarlarda bazen kolesterol gibi çeşitli maddeler birikir, biriken maddeler yapı

oluşturur ve bu yapıların ismi plak olarak adlandırılır. Koroner damarlardaki aterosklerotik plaklar damar boşluğunda daralmaya, tıkanmaya bu yüzden de miyokard dokusunda kan miktarının azalmasına ve kalbin beslenme bozukluğuna eden olur,bu kesilme de koroner kalp hastalığı olarak isimlendirilir (ESC Kılavuzları, 2012; Martinez , 2005).

Koroner Arter Hastalığı, erişkin nüfusta en sık görülen kardiyovasküler hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 yılı "Dünya'da ilk 10 ölüm nedeni raporu'na" göre ölüme yol açan hastalıklar arasında koroner arter hastalığı, gelir düzeyi orta veya yüksek ülkelerde ilk sırada yer almaktadır. Düşük gelirli ülkelerde ise 4. Sırada yer almaktadır (WHO, 2008).Ülkemizde de 1990 yılında başlatılan 18 yıllık bir araştırma neticesinde; Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 raporuna göre erkelerde de, kadınlarda da ölüme yol açan hastalıklar arasında birinci sıradadır. Bu sonuç, tüm Avrupa ülkelerine göre daha yüksektir (Onat, 2009).

Koroner Kalp Hastalığı risk faktörleri, sağlıklı kişilerle gözleme dayalı yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, koroner kalp hastalığına sahip kişilerde, sonrasında Koroner Kalp Hastalığı'nın oluşmasıyla ilgisi olduğu düşünülen bazı özellikler yani risk faktörleri ele alınmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri olarak yaşam biçimi, hipertansiyon, hiperlipidemi, kolesterol düzeyinin toplumlar arasındaki farklılığı, diyabetusmellitus, obezite, düzensiz beslenme, sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, stres olarak sayılabilir. Değiştirilemez risk fökterleri yaş, cinsiyet ve ailede koroner kalp hastalığı varlığı gibi faktörleri kapsar (Onat, 2003).

Koroner arter hastalığı gurubunda anjinapektoris ve miyokardinfarktüsü yer almaktadır. Her ikisinin de sebebi, aterosklerozdur (Birol ve Akdemir, 2004).

Ateroskleroz; kanda dolaşan başta LDL kolestrol ve devamında, lipoprotein parçacıklarının sağlam veya disfonksiyonevaskülerendoteli geçerek intima tabakasında birikmesi, okside olması,okside LDL kolestrolün tetiklediği sitokinlerin, büyüme faktörlerin salgılanması ile başlayan monosit, T lenofsit, makrofaj, düz kas hücresi, fibroblast gibi hücrelerin rol oynadığı kronik inflamatuar, bir damar hastalığıdır.

(Faxon, 2004). Koroner arter hastalığında rastlanan hastalığın oluşmasındaki en büyük nedendir. Damar duvarına uzun süre etki eden bir çok hasara karşı aterosklerotik plak

gelişimi damar duvarında oluşmaktadır. Ateroskleroz nedeni bilinmese de aort, koroner arterleri, karotis arter ile çevresel arterleri içeren ve intima tabakasını tutan özellikleabdominalaortayı ve alt ekstremite arterlerini tutan vasküler bir hastalıktır (Corti, 2003).

Aterosklerozun epidemiyolojisinde; batı dünyasındaki ölümlerin yarısından fazlasında rol oynar. Bu nedenle patofizyolojisi, önlenme yöntemleri açısından en çok araştırılan konulardandır. Genellikle, aort, koroner ve serebral arterleri etkilemektedir. Aterosklerosiskemik kalp hastalığına yol açar. Bu olay miyokardinfarktüsüne neden olur ve bu olay tek başına Amerika'daki ölümlerin %20-25'inden sorumludur (Thom ve ark, 2006 ; Rosamond ve ark, 2007).

Aterosklerozun risk faktörleri; yapısal (değiştirilemeyen) ve kazanılmış (kontrol altına alınabilecek) olarak iki guruba ayrılır (Seçil, 2008; Moore ve ark, 2006).Yapısal risk faktörleri yaş, cinsiyet ve ailesel yatkınlıktır. Kazanılmış risk faktörleri ise hiperlipidemi, hipertansiyon, sigara ve diabettir.

2.1.1.1.Angina Pektoris

Angina Pektoris; Miyokardın oksijenlenmesinin azalması, kardiyak outputun artması ve miyokardın oksijen isteğinin artması şeklinde ilerleyen olaylar bütünüdür. İskemi ağrısıyla meydana gelir. Damarlarda tıkanma yok fakat daralma vardır (Birol ve Akdemir, 2004).

Angina pektoris, oksijen ihtiyacı olmasına rağmen yeterli kan alamayan kalbin görevini yerine getirememesi sebebiyle miyokardiskemisine bağlı olarak, fiziksel ya da duygusal stresle ortaya çıkar. Sıklıkla kalpte sıkışma, göğüste baskı ve ağırlık hissi, daralma ve aşırı ya da hafif göğüs ağrısı şeklinde belirtileri vardır. Hastalar bu hissettikleri göğüs ağrısını; ezilme, mengene ile sıkıştırma, baskı hissi şeklinde tarif ederler. Angina bir kalp hastalığı değil, yalnızca bir belirtidir.

Hemşireye düşen görev; Ağrıyı erken tanımalı, sakin bir ortam sağlamalı, hastayı ve aileyi bilgilendirmelidir. Hastanın ağrısı olursa ya oturması ya da yatması gerektiği öğretilmelidir. İlaçlarını düzenli bir şekilde kullanmasının önemi konusunda hasta ve ailesini eğitmesi önemlidir.

2.1.1.2.Miyokard İnfarktüsü

Miyokardinfarktüsü (MI), koroner arterlere ulaşan kan akımının azalması veya durmasıyla gelişen ciddi bir tablodur (Badır, 2010) Miyokardinfarktüsü (MI), EKG'deki değişiklikler, görüntüleme teknikleri, kardiyak biyobelirteçlerde düşme veya yükselmenin izlenmesi gibi klinik özelliklerle kendini belli eder ve dünyadaki ölümlerin ve iş görememezliğin ilk sebebi olarak bilinir. Daha önce MI geçirmiş kişilerde MI tekrarlayabilir. Koroner arter hastalığında da MI ilk belirtidir (Thygesen ve ark, 2013). Koroner tıkanmanın hemen ardından 15 dakika gibi kısa sürede miyokard hücrelerinde nekroz oluşur (Sevinç, 2017).

Bir çok araştırmada, MI geçirmiş hastaların depresyon, anksiyete, umutsuzluk gibi psikososyal sorunlarla uğraştığı ve bunun da mortalite ve morbiditeyi etkilediği görülmüştür. Bu sebeple MI geçirmiş hastalarda özellikle akut hastalık döneminde yalnızca tıbbi bakıma odaklanılmamalıdır. Hastanın psikososyal yönüne dikkat edilmeli ve gerekli rehabilitasyon sağlanmalı, sorunların önüne geçilmeye çalışılmalı, sorun geliştiyse de kontrol altına alınmalıdır (Alonzo, 1998; Guzeetta, 1992). Hastalar kalp krizi geçirdikten sonra da, tekrar kalp krizi geçirme endişesiyle kaygı yaşarlar ve bu da hastalığın iyileşmesinin gecikmesine neden olur (Dirik ve Şahin, 2008).

Bu hastalarda kaygı ve depresyonun yanında umutsuzluk da vardır. Umutsuzluk Kardiyovasküler hastalıklarda mortalite ve morbiditeye neden olur (Sullivan, 2003). Fiziksel hastalık bireyin iç dengesini sarsarak duygusal tepkilere sebep olur, Gelecek kaygısı, ayrılık endişesi, ölüm korkusu, vücut veya organlarının zedeleneceğini düşünmesi, hastanın duygu durumunu, fiziksel-duygusal otonomisini, vücut imajını ve sosyal hayatını etkilemektedir. Hasta günlük rollerini sürdürmekte ve fiziksel gereksinimlerini yerine getirmekte zorlanır. Geleceğe ilişkin beklentisi düşer

(Shapiro,2007). Hemşireler bu durumun farkına vararak hastalara profesyonel yardımda bulunmalıdır.

2.1.2. Kalp Ritim Bozuklukları

2.1.2.1.Kardiyak Aritmiler

Kalbin düzenli bir şekilde kasılmasını, aynı zamanda gevşemesini sağlamak amacıyla elektriksel olarak ritmik uyarılar üretmek ve üretilen uyarıları iletmek için kalp, özel bir iletim sistemi ve uyarı ile donatılmıştır. Kalp, bu sayede tamamen kan ile dolmaktadır. Etkili bir kan basıncı oluşturarak kanın vücutta dolaşımını sağlar. Kalbin kasılıp gevşemesiyle oluşan bu kardiyak döngü, kalbin ritmini belirler. Bu ritim kalbi etkileyen herhangi bir bozukluk veya hastalık olmadığı müddetçe normal sayılır. Bu normal ritim, normal sinüs ritmi (NSR) olarak tanımlanır. NSR, dakikada 60 ile 100 kalp atışı hızında, düzenli ve SA düğümünde başlatılır. EKG'de her normal QRS dalgasından önce normal bir P dalgası görülür (Morton ve ark, 2013).

Kalbin, bu uyarı ve iletim sistemi ile düzenli kas hareketi, hassas kalp dokularının kan akışından kaynaklanan hasara karşı duyarlı olması kalp rahatsızlıklarına yol açar. Bu şekilde kalp rahatsızlıkları veya aritmiler oluşması, kalp dokularının yeterli kanlanamaması sonucu kalbin oksijen kaynağının azalması ve sol ventriküllerin boyutunun artması ile kalbin mekanik yapısında kronik bozukluklar oluşur (Kaya Ö, 2008).

İşlevini yerine getiremeyen ve anormal ritimdeki şekline aritmi yani ritim bozuklukları denir ve iki gruba ayrılır. Birinci grup hayati tehlikesi olan (ventriküler taşikardi), yani uzmanların defibrilatör ile acil müdahalesine gerek olan aritmilerdir. İkinci grupta da hayati tehlikesi az olan aritmiler bulunmaktadır.

Aritmiler, düzensiz kalp atımı şeklinde isimlendirilir. Kalp çok hızlı atıyorsa taşikardi, çok yavaş atıyorsa bradikardi, çok erken atıyorsa erken kasılma ya da çok düzensiz bir atım sergiliyorsa fibrilasyon atım veya atımlar yapabilmektedir. Aritmiler, EKG işaretini değişikliğe uğratırlar. Aritmiler, AAMI (AssociationfortheAdvancement

of Medical Instrumentation - AAMI) standardına uygun olarak gruplandırılmıştır. Bugruplar; normal kalp atımı (N), supraventrikülerektopik atım (S), ventrikülerektopik atım (V), füzyon atımı (F) ve bilinmeyen atım (Q) sınıflarıdır (ANSI/AAMI EC57, 1998).

2.1.3.Konjenital Kalp Hastalıkları

Konjenital kalp hastalığı kardiyovasküler sistemdeki doğuştan olan veya daha sonrasında tanımlanabilen yapısal veya fonksiyonel anomalilerdir. Kalpteki yapısal bir kusur konjenital kalp defekti, kardiyovaskülermalformasyonveya konjenital kalp anomalisi olarak da isimlendirilebilmektedir (Candan, 2002 ; Botto ve Correa, 2003).

En sık görülen majör doğumsal anomalilerden olmakla birlikte, sebepleri hakkında en az bilgi sahibi olunan hastalık grubudur. (Güven ve ark, 2006). Konjenital Kalp Hastalıkları; her 1000 canlı doğumun 19-75'inde görülmektedir. (Hoffman, 2002). Konjenital Kalp Hastalıkları (KKH)'ın %40'ı yaşamın ilk yıllarında tanı almaktadır (Pierpont, 2007)

Konjenital kalp hastalıkları üç grupta incelenir. Septaldefektler, sol taraflı obstrüksiyon defektleri ve siyanotik kalp hastalıkları. Septaldefektler içinde, atriyoventrikülerseptaldefektler (AVSD), ventrikülerseptaldefektler (VSD), atriyalseptaldefektler (ASD) bulunur. Sol-taraflı obstrüksiyon defektleri arasında, mitral stenoz (MS), aort koarktasyonu (CoA), kesintili aortikarkus (IAA), aort stenozu (AS) ve hipoplastik sol kalp sendromu (HLHS), bulunur. Siyanotik kalp hastalıkları içinde de, PersistanTrunkusArteriozus (PTA) Büyük Arterlerin Transpozisyonu (TGA), pulmoneratrezi, FallotTetralojisi (TOF), Çift çıkımlı sağ ventrikül (DORV), triküspidatrezisi yer alır.

Bu üç ana grup haricinde diğer konjenital kalp defektleriarasında patentduktusarteriozus (PDA) ve biküspid aort kapak (BAV) yer alır. En sık rastlanan konjenital kalp hastalığı biküspid aort kapak hastalığıdır, ikinci en sık rastlanan konjenital kalp hastalığı ise septaldefektlerdir. (Bruneau, 2008). Kardiyak septaldefektler, tüm KKH'larının %50'ini oluşturular. Ventrikülerseptaldefekt en sık

rastlanan gelişimsel kardiyak defekt olup, tüm konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %20'ini oluşturur (Wolf ve Basson, 2010 ; Cheng ve ark, 2011).

2.1.4. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği (KY), fizyolojik ve psikolojik sebeplerle oluşan, ilerleyici semptomların eşlik ettiği, geri dönüşsüz, kronik bir klinik sendromdur (Alkan, 2014). KY, sol ventriküldisfonksiyonu sonucu kalbin dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak miktardaki kanı hayati organlara (kalbe ve beyne) ve perifere iletememesi veya bunu yüksek kardiyak dolum basınçları ile ancak karşılayabildiği bir sendromdur (McMurray ve ark, 2012; Akın, 2013; Tokgözoğlu ve ark, 2015).

Kalbin pompalama gücünün azalmasıyla birlikte fiziksel aktivite esnasında veya dinlenme halindeyken yorgunluk, nefes darlığı, taşipne, halsizlik, taşikardi, ayak bileklerinde ödem, pulmonerraller, periferik ödem, hepatomegali ve jugulervenlerde dolgunluk, gibi semptomlar görülür (McMurray ve ark, 2012; Akın, 2013; Tokgözoğlu ve ark). Kalp Yetmezliği, belirti ve bulguların değerlendirilmesi ve birleşmesi ile meydana gelen farklı hastalık gruplarının son evresini düşündüren bir çokkardiyovasküler bozukluğun birleşimi olan semptomdur (Yancy ve ark, 2013).

Amerikada kalp hastalığı sebebiyle 2013 yılında yaklaşık 600.000 kişi hayatını kaybetmiştir (Mozaffarian ve ark, 2015). AHA 2015 verileri göz önüne alındığında, Amerikada 20 yaş ve üstü kişilerde 5.7 milyon kalp yetmezliği tanısı alan hasta olduğu, bu sayıya her sene 870.000 yeni tanı almış hasta eklendiği rapor edilmiştir. Veriler incelendiğinde, 2030 yılına kadar kalp yetmezliği olgularının %46 artacağı görülmektedir (Mozaffarian ve ark, 2015). Kalp yetmezliği sebebiyle senede 58309 ölüm ve 1.023.000 hastaneye yatış olduğu rapo edilmiştir (Mozaffarian ve ark, 2015).

Türkiye'de ise bu durum TÜİK 2017 ölüm istatistikleri verilerine göre, kardiyovasküler sisteme ait hastalıklar sonucu oluşan ölümler %39.7 ile ilk sırada yer almaktadır (Tüik, 2017). Türkiye'de 840.000 KY tanısı almış hasta bulunmaktadır. Bunun 300.000'i kadın, 540.000'i erkektir. Bununla birlikte risk altında olan kişi sayısı da oldukça yüksektir. Bu sayı 3.700.000 olarak belirlenmiştir (Değertekin ve ark, 2012).

Türkiye' de 2010 yılı verilerine göre 35 yaş ve üstü nüfusun 29,600,000 olduğu ve 2,424,000 bireyde KY olduğu incelenmiştir (Değertekin ve ark, 2012).

Kalp yetmezliğinin bir çok nedeni vardır. Bunlar, obezite, DM, KBY, kalp kapağı hastalığı, kronik akciğer hastalıkları, doğumsal kalp hastalığı, kalp ritim bozukluğudur (Değertekin ve ark., 2012 ; Tokgözoğlu ve ark, 2015). Bunlara sigara ve alkol kullanımı, ailede kalp yetmezliği öyküsünün olması, kortikosteroid kullanımı, kalsiyum antagonistleri, nonsteroidantiinflamatuar ilaçlar gibi miyokardı deprese eden ya da tuz tutulumuna yol açan ilaçlar eklenebilir. Ayrıca ilaçların düzgün kullanılmaması; doktor önerisi olmadan ilacın kesilmesi ya da doktorun önermediği farklı ilaçların kullanımı, aşırı tuz tüketimi KY'nin kontrolünü zorlaştırır (Smeltzer ve ark, 2010; Badır, 2014; Tokgözoğlu ve ark, 2015).

Kalp Yetmezliğinin dört tipi bulunmaktadır. Bunlar; sağ ve sol kalp yetmezliği, akut ve kronik kalp yetmezliği,yüksek ve düşük debili kalp yetmezliği, sistolik ve diyastolik kalp yetmezliği.

Kalp yetmezliğinin belirti ve bulguları iki şekilde değerlendirilmektedir. Sağ Kalp Yetmezliği; İştahsızlık, bulantı, kilo alma, karında gerginlik, ayaklarda şişme, ödem, mide şikayetleri, boyun venlerinde dolgunluk ve pulsasyon, Jugulervenöz basınçta artma, karında asit, Hepatomegalive Hepatojugulerreflüdür (Badır, 2014).

Sol Kalp Yetmezliği, Kuru öksürük,yorgunluk, bitkinlik, Değişik derecelerde solunum güçlüğü· (Egzersiz dispnesi, Ortopne, PND), istahsızlık, taşikardi, uykusuzluk, hafıza sorunları, çarpıntı, aşırı terleme, Değişik düzeylerde bilinç değişikliği, S1 ve S2 seslerinin derinden gelmesi, S3 ve S4, Akciğerlerde krepitanraller, Plevraleffüzyon, Pulmoner arter tıkalı basıncında artma, Sistemik vasküler dirençte artma, Soğuk, soluk ve nemli cilt, kalp debisi ve kardiyak indekste azalma (Badır, 2014).

Kalp yetmezliğinde tanı konurken sağlık öyküsü, gözlem, laboratuar analizleri, KY'ye özgü semptomlar, hemodinamik incelemeler ve görüntüleme tekniklerinden yararlanılır (Akın, 2013; Badır, 2014).

2.1.5. Kalp Hastalıklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Kalp hatalıklarında temel amaç mortalite ve morbiditenin en aza indirgenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (İlerigelen, 2010).

-Hasta eğitimi, danışmanlık, sağlığın değerlendirilmesi, terapötik iletişim, duygusal destek ve yaşam kalitesi, uyum ve motivasyonu artırma, özbakım ve özsorumluluğu geliştirme gibi beceri eğitimleri almış olan hemşireler, kalp hastalıklarını önlemede büyük rol oynamaktadır (Türkmen ve ark, 2012; ICN, 2010).

-Hemşire sağlığı geliştirmede kişi, aile ve topluma danışman, eğitici, koordinatör, vaka yöneticisi,işbirlikçi, bakım verici, rol model olma rollerini kullanarak yardımcı olur. Hemşirenin eğitici olarak rolü risk faktörlerini nasıl yöneteceği konusunda bireye yön vermektir (Maville ve Huerta 2002).

-Kalp hastalıklarında hemşireler, fiziksel hareketliliği sürdürme, semptomları ağırlaştıracak (aşırı fiziksel aktivite, tuz ve sıvı tüketimi, yağlı beslenme vb.) davranışlardan kaçınma ve gelişebilecek atakların hasta tarafından en erken zamanda fark edilmesi amacıyla, kapsamlı bir şekilde hasta ve aile eğitimiyle bireylerin öz bakım yeteneklerini geliştirmelidir (Alkan ve Enç, 2015; Özer ve Sezgin, 2015; Kasapoğlu ve Enç, 2017). KY olan kişilerde, hemşirelerin vermiş olduğu destekleyici eğitimin bireysel izlem, tedaviye uyum veöz bakım davranışlarında etkili olduğu gözlenmiştir (Yancy ve ark, 2013).

-Psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve sosyal istekler gibi duygusal faktörlerin yönetimiyle alakalı bir durumdur (Courts, 2000). Bu sebeple Kalp hastalarının psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak desteklenmesi hastaların uyumu açısından büyük önem taşımaktadır.

-Hemşirenin aktif olarak bulunduğu bakım ve izlem programlarının kalp hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini artırdığı ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı araştırmalar neticesinde incelenmiştir (Annema ve ark, 2009; Cockayne ve ark, 2014). Kalp hastalığı olan bireylere taburcu olmadan hemşire yönetiminde eğitim verilmelidir.

Bu eğitimin KY sebebiyle hastaneye yatışların ve tekrarlanmasını azalttığı Lambrinouve ark. (2012)' nin çalışmasında görülmüştür (Lambrinou, 2012). Yu ve ark. (2006)'nın araştırmasında KY yönetim programlarında hemşirelerin yer almasının önemli olduğu ve taburculuk öncesi kardiyak bakım alanında uzman hemşirelerin yaptıkları girişimlerin hasta sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmiştir (Yu ve ark, 2006).

-Kalp hastalığına sahip kişilerde hemşirelere büyük görev düşmektedir, gerek hastalığın önlenmesi gerekse hastalığın bakımı, bakımın devam ettirilmesi hemşirelerin kontrolündedir. Hemşireler sürekli olarak gözlem ve değerlendirme yapmalı, bu değerlendirme becerileri sayesinde hastanın bakımı ve yönetimi konusunda aktif olarak yer almalıdır. Tanısı konan hastada göğüs ağrısının dışında anksiyete bozukluğu ve dispne olabilir. Hemşire bu yüzden hastaya bir takım hemşirelik girişimlerinde bulunmalıdır.

-Hemşire hastayı rahatlattıktan, güvenilir ortamı sağladıktan sonra hastanın anamnezini alma, fiziki muayenesini yapma ve semptom değerlendirmesiyle birlikte kapsamlı olarak hastanın genel değerlendirmesini yapmalıdır. Hastanın hastanede yattığı dönem boyunca bireysel, fiziksel gereksinimlerinin (hijyen, uyku, beslenme, dinlenme, boşaltım) yanında psikososyal gereksinimlerini de gidermelidir. Gözleme dayalı yaptığı saptamalarda hemşirelik tanısı belirler. Olası ve mevcut sorunlara yönelik çözüm bulmaya çalışır ve bulduğu çözümlere yönelik gerekli olan hemşirelik bakımını uygular.

-Gözlemleyebileceği bazı tanılar şunlardır; Göğüs ağrısı, Anksiyete, Korku, Gaz Dansitesinde Bozulma, Kalp Debisinde Azalma Riski, Travma Riski, Konstipasyon Riski, Aktivite Eksikliği, Öz Bakımda Eksiklik, Deri Bütünlüğünde Bozulma gibi hastayı rahatlatacak tanılardır. Hemşirenin kalp hastalarına yaklaşımındaki bir diğer görevi ise hastalığın önlenmesi, geciktirilmesi, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi, hasta ve ailesinin eğitimi, hastanın tedaviye uyumu ve sürdürülmesi, risk faktörlerinin en aza indirgenmesi ve sağlıklı yaşam biçiminin hastaya kazandırılmasıdır (Badır, 2014; Sevinc, 2016; Türkmen, 2012; Demir, 2012).

2.2.Psikososyal Uyum

2.2.1. Psikososyal Uyumun Tanımı

Psikososyal kelime olarak; kişinin psikolojik süreçleri (bilişsel, emosyonel ve davranışsal),bu süreçte yaşadıkları ve kişinin sosyal ilişkileri (aileyle ve toplumla, kişinin kendi sosyal rolü, kişinin kendi kültürel değerleri) arasındaki bağlantıyı tanımlamaktadır (Mohr, 2001).

Uyum, herhangi bir olayın hemen ardından kişinin yaşam kalitesini devam ettiren ya da daha çok arttıran davranış ve işlerdir. Kişinin fiziksel, duygusal ve toplumsal olarak uzunca bir zaman, olumsuz ve kalıcı bir şekilde etkilemesi ise uyum bozukluğudur (Barry, 1996).

Psikososyal uyum kavramı, Londono ve McMillian (2015) tarafından yapılan çalışmada, devamlılık, süreç, değişim, etkileşim, etki gibi özellikleri ifade etmektedir (Londono ve Mcmillan 2015).

Kim ve ark.(2016) ise psikososyal uyum kavramıyla ilgili yaptıkları çalışmada modeli, bütünlük, cesaret, akıl, duygusal üstünlük ve eylemin sürekliliği şekilde beş temel bileşen altında toplamışlardır (Kim ve ark, 2016).

İnsan, taşıdığı genetik özelliklerle biyo-psiko-sosyal bir canlıdır. İç çevre ve dış çevresinden etkilenen ve bunun sonucu olarak değişen ve kendini geliştiren bir varlıktır. Hastalık hali iki rahatsızlık şekilde görülebilir. Birincisi kişinin biyolojik, bedensel ya da fiziksel alan şeklinde tanımlanan rahatsızlıklar; ikincisi, zihinsel, ruhsal ya da moral bozukluğu gibi psikolojik sorunlar da olabilir (Çam, 2014).

Birey, sosyal bir varlıktır. Bireyin hastalık durumu, bireyin sosyalleşmesi ve toplumsallaşması yüzünden problem yaşamasıyla ve sosyal boyutuyla da ilgili olabilir. Sağlık kelimesini Roy; “kişinin olacak değişimlere uyumu, psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak bütünlüğünü sağlaması ve bunu devam ettirmesi” şeklindetanımlamaktadır. Bireyin yaşamında atlatacağı ve bu durumdan kaçamayacağı hastalık hallerihemşirelikle ilişkilidir. Bireyin mücadele ederken izleyeceği yol eksik veya etkili olmazsa bu durum hastalığa yol açar. Kişi bu durumla başa çıkabiliyorsa ve psikolojik,

sosyo kültürel ve fizyolojik olgularla bu uyumu sürekli olarak sağlayabiliyorsa sağlığını yönetebiliyordur. Bireyin yer aldığı her ortamda bu uyumların (psikolojik, fiziksel ve sosyal) tam olması gerekir tersi bir durumda veya herhangi birinin eksik olduğu durumlarda denge bozulur (Akdemir, 2005).

Birey denge içerisinde olmaya istekli olduğundan dolayı bu durumla baş etmeye ve üstesinden gelmeye uğraşır. Elinden geleni yapar ve denge durumunu oluşturur ve bu durumu devam ettirmeye çalışır. Bazı zamanlarda bozulan dengeyi kabullenip o şekilde yaşayıp başka bir dengeyi oluşturur, birey bu şekilde de uyumunu sağlamaya çalışabilir. Adaptasyonun tanımıysa, kişisel dengeyi, uyumu, tüm bunları bütünlük içinde devam ettirme süreci, daha özel anlamda kişinin olumlu veya olumsuz karşılaştığı durumlara uyum sağlamak için çaba göstermesi veya çevre değişimine olumlu bakma sürecidir. Kişinin bu sürece uyum seviyesi sürekli olarak değişiklik gösterebilir. Adaptasyonda hedef, üreme, sağ kalma ve beceri geliştirme koşullarının hazırlanması vardır (Çam, 2014). Roy ise insanın iç veya dış yaşamında oluşan ve gelişen değişikliklere adaptasyonunda iki şeye dikkat çekmiş ve bunu önemsemiştir. Birinci faktör bireyin başa çıkma mekanizması ikinci faktörse çevresel değişikliklerin derecesidir (Akdemir, 2005). Roy kişinin baş edebilme durumlarını regülatör ve kognatör alt sistemler olarak gruplandırır.Regülatör sistem; nöral, kimyasal ve endokrin baş edebilme mekanizması yoluyla yanıt üretirken, Kognatör alt sistem; öğrenme,duygusal,bilişsel, kavramsal karar verme ve duyuşsal kanallar vasıtasıyla yanıt üreten savunma mekanizmalarıdır (Çam, 2014).

Roy'a göre insan; bu sistemlerin açıkça görüldüğü 4 adaptif alandan bahsetmiştir. Bu alanlar; rol-işlev alanı, ben-benlik kavramı alanı, fizyolojik alanve bu alanların karşılıklı bağlanma şeklidir. Bireyin çevre kaynaklı uyarıcılara bedensel olarak verdiği yanıtlarla fizyolojik alan ilişkilidir. Hisler, inançlar, spiritüel değerler, moral, ideal benlik, beden imajı da ben-benlik kavramı alanını tanımlamaktadır. Bunun altında yatan temel ihtiyaç psişik bütünlüktür. Rol işlev alanıysa, bireyin toplumda bulunduğu pozisyondan doğan ve bu pozisyonlara dayanarak toplumun istediği görevlerigerçekleştirmektir. Sosyal bütünlükse altında yatan temel nedendir. Birbirine karşılıklı bağlanma biçimi ise, kişinin destek sistemleri ve özel kişiler ile bağlantılarını tanımlar. Ruhsal bütünlüğün devam ettirilmesi de bu biçimin temelindeki sebeptir. Sayılanbu dört adaptif alan şekli

bireyin davranışlarını inceler. Birbirinden ayrı fakat birbiri ile alakalı olan bu biçimler daha kompleks biçimlerde kendini gösterebilir (Çam, 2014).

Roy'un adaptasyon modeli sekiz temel prensipten oluşmaktadır, Bunlar;

1. Birey, sosyal bir bütündür ve bu bütünlüğü biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak korumaya çalışır.

2. Birey, sürekli değişen çevre şartlarıyla hep bir etkileşim halindedir ve bu etkileşim iç ve dış uyarıcıların değişmesine adaptasyonu gerektirir bu da bireyin açık bir sistem olduğunu gösterir.

3. Birey, uyum sağlamak için uyum mekanizmalarını kullanır ve bu uyum mekanizmalarını doğuştan veya sonradan elde etmiştir.

4. Birey için, hastalık ve sağlık yaşamındaki kaçınılmaz parçadır.

5. Birey çevresinden kaynaklanan, yaşanan değişimlere, olumlu bir şekilde uyum sağlamalıdır.

6. Bireyin uyumunu etkileyen özellikler, çevresel değişiklikler ve başa çıkma becerisidir.

7. Bireyin uyum davranışını, kişinin uyum alanı içinde onu olumlu cevaba ulaştıracak bir uyaranın olup olmaması etkiler.

8. Birey uyum alanı dört biçimde incelenmelidir. Rol fonksiyonu, karşılıklı dayanışma, ben-benlik kavramı ve fizyolojik gereksinimler (Akdemir, 2005).

Psikososyal boyutun anahtarı, kişilerin hastalıkla alakalı kişisel deneyimini anlamak ve çözmektir. Hastalık, hasta bireyler için stres yaratan bir durumdur (Kocaman, 2008). İnsanın strese uyum meyili psikolojik, sosyo-kültürel ve fizyolojik uyum biçiminde gerçekleşir. Organizma, psikolojik bir sorun oluştuğunda savunma mekanizmaları ile adaptasyon sağlar ve kendini korumaya alır. Sosyo-kültürel bir tehdit varsa, değer yargıları, psikolojik adaptasyon, yeni davranış biçimleri ve fizyolojik uyum mekanizmaları ile birlikte yeni ortaya çıkan bu duruma adaptasyon sağlanır (Akdemir, 2005). Bireylerin bazıları karşılaştıkları herhangi bir problemde baş

edebilme becerisi gösterirken, bazı bireyler de daha ileri düzeyde psikolojik yardıma ihtiyaç duyar. Bireyin stresle başa çıkma gücü, sosyal destek durumu ve bu desteğin derecesi, stres yaratan durumlara uğrama süresi gibi faktörler bireyin stresle başa çıkmasını etkilemektedir (Iasc, 2007).

Uyum süreci kişiden kişiye farklılık gösterir ve uyum kesin sınırları olan aktif bir süreçtir (Akdemir, 2005). Psikolojik uyum; bireyin hayatında elde ettiği kazançlar, kayıplar ve hayatta verdiği mücadelelerle ilgili, psikolojik ve biyolojik süreçtir. Psikolojik uyum bazı durumlarda değişiklik gösterebilir, bu durumlar hastalığın kötüye gitmesi, tedavi ve teşhis sebebiyle hastaneye yatış,kişinin kişisel bakım kaybı ve verilen tedavinin yetersizliği, talep ve değişmelere bağlı olabilir (Karadakovan, 2010). Kronik hastalıklar; hasta bireylerin sağlıksız olma durumlarıyla uzun süre yaşamak zorunda kalmalarına sebep olmaktadır. Bu yüzden sağlık göstergeleri biyolojik bulgulardan psikososyal bulgulara doğru yer değiştirmekte, hastalara bakım ve tıbbi tedavi ile beraber psikososyal bakım verilmesini bireyin psikiyatrik tedavi görmesini önemli kılmaktadır. Hastaya gerekli bakımın verilmesi ve sağlanması ile bütüncülyaklaşım hem tedavinin hem verilen bakımın kalitesini artırmaktadır (Kocaman, 2008 ; Aydemir, 2006).

Psikososyal destek; bireylerin psikososyal iyilik hallerinin var olandan daha fazla iyileştirilmesini, bireylerin, ailelerin ve toplumların hem psikolojik hem de sosyal gereksinimlerinin ortadan kaldırılmasını, ortaya çıkabilecek davranış bozukluklarının önüne geçilmesi ya da tamamen giderilmesini inceleyen hem içsel ve hem dışsal destek hareketini anlatır. Bireyin toparlanmasında yapılan her türlü çalışma psikososyal desteğin kapsamındadır (Ifrc, 2009; Iasc, 2007).

2.2.2. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler

Hastalanmak psikolojik, sosyal, kültürel aynı zamanda biyolojik bir süreçtir. Kronik hastalıklarda hastalığa psikososyal uyum, bu süreçlerin tümünden etkilenmektedir. Hastanın; kronik hastalıkla yaşamaya adaptasyonu, hastalığın ne olduğu ve neyi ifade ettiği, semptomların önemi ve ciddiyet derecesi, etkilenen vücut kısmı, işlevsel kısıtlılık (hareket, duyusal ya da bilişsel kısıtlılık), hastalığın gelişme

biçimi (ilerleyici, stabil, değişken ya da ayrı ayrı olaylardan oluşan), ağrının bulunması, durumun sürekliliği, dışarıdan görünüme etkisi, kullandığı ilaç sayısı, ilaç yan etkileri

ve tedavinin yolu kronik hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir (Livneh, 2001). Hastanın medeni durumu, eğitim seviyesi, yaşı, çocuk sahibi olup olmaması ve sosyo ekonomik düzeyi gibi sosyo demografik özellikler bireyin kronik hastalığa uyumunu etkileyen faktörlerdir (Adaylar, 1995; Bekkers ve ark, 1997; Watt ve ark, 1997; Çavdar, 1999; Akın, 2003; Kaçmaz, 2003). Fiziksel hastalıkta en çok depresyon ve anksiyeteye rastlanır. Depresyonun belirti ve semptomlarının gelişmesinin görülme oranı, yatarak tedavi alan hastalarda %30-58 , ayaktan tedavi alan hastalarda ise bu oran%12-36'dır (Özkan, 1994).

2.2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları

Hastalık tıbbi açıdan öncelikle hastalığın organ veya sistemde oluşturduğu görev bozukluklarının sürecini kapsar, hasta için ise bu durum çok boyutludur bu olgular biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel alanları kapsar ve her biri ayrı ayrı bu hastalıktan etkilenir. Fiziksel hastalık ile başa çıkmak zordur ve bu gelişimsel bir krizdir. Rol değişimleri, fizyolojik işlevlerdeki bozukluklar, yeni girilen çevreye ve karşılaşılabilecek streslere uyumu gerektirir. Kronik hastalıklar ise hastanın hem kendi yaşantısında hem de ailesinin yaşamında maddi manevi bir çok güç kaybına ve önemli değişikliklerin yaşanmasına neden olur. Hasta; hastalığı sebebiyle meslek hayatında, çevresiyle ilişkilerinde, cinsel yaşamında, yaşam amaçlarında, günlük yaşantısında bir çok değişiklik yaşamak ve yapmak mecburiyetinde kalır. Hastalık, bireyin yaşantısında çeşitli psikolojik tepkiler yaşamasına yol açar. Kişide depresyon, kızgınlık, anksiyete, öfke, bağımlılık görülebilir (Özmen, 1997).

Kronik hastalıklarda hastalığa uyum hastayı ilgilendirdiği kadar hastanın ailesini de yakından ilgilendirir ve uyumu gerektirir. Ailenin hastalığı algılaması, hastalığa yükledikleri anlam, hastalığın gidişatı ve evresi, roller ve aile kuralları ciddi derecede önemlidir çünkü bu hastalıklar aile bütünülüğünü bozabilir. Rol değişimleri ve aile ilişkilerinin değişmesi gibi sorunlara yol açar (Barry, 1996). Hastalık sürecinde ailelerin

bazıları hasta bireyin üstüne çok düşerken, bazı ailelerde hasta bireyden kaçma, uzaklaşma ve ilgi göstermekten kaçma gibi çeşitli yaklaşımlar gösterebilirler. Aile üyelerinin bu süreçte gösterdikleri bu davranışlarının hastanın genel durumu, hastalığa adaptasyonu ve iyileşme çabaları üzerinde önemli etkileri vardır. Her iki durumda da hastanın iyilik hali bu yaklaşımlara bağlıdır (Palabıyıkoğlu, 2000).

Kronik hastalıkların yol açtığı kayıplar sebebiyle mesleki çevre etkilenmekte ve hasta bireyler işini kaybedebilmektedir. Psikososyal uyum eğer başarılıysa, mesleki çevrede tam ya da yarı zamanlı işleri yapma, işini kaybetme ve beceri derecesineodaklanılmaktadır. İşle ilgili etkinlikleri yapabilme ve psikososyal uyum arasında olumlu bir ilişki olduğu bu göstergelerden anlaşılmaktadır (Livneh, 2001).

Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantısında cinsellik önemli bir faktördür. Hastalar hastalıkla ilişkili olarak ya da tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili olarak halsizlik, ileri derecede yorgunluk, protez, kalp pili gibi gereçlerin kullanma zorluğu, duyu organlarının algılamasındaki değişim gibi olumsuzluklar yüzünden cinsel kısıtlamalar yaşayabilmektedirler. Hasta olan kişi görev ve sorumluluklarını devam etirmekte zorlanabilir veya bu görevlerini bırakmak zorunda kalabilir bu da bireyin kendine olan güvenini azaltır ve bütünlüğünü zedeler. Bunların hepsi fiziksel, psişik ve psikosomatik boyutlarıyla ele alındığında cinselliği de etkilemektedir (Özkan, 1996).

Kronik hastalıklar, bireyin işlev görme derecesini bozması sebebiyle bir yitim olarak yaşanır. Eğer hastalık bireyin fiziksel durumunu daha hızlı, şiddetli kalıcı bir şekilde bozarsa (kör olma, paraplejik olma gibi) yitim duygusu daha belirgin yaşanır. Hastalık bireyde ister fiziksel bir kısıtlama yapsın, ister daha simgesel anlam taşısın, ikisinde de benzer psikolojik tepkiye yol açar. Hasta bireyin durumla yüzleşmesi ve durumunu kabullenmesi süreci içinde bireyde yadsıma, anksiyete, depresyon, çaresizlik, stres, öfke gibi bir çok psikolojik tepkiler ortaya çıkabilir ve bunlar hastada ruhsal sıkıntı yaratır (Özmen, 1997).

2.2.3.1. Kalp Hastalıklarında Psikososyal Uyum

Kalp hastalıklarında endişe ve kaygı bozukluğuna, anksiyete bozukluğuna, depresyon ve deliryuma, somatizasyon bozukluğuna, psikoseksüel bozukluklara

rastlanmaktadır (Özkan, 1993). Kalp hastalıklarında psikiyatrik komplikasyonlar çok görülmektedir. Özellikle akut miyokardinfarktüsü (Mİ) nde psikiyatrik komplikasyonlara daha sık rastlanır. Miyokard infarktüsünün akut döneminde ciddi derecede duygusal olarak zorlanma görülür. Bu emosyonel zorlanmanın temelinde de ölüm korkusu yatar. Bu zorlanmaya bir diğer sebep ise, var olan sağlığını kaybetme korkusu veya hayat standartlarını daha aza indirme ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme korkusudur. Hastalar kısıtlanacakları durumları düşünerek ne yapamayacağı şeyleri düşünerek kayıp duygusu yaşar ve bu düşünceleri de depresyon gelişimine neden olur. Miyokardinfarktüsünden sonra rastlanan depresyon belirtilerinin klinik depresyondan daha çok kardiyovaskülermorbidite ve mortalitenin belirtisi olduğu belirtilmektedir (Özkan, 1993; Zuidersma, Conradi ve ark. 2012).

2.2.4.Kalp Hastalıklarına Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları

Birey biyopsikososyal bir varlık olduğundan dolayı, hastalık halinde de bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Bu durumda kronik hastalığı olan bireye hastalığına psikososyal olarak uyum sağlaması için hemşireye büyük görev düşmektedir.

Hemşirelik yaklaşımları şu şekildedir:

Hastayla; empatik, onu destekleyici, kılavuzluk ederek, bütünsel, net, açıklayıcı, samimi, güven verici, yardımsever, realist ve tıbbi etik ilkelerine uygun bir şekilde iletişim kurmak,

Bireyin hastalığına verdiği psikolojik tepkileri doğal karşılamak, duygu ve düşüncelerini rahatça anlatabilmesi için bireyi cesaretlendirmek ve bunun için ona fırsat sunmak,

Hastaya net olup, açıklayıcı bilgiler sunmak, hastalık, hastalığın oluşum, gelişim ve ilerlemesi hakkında hastalığın tedavisinde yer alanları hastayla bilgi alışverişinde bulunarak, hastanın hastalık üzerindeki kontrol duygusunu ilerletmek ve tedavi işbirliğini sağlamak,

Hasta bireyin kişisel bakımını sürdürmesini sağlamak, bakımını kendisi halledemediği zaman desteklemek, ancak mutlaka özbakımına katılmasına teşvik etmek,

Hastayı yaşantısında günlük yaptığı rutinlerine teşvik etmek,

Hastanın hastalıkla baş edebilmesi için pozitif yöntemlerini sunarak desteklemek, olumsuz başetme yöntemlerini olumlu yöne çevirmeye çalışmak,

Hastayı sosyal yaşamıyla ilişkisini artırması ya da yeniden düzenlemesi için desteklemek. Kişinin ailesi ve yakın çevresini bilgilendirmek kaydıyla destek vermek,

Güven duygusunu devam ettirmek,

Hastaya karar verme sürecinde destek olmak ve yardım etmek,

Birey ve ailenin bu hastalığın aynısını veya benzerini yaşamış ve iyi deneyimleri olan bireylerle görüşmesi için yardımcıolmak,destek gruplarına yönlendirmek,

Hastanın enerjisini hep yüksek tutmasını sağlamak ve olumlu yöne yönlendirmek,

Hastanın ailesi ve yakın çevresiyle ilişkisini güçlendirmek, destek gruplarıyla beraber olabilmesi için fırsat vermek,

Hastanın yeniden sosyalleşmesini sağlamak, izolasyona izin vermemek,

Hastanın güçlü ve güçsüz olduğu yönlerini bulmak ve güçsüz yönlerini görmezden gelip güçlü yönlerini desteklemek,

Her yapılan uygulama öncesi hastadan izin istemek, yapılan işlemler tek tek anlatılarak hastanın psikolojik olarak kendini hazır hissetmesi için olanak sağlamak ve hastanın odasına girerken muhakkak kapısını çalmak, hastanın kendini değerli hissetmesini ve önemsendiğini bilmesini sağlamak (Barry, 1996; Kaçmaz, 1998; Palabıyıkoğlu, 2000; Öz, 2004).

Psikolojik bakım modelini tanımlayan Tunmore, bu modeli 4 düzeyde açıklamıştır. Bunlar;

1. düzey, Rutin-önleyici psikolojik bakım: Hasta ve ailenin stresle başa çıkma beceresini artırmaya yardımcı olmak, duygularını açıkça ifade etmeleri için cesaretlendirme ve hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi içerir,

2. düzey, Temel iletişim ve tanımlama becerileri: Genel olarak bakımın en az standartlarını sağlamak için gerekli dinleme, bilgi verme, gözlem ve görüşme gibi yeteneklerdir.

3. düzey, Psikoterapi: Bilişsel, davranışsal ve aile terapisi gibi psikolojik tedavi yaklaşımlarını inceler.

4. düzey, Özelleşmiş psikolojik müdahaleler: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi hemşiresi tarafından uygulananve direkt müdahaleleri kapsayan, sorun çözme yöntemleri, anksiyete ile başa çıkabilme yöntemleri gibi amaç-yönelimli ve kısa-süreli özelleşmiş becerilerdir (Çam, 2014).

Psikososyal Uyumu Sağlamak İçin Gerekli Hemşirelik Müdahaleleri:

Hastanın yaşam şekli, bakım ihtiyaçları ve destek sistemleri belirlenmeli ve hasta üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir.

•Hastaya güven vermeli ve bu şekilde bir ilişki kurulmalıdır.

•Sosyalleşmeyi engelleyen, depresif, bağımlı, manipülatif, veya agresif davranış tiplerini belirlemeli, gerektiğinde hastanın bu davranışlarını fark etmesi sağlanmalı ve bu davranışların değişikliği için teşvik edilmelidir.

•Hasta başkaları ile endişe duyduğu konuları paylaşması için cesaretlendirilmelidir. Aile üyelerine destek sağlamaları için yardım etmelidir.

•Hastalıkta bağımsızlık sürdürülürken gerektiği durumlardabaşka kişilerden yardım istemesi ve kabul etmesi için hasta cesaretlendirilir ve hastaya kendi özbakımı ile ilgili gerekli sorumluluklar verilmelidir.

•Hastanın güçlü olduğu yanlar keşfedilmeli ve hastanın buna odaklanması için desteklenir.

•Hasta ile ilgili kaygılarını ve sıkıntılarını paylaşması için aileye fırsat verilir.

•Hastanın hastalığını içermeyen ilgi alanları ve aktivitelere katılması için hasta teşvik edilir.

•İnsanlarla temasını sürdürmesi için hasta desteklenir, bunun için mektup, eposta, telefon görüşmelerine teşvik edilir.

•Hasta uygun rehabilitasyon ve eğitim programlarına katılması için cesaretlendirilir (Gorman, 2014).

2.3. Sosyal Destek

2.3.1.Sosyal Destek ve Tanımı

Sosyal destek; bireye hem psikolojik hem maddi destek sağlayan, bireyin baş edebilme yeteneğini artırmayı amaçlayan kişiler arası ilişkiler ağı olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile bireyin gereksinimlerine başkalarının da duyarlı olduğunu hissetmesidir (Kahraman, 2017). Başka bir kaynakta ise, sosyal destek; kişiye sıkıntılı olduğu hallerde yakından bağlı olduğu çocukları, eşi, arkadaşları bazen de profesyonel insanlar tarafından sağlanan sosyal, psikolojik, maddi destek olarak tanımlanmaktadır (Değirmenci, 2016).

Yapılan tanımlar incelendiğinde, Sarason ve arkadaşları (1983)' na göre sosyal desteğin tanımı, bireyin bir sorunla karşılaştığında veya emosyonel olarak rahatlama ihtiyacı hissettiğinde, çevresindeki kendine yakın hissettiği kişilerden alacağı yardımların tümüdür (Sarason, 1983). Shumaker ve Brownell'ın (1984) tanımına göre sosyal destek, destek veren ile destek alan olmak üzere iki kişi arasındaki iletişim yoluyla destek alanın, edindiği destek sayesinde, kendisini daha iyi, daha güçlü hissetmesinin sağlanmasıdır (Shumaker, 1984).

Özellikle son 30 senedir, sosyal desteğin rolü, hastalıkla başa çıkma kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olması sebebiyle büyük ilgi uyandırmaktadır.Sosyal desteğin sağlıkla ilişkisi üzerine çok sayıda çalışma vardır buna rağmen sosyal desteğin kavramlaştırılması ve tanımlaşması çeşitlilik ve farklılık göstermektedir. (Eker, 2001).

Ölçülmesi çok zor olan ve doğrudan görülmeyen sosyal desteğin etkilerini de belirlemek çok zordur (Aytekin, 2018).

Sosyal destek Kurt Lewin'in "Tipolojik Alan Kuramındaki Yaşam Alanı" ile ilgili çalışmasında ilk kez tanım olarak kullanılmıştır. Bireyin psikolojik çevresinde düzenleme yapılması, kişinin olumsuzluk içeren davranışlarını ortadan kaldırabilir, bu

yönde kişinin çevresinin bir unsuru olarak sayılan sosyal destek sistemleri içerisinde akrabalar, aile, komşular, eğitmenler ve içinde barındığı toplum yer almaktadır (Öğütçü, 2018).

Tardy (1985) , sosyal desteğin beş boyutunun olduğu üstünde durmaktadır.

Bu boyutlar;

1)Sosyal destek yönü

2)Eğilim (sosyal destek kaynaklarının hazır oluşu ve onların kullanılabilirliği),

3)Sosyal desteğin tanımı ve sosyal desteğin niteliğini ve niceliğini saptamak,

4)Sosyal desteğinemosyonel, araçsal destek ve bilgiyle alakalı vb. içeriği,

5)Sosyal ağın desteği olarak sıraya koyulmaktadır (Tardy, 1985).

Sosyal destek, bireyin güç bir durumdayken ya da stres faktörleriyle karşılaştığında, bir desteğe ihtiyaçları olduğunda başvurabileceği insanların etrafında bulunması ve bu insanlar tarafından değer görme, sevilme, ilgi görme ve takdir edilme olarak ifade edilir (Karaarslan, 2013; Öner, 2012).

Jung (1987)'nın tanımına göre ise sosyal destek, bireylerin karşılaştıkları problemlerde yakın çevreleriyle iletişim ve etkileşimleridir (Jung, 1987). Flaherty ve Richman (1989), yakın çevre içinde bulunan bireylerin birbirleriyle iletişimleri sosyal olarak etkileşmeleri olarak tanımlamaktadır (Flaherty, 1989).

Lepore ve ark. (1991) sosyal desteği şu şekilde tanımlamıştır; bireylerin çevresi tarafından sevildiklerine ve korunduklarına güvendikleri, kendilerini değerli hissettikleri bir sosyal gruba ve sisteme bağlı olmaları (Lepore, 1991). Winemilller ve ark. (1993) ise sosyal desteği, bilinç alanına alınan sosyal destek, verilen sosyal destekten duyulan tatmin, sosyal desteğin fonksiyonelliği ve çevresel yapının birleşimi şeklinde

tanımlamıştır (Winemiller, 1993). Bir diğer yandan Eker ve Arkar (1995)'a göre ise sosyal desteğin tanımı; bir çok çeşit tanımlamalara sahip olmakla birlikte zor ve stres dolu bir yaşamda bireyin çevresindeki insanlarca sağlanan maddi ve manevi her türlü yardımdır (Eker, 1995). Literatürde, algılanan ve verilen sosyal destek kavramları da anlatılmaktadır. Kef (1997)'e göre, algılanan sosyal destek kişinin çevresindeki insanlarla güçlü bağları olduğunu düşünmesi ve destek sağlayacağına inanmasıdır.

Verilen destek ise, destek kaynakları tarafından sağlanan sosyal destek özelliği olarak ifade edilmektedir (Kef,1997). Bir başka tanımda ise, kişinin kendine verdiği değer, sosyal destek olarak ifade edilmektedir (Ardahan, 2006; Heller, 1986).

Bireye sunulan sosyal desteği ölçme imkanı olmadığından, bireye sağlanan sosyal desteğin etkinliği ve düzeyi yalnız bireyin algısıyla değerlendirilebilir (Aydın, 2017). Bireye sunulan sosyal desteğin ilk ve en değerli kaynağı ona en yakın sosyal çevre olması sebebiyle ailesidir (Ceylan, 2004).

2.3.2. Sosyal Destek Tipleri

Sosyal destek tipleri, çeşitli tanımlarla açıklanmıştır. Cohen ve Wills (1985) sosyal desteği, araçsal, duygusal, yaygın ve bilgisel destek olarak dört şekilde açıklamıştır (Cohen, 1985).

Araçsal destek: Kişiye yapılan maddiyatla ilgili yardım ve kişinin ihtiyacı olan araç-gereç ve metaryelleri içeren soyut yardımlardır (Akeren, 2017).

Duygusal Destek: Hoşlantı, sevgi, değer ve kabul görme,karşılıklı anlayış, özen gösterilme ve değer görme, ifade edici destek, korunma gereksinimlerini içine alan destek olarak tanımlanmaktadır.

Yaygın destek: Kişinin boş vakitlerinde başka kişilerle sosyal arkadşlık kurması onlarla zaman geçirmesi, eğlenmesi, gezmesi bu sayede rahatlaması olarak tanımlanır.Yaygındestekde gruba dahil olma duygusu ve diğer insanlarla yaşanan problemler hakkında konuşmanın stresi azalttığı ve bireyi rahatlattığı varsayılmaktadır.

Bilgisel destek: Önemli bir mesele olarak sayılan olaylarla başa çıkmada, tanımlayıcı ve problemi anlamayı içine alan destek olarak tanımlanmaktadır.

Değerlendirme desteği, bilişsel yol gösterme olarak da ifade edilmektedir (Cohen, 1985).

Barrera (1986) da sosyal desteği üç öğeye ayırmıştır. Bunlar;

1)Sosyal Kabul: Bireyin çevresinden saygı görmesi,

2)Yasalar önünde bireye yetkili kuruluşlarca bireyin gereksiniminin karşılanması ve devletçe işerin yerine getirilmesi,

3)Algılanan sosyal destek (Barrera, 1986).

House (1981) ise sosyal desteği dört tür olarak incelemiştir. Bunlar;

1)İşlevsel Destek: Değer görmek ve değer verilmesi, kabullenme ihtiyacı ve sevilmeyi içerir.

2)Araçsal Destek: Maddiyatla ilgili yardımlar veya araç gereç temini gibi kaynakları ifade eder.

3)Duygusal Destek: Değerlendirme maksadıyla başka kişilere geri bildirimde bulunmayı ifade eder.

4) Bilgilendirme Desteği: Öğüt verme ve bilgiyi ifade eden destek (akt.: Semerci ve Ergeneli, 2018).

Caplan (1974) ise sosyal desteği beş türde incelemiştir. Bunlar;

1) Takdir Desteği: Bireye saygı gösterildiğini ve bireyin kendi olduğu gibi kabul edilmesini ifade eden destek türüdür.

2) Duygusal Destek: Bu destek türü de güven, sevgi ve ilgi gibi duyguların iletilmesi ile meydana gelir.

3) Beraberlik Desteği: Boş zamanları beraber değerlendirmeyi destekleyen türdür.

4) Bilgisel Destek: Bu destek türü var olan problemlerin çözümüne katkı sağlayacak bilgileri içerir.

5) Maddi Destek: Maddi olarak hizmet sağlanmasına ve yardım sunulmasına dayalı türdür (akt.: Torun, 1995).

2.3.3. Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek modelleri, kişinin kendini güçlü hissetmesinin etkileri ve sağlık olarak üçe ayrılmaktadır. Bu modeller şunlardır ;

1.Temel Etki Modeli,

2.Tampon Etkisi Modeli,

3. Sosyal destek ve negatif problemlerin birbirlerinden ayrı etkileri (Cohen, 1985).

1-Temel Etki Modeli:Sosyal destek ve sağlık arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu savunmaktadır. Temel etki modeli, bedensel sağlık,kendini güçlü hissetme ve sosyal destek gibi öğeler göz önüne alındığında pozitif etkiye sahiptir eğer sosyal destek yoksa kişinin olumsuz etkileneceğinin savunur. Temel etki modeli, sosyal desteğin sağlık üzerine doğrudan etkisi bulunduğunu savunan tek modeldir (Cohen, 1985).

2-Tampon Etkisi Modeli: Temel etki modelinin tam tersi olan bu sosyal destek modelinin stresli yaşamın sebep verdiği zararları en aza indirgemek veya dengeyi koruyup mental sağlığı korumaya almak en önemli işlevidir. Bu sayede de kişi stresin sebep olduğu olumsuz etkilerden korunmuş olur (Gökdağlı, 2014).

3-Sosyal Destek ve Negatif Problemlerin Birbirlerinden Ayrı Etkileri:Bu modelde, sosyal desteğin ve negatif problemlerin bireyin kenidini güçlü hissetme ve bedensel sağlık üzerinde birbirlerinden ayrı etkilerinin olduğunu açıkça söylemektedir (Cohen, 1985).

2.3.4. Sosyal Desteğin Sağlık Üzerine Etkileri

Zor durumda veya sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinden, akrabalarından ziyade toplumdaki diğer kişilerle bağlarının sağladığı kaynaklar olarak tanımlanan

sosyal desteğin, kendini güçlü hissetme ve beden sağlığı üzerinde etkili olduğunun altı çizilmektedir (Ardahan, 2006).

Sosyal desteğin, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını iyileştirme sebepleri şunlardır;

1-Bağlılık Gereksiniminin Tatmin Edilmesi: Sosyal destek, bireylerin yakın çevresi ve çevresindeki diğer başka insanlarla yakından bağ ve iletişim kurma gereksinimine olanak vererek yalnız kalmanın doğuracağı olumsuz etkilerden kurtarmaktadır. Bağlılık gereksinimin karşılanmasıylailişkili kaynaklar, ilgi, hoşgörü, anlayış, bağlılık, sevgi veait olma duygusu olarak kısaca daha az sözcükle anlatılabilir.

2-Kimlik İmajının Korunması ve Güçlendirilmesi: Sosyal destek, bireyin kimlik duygusuyla ilgilidir. Bireyin çevresindeki diğer insanlarla kurdukları iletişim sonucu kişinin kişiliği gelişir. Sosyal desteğin, kimlik imajını geliştirici yönüyle alakalı kaynaklar, bireye geri dönüt verme ve stres oluşturan durumlar için sunulabilecek davranış şekilleri olarak sıraya konulabilir.

3-Kendine Güvenin Artması: Sosyal desteğin kimlik oluşmasıyla ilgili yönü, kişinin benlik algısıyla ilişkilidir. Destekleyici davranışlar, kişinin kendine verdiği değeri ve uygunluğuna ilişkin düşünceleri de geçerli kılmaya yardımcı olur. Onay verme, ödüllendirme, saygının sözel olarak anlatılması gibi davranışlar kendine güven fonksiyonuyla ilgili destek verici davranışlardır (Baron,1990).

Bilhassa, hastalık ilerledikçe, sosyal aktivite yoksunluğu ve bundan sonraki hayatını var olan hastalıkla devam ettireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini çevresindeki insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile beraber diğer insanlara yabancılaşma hissetmesine sebep olmaktadır. Bu yaşana durum karşısında birey hem sosyal desteğe gereksinim duymakta hem de sosyal desteğin kaynağından uzaklaşmaktadır (Khorshid, 2006).

Bu nedenle sosyal desteğin, ruhsal ve fiziksel hastalıkların meydana gelmesi, seyri, süresi üzeride etkili olduğu bilinmektedir (Ardahan, 2006; Sorias, 1998).

Sosyal destek, iyileşmeyi sağlamada anlamlı bir yoldur.(Hendryx, 2009). Bununla beraber, hastalığın seyri, iyileşmesi ve ölüm oranı üzerinde de sosyal desteğin

pozitif etkisi olduğundan, hastalık sürecinde, hasta kişilerin sosyal destek düzeyleri ve bilhassa birincil bakım verenler tarafından verilen sosyal desteğin rolü önem kazanmaktadır (Aktaş, 2012; Gençöz, 2006).

Başkaları tarafından sevildiğini hisseden,değer verildiğini düşünen, gerektiği zaman yardım alacağı birileri olduğunu bilen, ilişkilerinin doyum verdiğinidüşünen kişinin algıladığı sosyal destek daha fazladır (Ardahan, 2006; Heller, 1986).

Bireylerin çaresizlik duygularıyla baş etmesinde, stresle başa çıkmada, çevreden sağlanan sosyal desteğin önemi çok büyüktür ve bu sağlanan yardım bireyin kendine olan güvenini artırmaktadır. Sosyal destek, endişe doğuran faktörleri yok etmese bile, bireylerin endişe seviyelerini en aza indirgeyerek daha olumlu, daha çok kontrolcü, stresle baş etmede yeni fikirler deneme konusunda daha fazla istek duymalarına yardımcı olmaktadır (Baltaş, 2000).Birey bu sayede algıladığı desteği değerlendirir böylelikle başa çıkma yöntemlerini geliştirerek ruhsal ve bedensel sağlığını korumaktadır (Ozbay ve ark, 2007).

2.3.5. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü

Sosyal destek kaynakları, hayatın zorlukları karşısında zorluklarla baş etmede bireyin en değerli yardımcılarındandır. Destek verici kişilerin ve destekleyici ilişkilerin varlığı sağlıksal problemleri önlemede, kişilerin yaşamında motivasyonu yükseltme ve sağlığı iyileştirme ve stresle başa çıkma çabalarının güçlendirilmesinde önemli yer almaktadır (Okanlı ve ark. 2003). Sosyal destek iç ve dış stresörlerin algılanmasını, kişinin iç ve dış stresörlerle baş edebilme yollarını veya var olan problemi çözme şeklini değiştirerek ve kişinin kendine yetmesini sağlayarak stresi azaltır.

Güçlü bir sosyal destek var olduğunda sonuç da olumlu olmaktadır, sosyal destekleri iyi olan hastaların daha az sağlıksal problem, daha az yük,daha az psikolojik problem veyaşamdan daha çok tat aldıkları bildirilmiştir (Saunders, 2003).Sosyal destek; gerekli olduğu anda ulaşılabiliyorsa yeterlidir (Ardahan, 2006)

Sosyal destek stresle başa çıkmayan çalışan bireyde tampon görevi görür, bireyin kimlik duygularını korumasında ve güçlendimesinde aynı zamanda bireyin

bağlılık duygularını doyurur (Özbaş, 2008).Hemşirelerin danışmanlık hizmeti vermesi en önemli özgür görevlerinden biridir (Hurdle, 2001).

Tüm bunlar göz önüne alınarak;

Bireyin korkularını, şüphelerini ve endişe duyduğu şeyleri bilip,empati kurarak bunları ifade edebilmesi için desteklenir (Erdemir, 2012).

Bireyin hissettiklerini,düşüncelerini paylaşmaları için zaman tanımak ve fırsat vermek (Dilek ve ark, 2017).

Bireyin maneviyat duygusunun yüksek olması bireyin umutsuzluk gibi duygularının azalmasına sebep olacağından hasta birey ve ailesi dini inançlarını devam ettirmesi için desteklenir (Korkut Bayındır ve ark, 2016).

Hasta bireyin başkalarının hayatında ilgi gördüğü, sevildiği, sayıldığı ve sağlık durumunun kötüye gittiğine bakılmadan önemli bir yeri olduğunu anlaması için desteklenmesi gereklidir (Bahar, 2017).

Bireyin yaratıcılık, otonomi, kararlılık, bağımsızlık, nezaket, mantık, dürüstlük bilişsel düşünme gibi kullandıkları içsel kaynakları değerlendirmeye anlınmalıdır (Korkut Bayındır ve ark, 2016).

Bireyin, kontrolün kendisinde olduğunu bilmesi ve kararı kendisinin verebilmesi için fırsat tanınmalıdır (Korkut Bayındır ve ark, 2016).

Bireyi olumlu aile ilişkisi kurması ve bunu devam ettirmesi için cesaretlendirmek gerekir. Çünkü ailedeki güçlü ilişkiler, hayatın devam ettirilmesi ve yükün aile bireylerine paylaştırılmasını sağladığından çok önemlidir (Aytekin, 2018).

Birey, kendisiyle benzer bir hastalığı ya da bununla başa çıkarak olumlu deneyime sahip olmuş kişilerle endişelerini, kaygılarını, korkularını paylaşması açısından görüşmesi için teşvik edilir (Korkut Bayındır ve ark, 2016).

İnsanoğlu toplumda kendini gerçekleşiren, bireylerle yardımlaşan ve bu yardımlaşma sayesinde işbirliğiyle hayat bulan sosyal bir varlıktır.Hasta bireyin ve hastanın ailesinin stresle baş edebilmesinde sosyal desteğin önemi çok büyüktür.Bireyin çevresinde ona destek olan kişilerin de aslında sosyal desteğe ihtiyacı vardır ve bu

desteğin hemşireler tarafından sağlanan sosyal desteğe gereksinimleri vardır. Çünkü sosyal desteğe ihtiyacı oaln birey hastanede yatarken geleği için kaygılıdır. Bu kaygının önlenmesi hemşireninhasta bireye yaklaşımına bağlıdır. Hemşire tarafından sağlanan sosyal destek sayesinde hastanın içinde bulunduğu olumsuz durumdan kurtulacağına olan inancı yükselir (Eker, 2001).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli

Araştırma, kalp hastalığı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek ile psikososyal uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini01/12/2017, 01/06/2018 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde kalp hastalığı tanısı ile yatanhastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için Cohen'in standart etki büyüklükleri referans alınarak güç analizi yapıldı. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0,05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için (korelasyon analizinin yapılacağı karşılaştırma için) en az 84 kişiye ulaşılması gerektiği belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 100 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (Çapık 2013, 2014).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

-18 yaş ve üzeri olmak

- Hastalığın terminal döneminde olmayan

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan araştırma izni alındı (EK:8). Ayrıca Maltepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışmaya başlamak için gerekli izin alındı (EK 4). Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği toplandı. Veri toplama

araçlarının yanıtlanması 25-30 dakika sürdü. Araştırmayı kabul eden hastalara araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı.

Ölçekler uygulanırken hasta bireylere samimi ve gerçekçi bilgilerle anketi doldurmaları için Helsinki Bildirgesi İlkelerine uygun olarak gerekli açıklamalar yapıldı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan 17 soruluk Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Hastalığa Psikososyal uyumu ölçmek için 7 alt başlıklı toplam 46 soruluk Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (HPUÖBÖ) (EK 2) ve 12 maddelik yedili likert tipi bir ölçek olan aile,arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç alt ölçekten meydana gelen, her biri algılanan sosyal desteğin kaynağına işaret eden Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 3) kullanıldı.

3.4.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan Hastaları Tanıtıcı BilgiFormu;hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği eğitim durumu gibi sosyo demografik özelliklerini içeren 7 soru, hastalık ve tedavi süreci gibi özelliklerini içeren 10 soru şeklinde toplam 17 sorudan oluşmaktadır (Karataş, 2017 `; Erşan ve ark. 2013 ; Çam ve Nehir 2011).

3.4.2.Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. Ölçek 46 Maddeden oluşur, bu sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile

çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı (Adaylar, 1995) şeklindedir. Her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Denek kendi kişisel deneyimini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen bir skala üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir (Derogatis, 1986). PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa ''iyi psikososyal uyumu'',yüksek puanlar hastalığa ''kötü psikosyal uyumu''gösterir.(Adaylar, 1995).PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikosoyal uyumu,35 ile 51 arasındaki puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade eder şeklinde tanımlanmaktadır (Derogatis, 1986).Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır. Adaylar'ın çalışmasında güvenirlik katsayıları sırası ile sağlık bakımına uyum için 0,87; mesleki çevre için 0,85; aile çevresi için 0,80; cinsel ilişkiler için 0,95; geniş aile ilişkileri için 0,89; sosyal çevre için 0,93; psikolojik alan için 0,83 ve tüm ölçek için 0,90 olarak bulunmuştur (Adaylar, 1995).

Bu çalışmada güvenirlik katsayıları sırası ile sağlık bakımına uyum alt boyutu için 0.80; mesleki çevre için 0.81; aile çevresi için 0.84; cinsel ilişkiler için 0.92; geniş aile ilişkileri için 0.83; sosyal çevre için 0.96; psikolojik alan için 0.99 ve tüm ölçek için 0.96 olarak bulundu.

3.4.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve diğerleri tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin (Zimet, 1988), Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek Aile (3, 4, 8, 11), Arkadaş (6, 7, 9, 12) ve Özel Bir İnsan (1, 2, 5, 10) olmak üzere üç alt boyuttan ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi puanlamaya sahip 7 aralıklı olarak derecelendirilmekte ve alt boyut puanları toplanarak ölçeğin toplam puanı belirlenmektedir. Ölçekteki alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında,

toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmekte, puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach

alfa katsayısı Aile 0.85, Arkadaş 0.88, Özel Bir İnsan 0.92 ve toplam ÇBASDÖ için 0.88 olarak belirlenmiştir (Eker, 1995). Bu çalışmada ise aile 0.96; arkadaş 0.96; özel bir insan 0.93 ve toplam ÇBASDÖ için 0.98 olarak bulundu.

3.5.Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra verilerin normallik dağılımlarında Skewness ve Kurtosis kat sayıları (Polat,2013), ikili grupların karşılaştırılmasında t testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında varyans analizi, ilişkisel çıkarımlar için Pearson korelasyon analizi ve ileri analizler içinde LSD analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırmaya katılmayı kabul eden 100 kişiden demografik özlellikleri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)- alt boyutları, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirmelerini ve karşılaştırmalarını içeren tablo ve bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcılara ait demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1.Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	53	53.0
	Erkek	47	47.0
Yaş	30-39	9	9.0
	40-49	11	11.0
	50-59	10	10.0
	60-69	38	38.0
	70-80	32	32.0
Medeni Durum	Evli	96	96.0
	Bekâr	4	4.0
Çocuk Sayısı	1	14	14.0
	2	29	29.0
	3	39	39.0
	4 ve üzeri	18	18.0
Kiminle Yasadığı	Yalnız yaşıyor	12	12.0
	Eşi ve çocuklarıyla	33	33.0
	Yakınıyla	3	3.0
	Bakıcısıyla	9	9.0
	Eşiyle	43	43.0
Öğrenim Düzeyi	Okuryazar	19	19.0
	İlköğretim	20	20.0
	Lise	26	26.0
	Lisans	23	23.0
	Lisansüstü	12	12.0
Ekonomik Durum	İyi	47	47.0
	Orta	53	53.0
Çalışma Durumu	Çalışan	19	19.0
	Çalışmayan	81	81.0

Tablo 1'de görüldüğü gibi, katılımcıların %53'ü kadın, %38'i 60-70 yaş grubunda, %96'sı evli ve %39'u 3 çocuk sahibidir. Katılımcıların %43'ü eşleriyle yaşamaktadır, %36'sı lise mezunudur, %53'ünün ekonomik durumu orta düzeydir ve %51'i çalışmamaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri

		n	%
Hastalığın Türü	Kalp-ritim bozuklukları	35	35.0
	Kalp-damar hastalığı	44	44.0
	Kalbin yapısal hastalıkları	7	7.0
	Kalp yetmezliği	14	14.0
Ek Hastalık	Hiç hastalığı yok	42	42.0
	DM	44	44.0
	HT	6	6.0
	HT+DM	8	8.0
Hastalık ile ilgili Eğitim Alma Durumu	Evet	99	99.0
	Hayır	1	1.0
Sağlık Güvencesi	Var	100	100.0
Hastalık Süresi	1-5	16	16.0
	6-10	50	50.0
	11-15	29	29.0
	16-20	2	2.0
	21-25	3	3.0
Sigara Kullanma Durumu	Evet	34	34.0
	Hayır	66	66.0
Sigara Kullanma Süresi	5-10	9	26.5
	11-15	18	52.9
	16-20	7	20.6
Bir Günde Alınan İlaç Sayısı	1-3	2	2.0
	4-6	7	7.0
	7-9	62	62.0
	10-12	29	29.0
Son Bir Yılda Hastanede Yatma Sayısı	1 kez	7	7.0
	2 kez	40	40.0
	3 kez ve üstü	53	53.0

Tablo 2'de görüldüğü gibi katılımcıların %44'ü kalp damar hastalığına sahiptir, %44'ünün ek olarak diyabeti vardır, %99'u hastalıkları ile ilgili eğitim almışlardır ve tamamı sağlık güvencesine sahiptir. Katılımcıların %50'sinin hastalık süresi 5-10 yıldır, %66'sı sigara kullanmamaktadır, sigara kullananların ise %52.9'u 10-15 yıldır kullanmaktadırlar. Katılımcıların %62'si günde 5-7 tane ilaç kullanmaktadırlar ve %53'ü son bir yılda üç defadan fazla hastaneye yatmışlardır.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)- alt boyutları, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. ÇBASDÖ- alt boyutları, PAIS-SR ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Aile	100	12	28	23.52	4.53
Arkadaş	100	9	28	22.3	5.16
Özel Bir İnsan	100	11	28	23.22	4.79
ÇBASDÖ Toplam Puan	100	33	84	69.04	14.02
Sağlık Bakımına Uyum	100	1	20	7.73	4.18
Mesleki Çevre	100	2	18	11.15	3.93
Aile Çevresi	100	0	16	8.21	4.64
Cinsel İlişkiler	100	0	17	7.69	4.51
Geniş Aile ilişkileri	100	0	13	4.57	3.03
SosyalÇevre	100	0	18	11.12	5.27
Psikolojik Distres	100	0	21	12.47	6.55
PAIS-SR Toplam Puan	100	6	123	62.94	26.21
PAIS-SR Uyum Kategorisi	**n**	**%**			
İyi Uyum	16	16			
Orta Uyum	17	17			
Kötü Uyum	67	67			

Tablo 3'de görüldüğü gibi katılımcılar Aile alt boyutundan 23.52±4.53, Arkadaş alt boyutundan 22.3±5.16, Özel Bir İnsanalt boyutundan 23.22±4.79 ve ÇBASDÖ'den69.04±14.02 puan almışlardır. Katılımcılar Sağlık Bakımına Uyum alt boyutundan 7.73±4.18, Mesleki Çevre alt boyutundan 11.15±3.93, Aile Çevresi alt boyutundan 8.21±4.64, Cinsel İlişkiler alt boyutundan 7.69±4.51, Geniş Aile ilişkileri alt boyutundan 4.57±3.03, Sosyal Çevre alt boyutundan 11.12±5.27, Psikolojik Distres alt boyutundan 12.47±6.55 ve PAIS-SR'den 62.94±26.21 puan almışlardır.

Tablo 4. PAIS-SR ve Alt Boyutları ile Çeşitli Özelliklerin Karşılaştırılması

		n	Sağlık Bakımına Uyum		Mesleki Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile ilişkileri		Sosyal Çevre		Psikolojik Distres		PAIS-SR	
			Ort.	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**
Cinsiyet	Kadın	53	6.96	3.97	10.89	4.25	7.15	4.70	7.83	4.84	3.98	3.24	11.15	6.03	11.92	7.23	59.89	28.51
	Erkek	47	8.60	4.29	11.45	3.56	9.40	4.30	7.53	4.16	5.23	2.66	11.09	4.31	13.09	5.70	66.38	23.16
		Test	t=-1.979 p=0.051		t=-0.709 p=0.480		t=-2.488 p=**0.015**		t=0.328 p=0.743		t=-2.099 p=**0.038**		t=0.062 p=0.951		t=-0.896 p=0.372		t=-1.256 p=0.212	
Yaş	30-39	9	6.78	3.38	12.44	4.03	7.78	3.87	7.11	4.51	3.33	3.16	14.44	6.69	16.33	7.83	68.22	27.77
	40-49	11	6.91	3.91	6.73	4.17	5.00	5.98	2.91	3.75	2.55	2.77	6.91	5.30	8.64	6.42	39.64	29.94
	50-59	10	8.50	4.43	8.50	3.06	8.00	6.06	5.40	3.27	4.90	2.64	8.20	3.01	9.00	4.83	52.50	22.84
	60-69	38	9.18	4.86	11.82	3.76	9.03	4.71	8.66	4.34	5.45	3.13	11.58	5.50	13.37	5.80	69.08	27.43
	70-80	32	6.31	2.93	12.34	2.88	8.53	3.39	9.06	4.09	4.47	2.77	12.00	4.00	12.72	6.82	65.44	19.15
		Test	F=2.524 p=**0.046**		F=7.381 p=**0.000**		F=1.724 p=0.151		F=5.924 p=**0.000**		F=2.596 p=**0.041**		F=4.195 p=**0.004**		F=2.810 p=**0.030**		F=3.599 p=**0.009**	
Çocuk Sayısı	1	14	6.71	4.07	12.14	3.88	8.21	4.46	7.64	4.78	4.43	3.27	12.00	6.19	14.21	7.43	65.36	30.45
	2	29	7.28	3.42	10.31	3.89	6.48	4.44	6.14	4.53	3.45	2.75	9.69	5.27	10.31	6.93	53.66	25.49
	3	39	7.79	3.97	11.44	3.64	9.18	4.40	8.28	4.12	5.08	2.69	11.79	4.83	13.51	5.87	67.08	22.05
	4 ve üzeri	18	9.11	5.60	11.11	4.66	8.89	5.16	8.94	4.78	5.39	3.63	11.28	5.41	12.33	6.19	67.06	30.41
		Test	F=1.049 p=0.374		F=0.803 p=0.495		F=2.107 p=0.104		F=1.879 p=0.138		F=2.217 p=0.091		F=1.063 p=0.368		F=1.754 p=0.161		F=1.765 p=0.159	

Tablo 4. PAIS-SR ve Alt Boyutları ile Çeşitli Özelliklerin Karşılaştırılması (Devamı)

		n	Sağlık Bakımına Uyum		Mesleki Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile ilişkileri		Sosyal Çevre		Psikolojik Distres		PAIS-SR	
			Ort.	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**
Kiminle Yasadığı	Yalnız yaşıyor	12	8.58	3.55	11.33	2.23	8.92	4.98	9.50	3.94	5.00	2.66	10.75	4.65	12.50	6.57	66.58	23.04

		n	Sağlık Bakımına Uyum		Mesleki Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile ilişkileri		Sosyal Çevre		Psikolojik Distres		PAIS-SR	
			Ort.	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**
	Eşi ve çocuklarıyla	33	7.06	3.65	10.82	4.30	7.15	4.98	6.82	5.27	3.97	3.07	11.79	5.99	13.70	7.56	61.30	30.26
	Yakınıyla	3	12.00	7.55	13.00	4.58	11.67	2.52	12.00	2.65	8.00	1.00	14.33	2.52	16.00	4.36	87.00	13.89
	Bakıcısıyla	9	6.11	2.93	13.22	3.46	8.67	3.87	8.78	3.27	4.00	2.12	12.22	3.80	11.89	4.76	64.89	16.91
	Eşiyle	43	8.05	4.57	10.79	4.05	8.49	4.49	7.33	4.14	4.79	3.23	10.26	5.21	11.40	6.14	61.09	25.82
		Test	F=1.552 p=0.193		F=0.944 p=0.442		F=0.976 p=0.424		F=1.723 p=0.151		F=1.513 p=0.204		F=0.808 p=0.523		F=0.809 p=0.523		F=0.781 p=0.540	
Eğitim Durumu	Okuryazar	19	9.00	4.40	11.68	3.33	9.16	4.52	8.53	3.19	5.68	1.92	11.00	4.46	13.16	5.23	68.21	20.44
	İlköğretim	20	9.95	5.05	11.10	4.38	10.85	3.39	9.30	4.55	7.00	2.73	12.35	4.75	14.50	5.99	75.05	26.15
	Lise	26	7.54	3.30	10.73	4.18	7.92	4.61	7.65	4.68	3.27	2.88	11.42	5.76	12.00	7.91	60.54	27.48
	Lisans	23	6.39	3.86	10.83	3.81	6.35	4.83	6.22	5.02	3.96	2.95	10.74	5.45	12.13	6.82	56.61	25.96
	Lisansüstü	12	5.00	1.81	11.92	4.17	6.50	4.50	6.58	4.36	2.75	2.49	9.33	6.07	9.67	5.12	51.75	26.54
		Test	F=4.217 p=**0.003**		F=0.307 p=0.873		F=3.501 p=**0.010**		F=1.632 p=0.172		F=8.243 p=**0.000**		F=.662 p=0.620		F=1.138 p=0.343		F=2.314 p=0.063	
Ekonomik Durum	İyi	47	6.72	3.84	11.00	4.02	6.85	4.82	6.96	4.96	3.34	2.57	10.51	5.47	11.11	6.46	56.49	25.92
	Orta	53	8.62	4.30	11.28	3.89	9.42	4.15	8.34	4.01	5.66	3.01	11.66	5.07	13.68	6.44	68.66	25.34
		Test	t=-2.317 p=**0.023**		t=-0.358 p=0.721		t=-2.833 p=**0.006**		t=-1.519 p=0.132		t=-4.119 p=**0.000**		t=-1.090 p=0.278		t=-1.990 p=**0.049**		t=-2.371 p=**0.020**	
Çalışma Durumu	Çalışan	19	6.32	3.45	6.74	2.42	4.32	4.40	3.42	4.09	2.53	2.91	6.47	4.72	7.58	6.05	37.37	22.41
	Çalışmayan	81	8.06	4.28	12.19	3.48	9.12	4.22	8.69	4.01	5.05	2.87	12.21	4.80	13.62	6.15	68.94	23.35
		Test	t=-1.653 p=**0.000**		t=-6.457 p=**0.000**		t=-4.434 p=**0.000**		t=-5.133 p=**0.000**		t=-3.442 p=**0.001**		t=-4.705 p=**0.000**		t=-3.864 p=**0.000**		t=-5.343 p=**0.000**	

Tablo 4. PAIS-SR ve Alt Boyutları ile Çeşitli Özelliklerin Karşılaştırılması (Devamı)

		n	Sağlık Bakımına Uyum		Mesleki Çevre		Aile Çevresi		Cinsel İlişkiler		Geniş Aile ilişkileri		Sosyal Çevre		Psikolojik Distres		PAIS-SR	
			Ort.	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**	**Ort.**	**SS.**
Hastalığın Türü	Kalp-ritim bozuklukları	35	8.46	5.29	10.94	4.11	7.74	5.12	7.77	5.17	4.77	3.28	10.23	5.43	10.80	6.99	60.71	30.36
	Kalp-damar hastalığı	44	7.41	3.54	11.68	3.46	9.59	3.75	8.39	4.21	4.89	2.77	11.82	4.76	13.98	5.20	67.75	20.34
	Kalbin yapısal hastalıkları	7	8.00	3.56	9.29	5.44	6.29	6.10	6.00	4.12	4.00	2.94	10.00	6.63	11.86	7.80	55.43	34.79
	Kalp yetmezliği	14	6.79	3.12	10.93	4.18	6.00	4.15	6.14	3.61	3.36	3.18	11.71	5.84	12.21	8.11	57.14	27.08
		Test	F=0.681 p=0.566		F=0.836 p=0.477		F=3.061 p=**0.032**		F=1.237 p=0.301		F=1.044 p=0.377		F=0.751 p=0.525		F=1.592 p=0.196		F=0.998 p=0.397	
Son Bir Yılda Hastanede Yatma Sayısı	1 kez	7	6.57	2.88	9.71	5.62	5.71	5.25	6.86	5.05	5.29	3.15	10.29	8.28	14.14	6.84	58.57	32.77
	2 kez	40	7.63	4.23	9.80	4.29	8.15	4.80	7.15	4.84	4.25	3.12	10.15	5.68	11.33	6.22	58.45	28.18
	3 kez ve üstü	53	7.96	4.31	12.36	2.97	8.58	4.42	8.21	4.21	4.72	2.98	11.96	4.39	13.11	6.74	66.91	23.53
		Test	F=0.359 p=0.700		F=5.849 p=**0.004**		F=1.195 p=0.307		F=0.750 p=0.475		F=0.476 p=0.623		F=1.456 p=0.238		F=1.098 p=0.338		F=1.299 p=0.278	

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Sağlık Bakımına Uyum*** *alt boyutu için*;

Yaş, öğrenim durumu, ekonomik durum ve çalışma durumuna göre Sağlık Bakımına Uyum alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ekonomik durumu orta düzey olanların ve çalışmayanların alt gruppuan ortalaması daha yüksektir.

Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); 60-69 yaş grubundakilerin alt grup puanlarının, 70-80 yaş grubundakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim düzeyine göre farkın hangigruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); İlköğretim mezunlarının puanlarının, lise, lisans ve lisansüstü mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, hastalığın türü ve son bir yılda hastanede yatma sayısı göre sağlık bakımına uyumalt gruppuan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Mesleki Çevre*** *alt boyutu için*;

Yaş, çalışma durumu ve son bir yılda hastanede yatma sayısına göre mesleki çevrealt gruppuan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların alt gruppuan ortalaması daha yüksektir.

Yaşagöre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);40-49 yaş grubundakilerin alt gruppuanlarının, 30-39, 60-69 ve 70-80 yaş grubundakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Son bir yılda hastanede yatma sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); 2 defa hastaneye yatanların puanlarının, 3 ve üzeri yatanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet,hastalığın türü, öğrenim düzeyi ve ekonomik duruma göre mesleki çevre alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Aile Çevresi*** *alt boyutu için*;

Cinsiyet, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, hastalığın türü, çalışma durumuna göre aile çevresi alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin, ekonomik durumu orta düzey olanların ve çalışmayanların alt grup puan ortalaması daha yüksektir.

Öğrenim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);İlköğretim mezunlarının puanlarının, lise, lisans ve lisansüstü mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastalığın türünegöre farkın hangigruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); kalp damar hastalığı olanların alt grup puanlarının, kalp yetmezliği olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş,veson bir yılda hastanede yatma sayısına göre aile çevresi alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Cinsel İlişkiler*** *alt boyutu için*;

Yaş, çalışma durumuna göre cinsel ilişkiler alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların alt grup puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşagöre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); 40-49 yaş grubundakilerin alt grup puanlarının, 30-39, 60-69 ve 70-80 yaş grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, öğrenim düzeyi, hastalığın türü, ekonomik durum veson bir yılda hastanede yatma sayısınagöre cinsel ilişkiler alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Geniş Aile ilişkileri*** *alt boyutu için*;

Cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumuna göre geniş aile ilişkileri alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin, ekonomik durumu orta düzey olanların, çalışmayanların alt grup puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);40-49 yaş grubundakilerin alt grup puanlarının, 60-69 yaş alt grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);İlköğretim mezunlarının puanlarının, lise, lisans ve lisansüstü mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastalığın türü ve son bir yılda hastanede yatma sayısınagöre geniş aile ilişkileri alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Sosyal Çevre*** *alt boyutu için*;

Yaş, çalışma durumuna göre sosyal çevre alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların alt grup puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşagöre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);40-49 yaş alt grubundakilerin puanlarının, 30-39, 60-69 ve 70-80 yaş alt grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, öğrenim düzeyi, hastalığın türü, ekonomik durum veson bir yılda hastanede yatma sayısınagöre sosyal çevre alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***Psikolojik Distres*** *alt boyutu için*;

Yaş, ekonomik durum, çalışma durumuna göre psikolojik distres alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ekonomik durumu orta düzey olanların veçalışmayanların alt grup puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşagöre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);30-39 yaş alt grubundakilerin puanlarının, 40-49, 50-59 yaş alt grubundakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, öğrenim düzeyi,hastalığın türü ve son bir yılda hastanede yatma sayısınagöre psikolojik distres alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0.05).

Tablo 4'de görüldüğü gibi ***PAIS-SR toplam puanı*** *için;*

Yaş, ekonomik durum, çalışma durumuna göre PAIS-SR toplam alt grup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).Ekonomik durumu orta düzey olanların, çalışmayanların alt grup puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşagöre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD);40-49 yaş grubundakilerin alt grup puanlarının, 30-39, 60-69 ve 70-80 yaş alt grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet,hastalığın türü ve öğrenim durumuna göre PAIS-SR toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0.05).

ÇBASDÖ- Alt Boyutları ve PAIS-SR- Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin incelenmesi Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5.ÇBASDÖ- Alt Boyutları ve PAIS-SR- Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

n=100		**Aile Alt Boyutu**	**Arkadaş Alt Boyutu**	**Özel Bir İnsan Alt Boyutu**	**ÇBASDÖ Toplam**
Sağlık Bakımına Uyum Alt Boyutu	r	-0.594	-0.620	-0.677	-0.651
	p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
Mesleki Çevre Alt Boyutu	r	-0.047	-0.156	-0.085	-0.101
	p	0.643	0.122	0.401	0.315
Aile Çevresi Alt Boyutu	r	-0.565	-0.592	-0.579	-0.598
	p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
Cinsel İlişkiler Alt Boyutu	r	-0.161	-0.198	-0.217	-0.199
	p	0.110	**0.048**	**0.030**	**0.047**
Geniş Aile ilişkileri	r	-0.443	-0.502	-0.515	-0.504

Alt Boyutu	p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
SosyalÇevre Alt Boyutu	r	-0.038	-0.099	-0.050	-0.066
	p	0.706	0.325	0.619	0.514
Psikolojik Distres Alt Boyutu	r	-0.115	-0.149	-0.120	-0.133
	p	0.257	0.138	0.236	0.188
PAIS-SR Toplam	r	-0.317	-0.376	-0.360	-0.364
	p	**0.001**	**0.000**	**0.000**	**0.000**

Sağlık Bakımına Uyum alt boyutu ile aile, arkadaş, özel bir nsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Sağlık Bakımına Uyum puanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

Mesleki Çevre alt boyutu ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Aile çevresi alt boyutu ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Aile çevresi puanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

Cinsel ilişkiler alt boyutu ile Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Cinsel ilişkiler puanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

Geniş aile ilişkileri alt boyutu ile aile alt boyutu arasında zayıf ve negatif yönlü, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Geniş aile ilişkileri puanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

Sosyal Çevre alt boyutu ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Psikolojik Distres alt boyutu ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

PAIS-SR toplam puanı ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). PAIS-SR toplam puanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, kalp hastalarında algılanan sosyal destek ve hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişki ve etkileyen bazı faktörler tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun, 60-69 yaş grubunda, evli, çocuk sahibi, lise mezunu kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Bireylerin çoğunluğunun 60-69 yaş grubundaki hastalardan oluşması, kalp hastalıklarının görüldüğü yaşlar açısından literatür ile uyumludur(Onat ve ark, 1991). Kalp hastalıklarının bu yaş grubunda daha sık görülmesi, gelişmekte olan ülkelerde, yaşlı nüfusun artmasıyla ilişkili bir faktör olabilir (Kalp Damar Hastalıkları Önleme Programı, 2015-2020). Kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni olarak da menopoz sonrası kalp hastalıklarının daha sık görülmesi ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Katılımcıların %44'ü koroner kalp hastalığına sahiptir, %44'ünün ek olarak diyabeti vardır. Türk Kardiyoloji Derneği'nin verilerine göre ülkemizde 1.2 milyon koroner kalp hastası olduğu, senede 130 bin kişinin koroner kalp hastalığı sebebiyle hayatını kaybettiği, her sene 230 bin yeni koroner hastasının var olduğu, bu hastaların da 70 binin ölüm ile sonuçlandığı bulunmuştur (Tkd, 2017. Erişim Tarihi: 31/8/19). Kalp hastalıkları ortaya çıkmadan önce genellikle hipertansiyon ve diabet gibi çeşitli kronik hastalıkların varlığı da bilinen bir gerçektir.

Katılımcıların %50'sinin hastalık süresi 5-10 yıldır, %66'sı sigara kullanmamaktadır, sigara kullananların ise %52.9'u 10-15 yıldır kullanmaktadırlar. Katılımcıların %62'si günde 5-7 tane ilaç kullanmaktadırlar ve %53'ü son bir yılda üç defadan fazla hastaneye yatmışlardır. Kalp hastalıklarında hastalık ve sağlık yönetiminin; beslenme, egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, stres yönetimi gibi bir çok faktörden etkilenmesi ve bu faktörlere uyum sağlamanın zaman zaman zorlaşması nedeni ile hastaneye sık yatışlar görülebilmektedir.

5.2. Katılımcıların bazı demografik ve hastalık özelliklerine göre hastalığa psikososyal uyumlarının tartışılması

Bu çalışmada hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde, yüzde %16'sının psikososyal uyumu "iyi" , %17'sinin "orta", %67'sinin "kötü" düzeyde olduğu; hastaların psikososyal uyum alanlarından en çok psikolojik distres, mesleki vesosyal çevre boyutlarının zayıf olduğu bunu, aile çevresi, cinsel ilişkiler ve sağlık bakımına uyum alanının izlediği saptanmıştır. Karataş ve Bostanoğlu'nun 2017 yılında yapmış oldukları "koroner kalp hastalarında algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum" çalışmasında da hastaların %68.8'i "zayıf psikososyal uyum", %13.6'sı "orta psikososyal uyum" ve %17.6'sı "iyi psikososyal uyum " sergiledikleri bulunmuştur.Durna ve Akın'ın 2006 yılında kalp hastalarında yaptığı çalışmada hastaların psikososyal uyumlarının 'kötü' olduğu ve en çok etkilenen alanların mesleki, sosyal çevre ve psikolojik distres alanları olduğu belirtilmiştir(Durna & Akın, 2006).Kaçmaz'ın 2003 yılında yapmış olduğu fiziksel hastalığı olan hastaların hastalığa psikososyal uyumu çalışmasında da en çok sosyal ve mesleki çevre boyutunda, psikososyal uyumun zayıf olduğu yine bunu sağlık bakımı, psikolojik distres, cinsel ilişkiler boyutlarının izlediği bulunmuştur (Kaçmaz, 2003). Bu bulgular kalp hastalıklarında psikososyal uyumun olumsuz olduğunu göstermektedir.

Araştırmada en iyi uyumun ise geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Böke(2012) 'nin araştırmasında da hastaların kötü psikososyal uyum düzeyinde olduğu; mesleki çevre alt boyutunda en olumsuz etkilenme yaşanırken geniş aile ilişkileri alanında en iyi uyumun olduğu belirlenmiştir(Böke, 2012). Mazanec ve ark. (2011)'nın araştırmasında da hastaların kötü psikososyal uyuma sahip olduğu, en olumsuz etkilenmenin geniş aile ilişkileri alt boyutunda yaşandığı, en iyi uyumun ise sosyal çevre alt boyutunda olduğu görülmüştür (Mazanec, 2011). Akın ve Durna (2006)'nın araştırmasında da en az etkilenmenin geniş aile ilişkileri alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda psikososyal uyum düzeyinin kötü etkilenmesinin, kronik hastalıklarda tanı ve tedavi süreci ile alakalı belirsizlikler, günlük yaşam aktivitilerinin sürdürülmesindeki olumsuz etkilenme ve işlevsel kayıplar sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Bu süreç psikolojik alanın uyumunu bozabilir. Ülkemizdeki yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamız da diğer yapılan

araştırmalarla benzer olarak geniş aile ilişkilerine uyum iyi düzeyde bulunmuştur (Akın ve Durna, 2006; Kocaman ve ark., 2007; Akça ve Çınar, 2008; Türten ve Akdemir, 2016). Bu araştırmada en iyi uyumun görüldüğü alan geniş aile ilişkileridir. Yapılan birçok çalışmada da en iyi uyumun görüldüğü alan geniş aile ilişkileridir (Akça Talaz ve ark, 2008 ; Öyke, 2008 ; Kocaman ve ark, 2007 ; Akın & Durna 2006). Aile temelli kültür yapımızın bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Bu yapıdaki ailelerde hasta bireyin aile desteği alması, ülkemizde yardımlaşma ve hasta ziyaretine önem verilmesi, yaşlı bireylere olan ilginin yoğunluğu, geniş aile yapısının baskın olması, hastaya verilen değer, hasta bireye bakım vermenin daha da iyileştirilmesi hastanın desteklenmesini arttırarak, hasta bireyin hastalığa uyumunu kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsiyete göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde kadınların aile çevresi ve geniş aile ilişkilerindeki uyumlarının erkeklere göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmamasına rağmen her ikicinsiyette de psikolojik distres altboyutu uyumunun kötü olduğu görülmüştür. Genel olarak psikososyal uyum puanları arasında ise erkekler ve kadınlar arasında fark olmadığı görülmekte ancak kadınların psikososyal uyumunun erkelerin aldığı puanlardan biraz daha fazla olduğu bulunmuştur.Çam ve Nehir'in (2011) miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalarla yapmış oldukları çalışmada, hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre psikososyal uyum ve alt gruplarıpuan ortalamaları incelendiğinde aile çevresi alt boyutu dışında diğer tüm alt boyutlarda ve toplam psikososyal uyum düzeyinde anlamlı fark bulunmasına rağmen yaş gruplarının puan ortalamaları arasında değişkenlik olduğu görülmektedir. Buna göre en kötü psikososyal uyumun 60-69 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek için yapılan ileri analizde (LSD) 40-49 yaş grubundakilerin daha düşük puan aldıkları ve bununla beraber psikososyal uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu yaş grubunda bireylerin hala çalışıyor olması, en verimli dönemleri olması, eşlerine, çocuklarına karşı sorumluluklarının olması ve sağlıklılığı devam ettirmeyi istemeleri açısından değerlendirildiğinde psikososyal

uyumlarının daha iyi olmasını beklendik bir sonuç olarak düşünülmektedir. Çam ve Nehir'in 2011 yılında MI tanısı almış olan hastalarla yaptıkları çalışmada özellikle 32-58 yaşları arasında olan hastaların psikososyal uyumlarının 59-83 yaş grubundaki hastalara göre daha olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Çam & Nehir, 2011). Buna göre 60-69 yaş grubu yeni emeklilik, yaşlılık algısının değişmesi, çocukların evden yeni ayrıldığı dönemlere denk gelebildiği için ve bu çalışmada sayıca bu yaş grubunun daha fazla olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yine Çam ve Nehir'in çalışması sadece MI geçiren hasta popülasyonunu kapsamaktadır. Bu çalışma ise tüm kalp hastalıklarını kapsayan bireylerle yapıldığı için sonucun farklı çıktığı düşünülmektedir.

Hastaların öğrenim düzeylerine göre psikososyal uyum ve alt gruplarıpuan ortalamaları incelendiğinde öğrenim düzeyinin psikososyal uyum ile ilişkili olduğu ve yüksek öğrenim düzeyinin uyumu artırdığı belirtilmektedir (Rockwell, Riegel 2001, Durna ve Akın 2006). Bu çalışmada eğitim düzeyi ve psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen sağlık bakımına uyum, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri alt boyutlarında eğitim seviyesi açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre lisanüstü, lisans ve lise mezunu bireylerin özellikle sağlık bakımına uyum, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri uyumu diğer eğitim seviyelerine göre daha iyi düzeyde olduğu bulundu. Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek için yapılan ileri analizde (LSD) ilköğretim mezunlarının psikososyal uyumlarının diğerlerine göre kötü olduğu bulundu. Erşan ve ark. Tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada eğitim düzeyine görepsikososyal uyum açısından fark olmadığı belirtilmiştir. Ancak günümüzde sağlık hizmetlerinin artması, eğitim düzeyinin artması, bilgiye ulaşmada eğitim düzeyi yüksek olanların yaşadığı kolaylıklar, internetin kullanımındaki yaygınlık bu çalışmadaki sonucu açıklayabilir. Çam ve ark. (2009)'nın çalışmasında psikososyal uyum alt gruplarından sadece sosyal çevre puan ortalamasının lise/üniversite mezunu olan hastalarda anlamlı olarak düşük olduğu saptanmışken, Rockwell ve Riegel (2001) ile Akın ve Durna (2006)'nın kalp yetmezliği olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, eğitim seviyesinin psikososyal uyum ile ilişkili olduğunu, eğitim düzeyinin arttıkça psikososyal uyumun da arttığını belirtmişlerdir (Akın, & Durna, 2006; Çam ve ark, 2009; Rockwell, & Riegel, 2001). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık bakımlarına uyumları artmaktadır. Eğitim

düzeyi yüksek olan bireyler sağlık/hastalık ile ilgili bilgilere daha kolay erişebilmekte, sağlıklı olmanın önemini fark etmektedirler. Beslenme alışkanlığı, ilaç kullanımı, egzersiz ve sağlığın devamını sürdürebileceği bir çok faktörü sorgulayıp inceleyebilme, bilgiye ulaşmada kolaylık yaşamaları eğitim seviyesinin yüksekliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ekonomik durumlarına göre psikososyal uyum ve alt gruplarıpuan ortalamaları incelendiğinde ekonomik durumu iyi olanların psikososyal uyumununda orta olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Ekonomik durumu iyi olanların sağlık bakımına uyum, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve psikolojik distres alt boyutları açısından orta ekonomik düzeye sahip olanlara göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Erşan ve ark. tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmaya göre bireylerin ekonomik durumlarıyla aile çevresi ve geniş aile ilişkileri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Aile çevresi açısından ekonomik durumu iyi olanların kötü olan gruba göre, geniş aile ilişkileri açısından ise ekonomik durumu kötü olanların iyi olan gruba göre psikososyal uyumları anlamlı ölçüde kötü bulunmuştur. Ekonomik durumun psikososyal uyumu etkileyen önemli bir değişken olduğu söylenebilir. Hastalığı yönetmede gerekli olan kaynaklara ulaşmada ekonomik durumun önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan hastaların %81'i çalışmamaktadır. Çalışan hastaların psikososyal uyumları tüm alt boyutlar da dahil olmak üzere çalışmayanlara göre daha iyi olarak bulunmuştur. Bir önceki veride de olduğu gibi ekonomik durumu kötü olanların psikososyal uyumlarının da kötü olarak bulunduğunu belirtmiştik. Öyke (2008)'nin behçet hastalarının psikososyal uyumlarını incelediği çalışmasında çalışan bireylerin uyumlarının çalışmayan bireylere göre iyi olduğu bulunmuştur (Öyke, 2008).Genel yaşam koşulları ile değerlendirdiğinde özellikle işsiz hiçbir işle meşgul olmayanlar birçok açıdan sıkıntı yaşamaktadırlar. Bireyin çalışıyor olması, bir meşguliyetinin olması iyileşmeyi hızlandıran önemli bir faktördür. İşe yararlık duygusu, çalışanların sosyal çevrelerinin devamı da sağlığı devam ettirmek için önemli bir sebeptir ve tüm bu gerekçeler çalışıyor olmanın uyumu olumlu yönde etkilediği sonucunu desteklemektedir.

Hastaların hastalığın türüne göre psikososyal uyum ve alt gruplarıpuan ortalamaları incelendiğinde aile çevresi alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur.Hastalığın türüne göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılanileri analizde (LSD); kalp damar hastalığı olanların puanlarının, kalp yetmezliği olanlardan

yüksek olduğu belirlenmiştir.

Psikososyal uyumsuzluk fiziksel sorunlar başta olmak üzere hastalıkla baş etmede bir çok sorunla karşılaşmasına ve sık hastane yatışlarına neden olan faktörler arasında sayılabilir (Özkan, 1993).Bu çalışmada da hastaların %53'ünün son 1 yılda hastanede yatma sayısı 3 ve üzerinde bulunmuştur. Sık hastaneye yatan kalp hastalarının meslek, sosyal çevre ve psikolojik distres alanlarının daha çok etkilendiği belirlenmiştir. Mesleki çevre alanındaki olumsuz etkilenmeler, hastaneye sık yatışlara, rapor alıp işe devam edememeye, alınan raporlar nedeniyle iş yeri baskısına maruz kalmaya, hastaların ekonomik sorunlar yaşamalarına ve bununla beraber psikososyal uyumun olumsuz etkilemesine neden olabilmektedir.

5.3. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek ile hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişkinin tartışılması

Kalp hastalığı olan bireyin karşılaştığı problemlerle ve hastalığının meydana getirdiği etkiler ile daha iyi başa çıkmasında alacağı destek önemlidir. Yapılan çalışmalarda kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin hasta ve hastalık üzerinde olumlu etkilere neden olduğu belirtilmektedir.Frasure-Smith ve ark. (2000) yaptığı çalışmada sosyal destek ihtiyacının karşılandığı hastaların, hastalığın yönetiminde daha etkin rol oynadığı ve kalp hastalığı riskinin daha az olduğu belirlenmiştir (Frasure-Smith, 2000).Sosyal desteğin yanı sıra, psikososyal uyum da hastalıkla etkili bir şekilde başa çıkmada ve sağlığı korumada önemli bir faktördür. Psikososyal uyum süreçleri kronik hastalıklarla tanı zamanından itibaren başlar. Türkiye'de ve dünya çapında, kalp hastalığı olan bireylerinalgıladıkları sosyal destek ve psikososyal uyumuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır. Bununla birlikte, çalışma bulguları kronik hastalığı olan diğer hastalarınkilerle benzerdir.

Bu çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek ve psikososyal uyum düzeylerinin birbiriyle olan ilişkisine bakıldığında algıladıkları sosyal destek arttıkça, hastalığa psikososyal uyumlarının da orta derecede arttığı bulundu (r=-0.364, p<.05). Çalışmamızla benzer olarak Karataş'ın (2014) çalışmasında da hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça hastalığa psikososyal uyum da o kadar artmaktadır (Karataş, 2014). Kocaman ve ark. (2007)'nin çalışmasında da algılanan sosyal desteğin yeterli olması durumunda hastalığa psikososyal uyumun daha iyi olduğu bulunmuştur (Kocaman ve ark, 2007). Rızalar ve ark. (2014)'nın meme kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmasında da farklı bir sosyal destek ölçeği kullanmasına rağmen çalışmanın sonucunda yeterli sosyal desteği olan hastaların hastalığa daha iyi psikososyal uyum gösterdiklerini vurgulamışlardır (Rızalar ve ark, 2014). Yine Çınar, (2009)'ın hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında da "daha yüksek sosyal destek daha yüksek uyum" olarak çalışmamızı destekler nitelikte bir sonuç bulmuştur (Çınar, 2009).

PAIS-SR ölçeği Sağlık Bakımına Uyum alt boyutu ile ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır (r=-0.651, p< .05). Algılanan sosyal destek arttıkça sağlık bakımına uyum da artmaktadır. Yani bu da sosyal desteğin iyi olduğunu göstermektedir. Karataş'ın (2014) çalışmasında da sağlık bakımına uyum alt boyutu ve aile,arkadaş, özel bir insan alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Karataş, 2014).

PAIS-SR ölçeği Mesleki Çevre alt boyutu ile aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam sosyal destek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (r=-0.101, p>.05). Çınar'ın (2009) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada da mesleki çevre alt boyutu ve aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam sosyal destek ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Çınar, 2009). Ancak Karataş (2014) çalışmasında mesleki çevre alt boyutu ile toplam sosyal destek puanları arasında anlamı bir ilişki bulmuştur. Bizim çalışmamızda hasta popülsayonunun %81' inin çalışmıyor olması ve tüm kalp hastalıklarının çalışmaya dahil edilmesi bu sonucu oluşturmuş olabilir. Yani bireylerin algıladıkları sosyal destek iyi olsa bile mesleki çevreleri olmadığı için bu alanın etkilenmediğini söyleyebiliriz.

PAIS-SR ölçeğinin aile çevresi alt boyutu ile ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutu ve toplam puanı arasında orta düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmuştur

(r=-0.598, p< .05). Algılanan sosyal destek arttıkçaPAIS-SR ölçeğinin aile çevresi uyumu da artmaktadır. Kalp hastalıklarının risk faktörleri arasında yer alan diyet, yaşam tarzının ayarlanması ve ilaç tedavisinin iyi ayarlanması ile hastalık daha kaliteli yönetilebilir. Bu bağlamda ailenin vermiş olduğu destek ise yadsınamaz bir gerçektir.Karataş'ın 2014 yılında kalp hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada, aile çevresi ve toplam sosyal destek puanı ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında bu çalışmadaki gibi orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (Karataş, 2014). Ghannam ve ark. (2014), koroner kalp hastalarının aile ve arkadaş çevrelerinden daha iyi sosyal destek algıladıklarınıbelirtmişlerdir. Bu çalışma, sosyal desteğin psikososyal refahı koruyan en etkili faktörler arasında olduğunu da ifade etmektedir (Ghannam ve ark., 2014). Buna paralel olarak, çalışmamızda hastaların aile üyelerinden algıladıkları sosyal desteğin diğer alt boyutlar olan arkadaş ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destekten yüksek olduğu bulundu (Ort.=23.52, SS=4.53).

PAIS-SR ölçeği Cinsel İlişkiler alt boyutu ile ÇBASDÖ arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve toplam sosyal destek puanı arasında düşük düzeyli anlamlı bir ilişki vardır. Yani bireylerin algıladıkları sosyal destek ile cinsel ilişkiler uyumu arasında zayıf bir ilişki vardır. Çınar'ın çalışmasında cinsel ilişkiler alt boyutu ile aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve toplam sosyal destek puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Çınar, 2009). Kültürel yapımızın özellikle cinsel anlamda bazı problemleri dile getirmede, var olan problemlere karşı çözüm aramada, cinselliğin bir tabu olarak algılanmasında yarattığı engeller bu sonucun elde edilmesindeki nedenler olarak düşünülmektedir. Aynı zamanda kalp hastalarının efor sarfedeceği zaman sıkıntı yaşayacaklarını düşünmelerinin de cinsel ilişkiler alt boyutunu etkilediği düşünülmektedir.

PAIS-SR ölçeği geniş aile ilişkileri alt boyutu ile ÇBASDÖ aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında zayıf dereceli ilişki bulunmuştur.Karataş'ın 2014 yılında yaptığı çalışmasında ise arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında zayıf dereceli anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve algılanan sosyal destek puan ortalaması arasında orta dereceli anlamlı ilişki bulunmuştur.

PAIS-SR ölçeği sosyal çevre alt boyutu ile aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (r=-0.066, p > .05). Bu çalışmada, Karataş (2014) tarafından yapılan çalışmaya benzer olarak kalp hastalarının psikososyal uyum düzeyinin yetersiz olduğu ve sosyal çevrenin en olumsuz etkilenen alanlardan biri olduğu bulundu. Hasta grubumuzun çoğunun çalışmıyor olması, mesleki çevrelerindeki yetersizliklerin sosyal alanlarını etkilemiş olabileceği, hastalanmadan önce yapmış oldukları aktivitelerini kısıtlamış olabilecekleri düşünülerek bu sonuca ulaştığımızı söyleyebiliriz. Karataş'ın (2014) çalışmasında ise sosyal çevre ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında zayıf derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında çok zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Karataş, 2014).

PAIS-SR ölçeği psikolojik distres alt boyutu ile aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ve sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (r=-0.133, p> .05). Bu çalışma, kalp hastaları arasındaki psikososyal uyum düzeyinin yetersiz olduğunu ve psikolojik distres alanının en olumsuz etkilenen alan olduğunu ortaya koydu. Hastalık nedeniyle çalışma hayatlarının kesintiye uğramış olması, çok sayıda ilaç kullanma, değişen hormonal yapı, arkadaş ilişkilerinin ve sosyal çevrelerinin etkilenmiş olması nedeniyle hastaların içe kapanma, umutsuzluk gibi duyguları yaşayabiliyor olması gibi sebeplerin bu sonucu ortaya çıkarmış olabileceği düşünülmektedir. Karataş'ın (2014) çalışmasında psikolojik alan ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında zayıf derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında çok zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında ise derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Karataş, 2014).

Karataş'ın çalışmasında en olumsuz etkilenen alanlar, sosyal çevre, psikolojik alan ve sağlık bakımına uyum alanları iken, bu çalışmada en olumsuz etkilenen alanlar, mesleki çevre,sosyal çevre, psikolojik alan ve cinsel ilişkiler alt boyutudur (Karataş, 2014). Çınar'ın çalışmasında en olumsuz etkilenen alanlar ise, çalışmamızla benzer olarak mesleki çevre, cinsel ilişkiler ve sosyal çevredir (Çınar, 2009).

Bu çalışmada en olumsuz etkilenen alanların, sosyal çevre, mesleki çevre, psikolojik alan ve cinsel ilişkiler alt boyutu olması bize bu alt boyutların daha çok fiziksel performansa bağlı olması sebebiyle olabileceğini düşündürmektedir. Hastaların yarısından fazlası (%81)'inin çalışmaması da bunu destekler niteliktedir. Kalp hastalarının, hastalığa bağlı yorgunluk yaşamalarının, efor sarfetmekten korkmalarının hatta bir süre cinsel aktivitenin yasaklanmasının da cinsel ilişkileri etkileyeceği düşünülmektedir.

Sosyal destek eksikliğinin, kalp hastalıklarının prognozunu kötüleştirdiği, morbidite ve mortalite oranlarını arttırdığı, hastaların yaşam kalitesini bozduğu, hatta kalp hastalıklarının gelişimini arttırdığı ve psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Barth ve diğerleri, 2010 ; Blikman, Jacobsen, Eide ve Meland, 2014 ; Compare ve diğerleri, 2013 ; Gafarov ve diğerleri , 2013 ; Lee ve diğerleri, 2014 ; Lurie ve diğerleri, 2015 ; Pryor ve diğerleri, 2014).Kalp hastalıklarında bilgilendirici ve psikolojik yaklaşım, yeterli sosyal destek ile birlikte hastaların iyileşmelerinde anahtar rolü üstlenmektedir. Hastaların büyük bir kısmı, özellikle iyileşmenin ilk aşamalarında, günlük yaşam aktivitelerini yürütmek için sosyal, fiziksel ve duygusal desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (White, Bissell ve Anderson, 2010).

Kalp hastalığına sahip bireyler için sağlıklılığın devamı, günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesi ve hastalığa psikososyal uyumun sağlanması için sosyal destek kaynakları gereklidir. Bu anlamda hemşirelerin hastaların sosyal destek kaynaklarını belirlemesi ve psikososyal uyumlarını değerlendirmesi çok önemlidir.

BÖLÜM 6. SONUÇ

Bu bölümde, araştırmanın kimliği, süreci ve elde edilen sonuçların özetlendiği bir özet, elde edilen bulguların yorumlandıktan sonra araştırma ile varılan nokta anlamında bir yargı ile araştırılan problemin çözümü için başka hangi çalışmaların yapılmasının gerekli görüldüğüne ve mevcut araştırmanın alandaki egemen kuram ve uygulamalara muhtemel katkısının neler olabileceğine ilişkin araştırmacının özgün değerlendirmelerini içeren bir öneriler bölümü yer almıştır.

6.1.Özet:

Amaç: Bu çalışma kalp hastalığı olan hastalarda, hastalığa psikososyal uyum ve algılanan sosyal desteği değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini 01/12/2017, 01/06/2018 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde kalp hastalığı tanısı ile yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 100 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veriler, benzer literatürler taranarak elde edilen 17 soruluk Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, 46 soruluk Hatalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. İkili bağımsız grupların karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında Varyans Analizi kullanılmıştır. Sosyal destek ve alt boyutları ile psikososyal uyum ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı, verilerin normallik dağılımı için de Skewness Ve Kurtosis kat sayıları kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların toplam algılanan sosyal destek düzeyi incelendiğinde; Hastaların toplam algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan Cinsiyet, yaş, birlikte yaşanılan kişiler, çocuk sayısı, eğitim durumu ve ekonomik duruma göre ÇBASDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde; Hastaların toplam psikososyal uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan Yaş, ekonomik durum, çalışma durumu, hastalık süresi, sigara kullanma durumu ve bir günde alınan ilaç sayısına göre PAIS-SR toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastalığa psikososyal uyum alt grupları içinde; mesleki çevre puan ortalaması en yüksek iken, geniş aile ilişkileri puan ortalaması en düşüktür. En fazla olumsuz etkilenen alanın mesleki çevre olduğu saptanmıştır. Hastaların en iyi uyum gösterdiği alanın geniş aile ilişkileri alanı olduğu saptanmıştır.Toplam psikososyal uyum düzeyi açısından değerlendirme yapıldığında puan ortalaması 51'in üzerinde olduğu için hastaların psikososyal uyumunun kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki incelendiğinde;PAIS-SR toplam puanı ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplampuanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). PAIS-SR toplampuanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

Sonuç ve Yorum:

Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde,

Hastaların aileden algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum ve ek hastalık durumuna göre aile puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların, evlilerin ve ekonomik durumu iyi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alancinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, ekonomik duruma göre arkadaş puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve ekonomik durumu iyi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve ekonomik duruma göre özel bir insan puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların, evlilerin ve ekonomik durumu iyi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların, aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması en yüksek, (23.52±4.53) arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalaması ise en düşüktür. (22.3±5.16) Hastalar en fazla ailelerinden destek almaktadır.

Hastaların toplam algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alancinsiyet, yaş, eğitim durumu ve ekonomik duruma göre ÇBASDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve ekonomik durumu iyi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde, hastaların sağlık bakımına uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alanyaş, öğrenim durumu, ekonomik durum ve çalışma durumuna göre sağlık bakımına uyum puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ekonomik durumu orta düzey olanların ve çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların mesleki çevre uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alanyaş, çalışma durumuve son bir yılda hastanede yatma sayısına göre mesleki çevre puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların ve sigara kullanamayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların aile çevresi uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alancinsiyet, öğrenim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu,ve hastalığın türüne göre aile çevresi puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin, ekonomik durumu orta düzey olanların ve çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların cinsel ilişkiler uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alanyaş ve çalışma durumuna görecinsel ilişkiler puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların geniş aile ilişkileri uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alancinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum veçalışma durumuna göre geniş aile ilişkileri puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin, ekonomik durumu orta düzey olanların, çalışmayanların ve sigara kullanmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların sosyal çevre uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alanyaş veçalışma durumuna göre sosyal çevre puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların ve sigara kullanmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastaların psikolojik distress uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alanyaş, ekonomik durum, çalışma durumuna göre psikolojik distrespuan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ekonomik durumum orta düzey olanların ve çalışmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastalığa psikososyal uyum alt grupları içinde; psikolojik distress puan ortalaması en yüksek iken (12.47±6.55), geniş aile ilişkileri puan ortalaması en düşüktür (4.57±3.03). En fazla olumsuz etkilenen alanın psikolojik distress olduğu saptanmıştır. Hastaların en iyi uyum gösterdiği alanın geniş aile ilişkileri alanı olduğu saptanmıştır.

Hastaların toplam psikososyal uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alanyaş, ekonomik durum, çalışma durumuna göre PAIS-SR toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ekonomik durumum orta düzey olanların, çalışmayanların ve sigara kullanmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Toplam psikososyal uyum düzeyi açısından değerlendirme yapıldığında, puan ortalaması 51'in üzerinde olduğu için hastaların psikososyal uyumunun kötü olduğu sonucuna ulaşıldı.

Hastaların algılanan sosyal destek ve hastalığa psikososyal uyum düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde,PAIS-SR toplam puanı ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı

ilişki vardır ($p<0.05$). PAIS-SR toplam puanı arttıkça Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ÇBASDÖ toplam puanı düşmektedir.

Toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile toplam psikososyal uyum puan ortalaması arasındaki negatif yönlü ilişkiden dolayı çalışmamızda, hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça psikososyal uyum puan ortalamasının azaldığı yani psikososyal uyum düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür. Hastaların sosyal destek düzeyi iyi olduğu ölçüde psikososyal uyum düzeyleri de o ölçüde iyi olmaktadır.

6.2.Yargı:

'Kalp hastalarında algılanan sosyal desteğin artması veya azalması, hasta bireyin hastalığa psikososyal uyumunu nasıl etkiler?' sorusuna cevap bulmak amacıyla başladığımız çalışmamızın sonucunda, hastaların sosyal destekdüzeyi arttıkça psikososyal uyum düzeyleri de o ölçüde iyi olmaktadır.

6.3.Öneriler:

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük, sosyal desteği olmayan, anksiyete ve depresyon riski yüksek olan, stresle başetmede zorluk çeken hastaların daha fazla risk taşıdığı bilinerek, bu grubun dikkatle ele alınması gerekmektedir

-Aileden algılanan sosyal desteği fazla olan hastaların psikososyal uyum düzeyleri de daha iyi olduğundan hastalara yeterli aile desteği sağlanmalıdır.

-Arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyini artırmak için destek gruplarının oluşturulması ve grup etkinlikleri planlanmalıdır.

-Özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyinin artması için hastaların yanında ailesi dışında özel bir insan(doktor/hemşire desteği, akraba desteği gibi) bulunması konusunda girişimler yapılmalıdır.

-Cinsel ilişkiler alt boyutunda görülen cinsel uyum sorunların fazlalığı yüzünden hastaların kendilerini rahat ifade etmesi sağlanmalı, cinsel sorunlarla ilgili araştırma yapılmalıdır.

- Psikososyal uyumun iyi olması için destek gruplarının sürdürülmeli ve daima gruplarla iletişim halinde olunmalıdır.

-Hemşirelerin sosyal destek konusunda ne kadar önemli rol oynadıkları konusunda farkındalıklarının arttırılması ve hemşirenin danışmanlık rolü çerçevesinde bireysel ve demografik özellikler konusunda hassas ve hasta gereksinimlerine cevap verecek nitelikte danışmanlık yapması önerilmektedir.

EK'LER

EK:1 Kişisel Bilgi Formu

1-Cinsiyetiniz nedir?

Kadın( ) Erkek( )

2-Kaç yaşındasınız?

20-29 ( ) 30-39( ) 40-49( ) 50-59( ) 60-69( ) 70-79( )

3-Medeni durumunuz?

Evli( ) Bekar( )

4-Çocuk sayısı?

1() 2( ) 3( ) 4 ve üzeri( )

5-Kiminle yaşadığı?

Yalnız yaşıyor( ) Anne baba ile( ) Eşi ve çocuklarıyla( ) Yakınıyla ( )

Bakıcısıyla( ) Eşiyle( )

6-Eğitim Düzeyiniz nedir?

Okur-Yazar değil( ) Okur yazar( ) İlköğretim( ) lise( ) lisans( ) lisans üstü( )

7-Sosyo-ekonomik durumunuz?

İyi( ) Orta( ) Kötü( )

8-Çalışma durumunuz nedir?

Çalışan( ) Çalışmayan( )

9-Hastalığın türü?

Kalp Ritim Bozuklukları( )Kalp-Damar Hastalıkları( )

Kalbin Yapısal Hastalıkları( ) Kalp Yetmezliği( )

10-Ek hastalık?

Hiç hastalığı yok( ) DM( ) HT( ) HT+DM( )

11-Hastalık ile ilgili eğitim alma durumu?

Evet( ) Hayır( )

12-Sağlık güvencesi

Var( ) Yok( )

13-Kaç yıldır kalp hastası?

1-5( ) 5-10( ) 15-20 ( ) 20-25( ) 25-30( )

14-Sigara Kullanıyor mu?

Evet ( ) Hayır( )

15-Evet ise kaç yıldır?

1-5( ) 5-10( ) 10-15( ) 15-20 ( ) 20-25( ) 25-30( ) 30-35( )35-40( )

16-Günde alınan toplam ilaç sayısı?

1-3() 3-5( ) 5-7 ( ) 7-9( )

17-Son bir yılda hastanede yatma sayısı?

1 kez( ) 2 kez( ) 3 kez ve üstü( )

EK:2 Hastalıpa Psikososyal Uyum Öz Bildirim ölçeği

Bölüm-1

Bölüm 1: Sağlık Bakımına Oryantasyon

1-Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmeniz konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

( ) a-sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim

( )b-sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim

( )c-genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım,fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.

( ) d-sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2-Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

( ) a-hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.

( )b-kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya yorgun ya da meşgul oluyorum

( )c- hastalığımın bakım ve koruması için uygun yaptığım birçok şey var

( )d- hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3-Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz.

( )a-Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar

( ) b-Şuandaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var

( ) c-Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil

( ) d-Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla güvenim yok

4-Şu anda ki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulamaktadır. Doktorlar ve diğer personeller hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

( )a-Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum

( )b-Uygulanan tedavi bende bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar

( ) c-Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi

( ) d-Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

5-Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

( ) a-Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yaratığı tüm sorunları

en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım

( ) b-Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum

( ) c-Hastalığım hem ruhsal, hem fiziksel olarak beni alt-üst etti fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim

( ) d-Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6-Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi anlatan şıkkı işaretleyiniz.

( ) a-Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

( ) b-Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

( ) c-Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum

( )d-Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7-Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden beklentileriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

( ) a-Doktorum ve tıbbi personelim tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi bana şimdiye kadar uygulanan tedavilerin en iyisi,

( ) b-Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor

( ) c-Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar

( ) d-pek çok kez tedavimin hastalığımdan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye değeceğine emin değilim.

8-Sizinki gibi hastalıklarda, hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz

( )a-Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

( ) b-Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil

( ) c-Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

( )d-Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

Bölüm-2

Bölüm 2:Mesleki Çevre

1-Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi v.b yapmanızı engelledi mi?

( ) a-Mesleğimi v.b uygulamamla ilgili bir sorun yok

( ) b-Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler

( ) c-Bazı ciddi sorunlar var

( ) d-Hastalığım, mesleğimi v.b yapmamı tamamen engelliyor

2-Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açsından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

( )a-Kötü durumda

( )b-pekiyi değil

( )c-Yeterli

( ) d-Çok iyi

3-Son 30 gün içinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

( ) a-3 gün ve daha az

( ) b-Bir hafta

( ) c-İki hafta

( ) d-İki haftadan daha çok

4-Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız v.b. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?

( ) a-Şu an hiç önemli değil

( ) b-Oldukça az bir öneme sahip

( ) c-Eskiye göre biraz önemini yitirdi

( ) d-Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5-Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz v.b. ile ilgili amaçlarınızda bir değişikli oldu mu?

( ) a-Amaçlarım değişmez

( ) b-Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

( ) c-Amaçlarım önemli bir ölçüde değişti

( ) d-Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6-Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlendi mi?

( ) a-Sorunlarda büyük artış var

( ) b-Sorunlarda orta derecede bir artış var

( ) c-Sorunlarda az derecede bir artış var

( ) d-Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

Bölüm-3

Bölüm 3: Aile Çevresi

1-Hastalanmanızdan bu yana eşinizle(evli değilseniz birlikte olduğunuz

kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız.

( )a-İyi

( )b-Fena değil

( )c-Kötü

( )d-Çok kötü

2-Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız. (Çocuklar, akrabalar vb)

( )a-Çok kötü

( )b-Kötü

( )c-Fena değil

( ) d-İyi

3-Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

( ) a-Bir engelleme olmadı

( ) b-Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir

( ) c-Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil

( ) d-Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4-Hastalığınızla nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

( ) a-Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

( ) b-Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler

( ) c-Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

( ) d-Bu konuda bir sorun yok

5-Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

( )a-İletişimde bir azalma yok

( )b-Çok az ölçüde bir azalma oldu

( )c-İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

( )d-İletişimimiz önemli ölçüde azaldı, kendimi çok yalnız hissediyorum

6-Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşu, aile v.b.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

( )a-Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum

( ) b-Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil

( ) c-Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum

( )d-Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve

dostlarım var

7-Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

( ) a-Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

( ) b-Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

( ) c-Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

( ) d-Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8-Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

( )a-Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var

( )b-Orta derecede maddi problemlerim var

( )c-Çok az maddi problemim var

( )d-Para ile ilgili bir problemim yok

Bölüm-4

Bölüm 4-Seksüel İlişki

1-Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

( ) a-İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı

( ) b-Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

( ) c-Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı

( ) d-Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

2-Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinden bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

( ) a-Hastalanmamdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum

( ) b-Cinsel istekte belirgin bir azalma var

( ) c-Cinsel istekte hafif bir azalma var

( ) d-Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3-Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

( ) a-Cinsel aktivitede bir azalma yok

( ) b-Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var

( ) c-Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var

( ) d-Cinsel aktiviteler tamamen durdu

4-Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

( ) a- Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu

( ) b- Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var

( ) c- Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var

( ) d -Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5-Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymadan bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

( )a-Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok

( )b-Cinsel performansımla ilgili ufak problemler var

( )c-Önemli cinsel problemlerim var

( )d-Cinsellikten tamamen koptum

6-Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir yada bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derece?

( )a-Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var

( )b-Bu konuda yoğun farklılıklar var

( )c-Bazı farklılıklar var

( )d-Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

Bölüm-5

Bölüm 5:Geniş Aile İlişkileri

1-Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü? (eskisine göre)

( )a-Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu

( )b-Görüşmeler biraz azaldı

( )c-Görüşmeler belirgin ölçüde azaldı

( )d-Hastalık süresince hiç görüşmedik

2-Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz-onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

( )a-Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteği olmadı, ya da çok az bir istek oldu

( )b-Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı

( )c-İlgim bir parça azaldı

( )d-İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha da arttı

3-İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar size bu desteği gösterebiliyorlar mı?

( )a-Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar

( )b-Yeterince yardımcı oluyorlar

( )c-Yardım ediyorlar ama yeterince değil

( )d-Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar

4-Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

( )a-Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu

( )b-Bağlılığım önemli ölçüde azaldı

( )c-Bağlılığım biraz azaldı

( )d-Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5-Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

( )a-İyi

( )b-Fena değil

( )c-Kötü

( )d-çok kötü

Bölüm-6

Bölüm 6: Sosyal Çevre

1-Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşılarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

( )a-İlgim tıpkı eskisi gibi

( )b-Eskisine göre biraz daha az

( )c-Eskisine göre önemli ölçüde az

( )d-Hemen hiç ilgim kalmadı

2-Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşılarınıza devam edebiliyor musunuz?

( )a-Katılımım çok az ya da hiç yok

( )b-Katılımım önemli ölçüde azaldı

( )c-Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi

( )d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3-Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boz zaman etkinliklerine(iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler v.b.)ilgi duyuyor musunuz?

( )a-İlgim tıpkı eskisi gibi

( )b-Eskisine göre biraz daha az

( )c-Eskisine göre önemli ölçüde düşük

( )d-İlgim çok az ya da hiç kalmadı

4-Bu etkinliklere göre eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

( )a- Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok

( )b- Katılımım önemli ölçüde azaldı

( )c-Katılımım biraz azaldı

( )d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5-Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?(sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema.)

( )a-İlgim tıpkı eskisi gibi

( )b-Eskisine göre biraz daha az

( )c-Eskisine göre önemli ölçüde az

( )d-İlgim çok az ya da hiç kalmadı

6-Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

( )a-Katılımım çok az , ya da yok

( )b-Katılımım önemli ölçüde azaldı

( )c-Katılımım biraz azaldı

( )d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

Bölüm-7

Bölüm 7: Psikolojik Baskı

1-Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı

b-Çok az

c-Oldukça fazla

d-Aşırı derecede

2-Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

a-Aşırı derecede

b- Oldukça fazla

c-Çok az

d-Olmadı

3-Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı

b-Çok az oldu

c-Oldukça fazla

d-Aşırı derecede

4-Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

a-Aşırı derecede

b-Oldukça fazla

c-Çok az

d-Olmadı

5-Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

a-Olmadı
b-Çok az oldu
c-Oldukça fazla
d-Aşırı derecede

6-Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

a-Aşırı derecede

b-Oldukça fazla

c-Çok az

d-Olmadı

7-Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı
b-Çok az oldu
c-Oldukça fazla
d-Aşırı derecede

EK:3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

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

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

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

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

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

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

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

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

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

EK:4

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Hastaneleri

HİZMETE ÖZEL

Sayı : 11647525-900

Konu: Araştırma İzin İsteği

REKTÖRLÜK MAKAMI

T.C. Maltepe Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 25.12.2017 tarihli ve 37387824-302.08.01 E.3919 sayılı yazısında bahsi geçen Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programının 16 15 02 110 numaralı öğrencisi Sinem ÇETİNKAYA'nın

"Kalp Hastalarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı" konulu araştırmasını kurumumuzda yapması uygundur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr.ALPERKARAOĞLAN

Başhekim

Tel:216440620 Fax:2163990060 E-Posta:maltepe@maltepe.edu.tr Sekreter

İnternet Adresi: bashekimlik@maltepe.edu www.maltepe.edu.trKepAdresi:maltepeuniversitesi@hs01.kep.tr .tr

EK:5

Ölçek İzni

10/10/2018

Sayın Sinem Çetinkaya,

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz.Başarılar dilerim.

Prof.Dr.HalukArkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

EK:6

Ölçek İzni

15/10/2018

Merhaba Sinem Hanım,

Tezinizde kullanmak üzere 1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Ekli dosyada ölçekle ilgili genel bilgiler bulunmaktadır. İyi çalışmalar.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

EK: 7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

08/11/2017

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **SİNEM ÇETİNKAYA** tarafından yürütülen "**Kalp Hastalarında Hastalığa Psikososyal Uyum Ve Sosyal Destek Algısı**"başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma**hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz**biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1.Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacıkalp hastalığı nedeniyle hastanede yatan hastaların hastalığa psikososyal uyumu ve sosyal destek algısının incelenmesidir.

b. **Araştırmanın İçeriği:** 17 soruluk Kişisel Veri Toplama Formu **,**12 soruluk Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve 40 soruluk Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği(PAIS-SR) 'ni içermektedir.

c. **Araştırmanın Nedeni:** Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
İmzası:

EK: 8

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 08/12/2017
Toplantı Karar Sayısı: 2017/110

Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Sinem ÇETİNKAYA tarafından gönderilen "Kalp Hastalarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı" konulu tez önerisi ve ölçekleri 08/12/2017 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; **"bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk"** gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye

Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Üye

Prof. Dr. Nermin ÇELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Ahmet Zafer ÖZTEK
Üye (Katılmadı)

KAYNAKÇA

1-Ackermann, R.T., Rosenman, M.B., Downs, S.M. (2005) Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. Gen Hosp Psychiatry; 27: 338-343.

2-Adaylar, M. (1995). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

3-Akça Talaz, A., Çınar, S. (2008). Comparison of psychosocial adjustment in people with diabetes with and without diabetic foot ulceration. *Australian Journal of Advanced Nursing*;25:87–96.

4-Akdemir, N., Akyar, İ., (2008). Aterosklerotik kalp hastalıklarından korunma ve hemşirenin sorumlulukları. *İç Hastalıkları Dergisi*,15(3): 125-130.

5-Akdemir, N., Birol, L. (2005). Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N ve Birol L. (Editörler). Ankara: Sistem Ofset, 2. Basım; p:848-852 ve p:193-200.

6-Akeren, İ. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Güvenilirlik ile Psikolojik Yardım İhtiyacının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

7-Akın, S. (2013). Kardiyovasküler Sistem. Durna Z. Editör, İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 147-230.

8-Akın, S. (2003). Kalp yetmezliği hastalarının psikososyal uyumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

9-Akın, S. ve Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;*10(2):1-8.

10-Aktaş, A., Sertel-Berk, H.Ö. (2012). Verilen sosyal destek ölçeğinin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 32(2), 71-84.

11-Alkan, H.Ö. (2014). Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*;5(7):32-40. Doi : https://dx.doi.org/10.5543/khd.2014.004

12-Alkan, H.Ö. ve Enç, N. (2015). Kalp Yetersizliğinde Evde Bakım. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*;6(9):27-41.

13-Alonzo, A.A., Reynolds, N.R., (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction, a model coping. *Social Science & Medicine.,*46(9):1099-1100.

14-American Heart Association. (2012). Heart disease and stroke statistics- 2012 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 125, e2- e220. doi: 10.1161 / CIR.0b013e31823ac046.

15-Annema, C., Luttik, M., Luttik, L., Jaarsma, T. (2009). Reasons for Readmission in Heart Failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologist and heart failure nurses. Heart&Lung;38:427-434.

16-ANSI/AAMI EC57. (1998), Testing and Reporting Performance Results of Cardiac Rhythm and ST Segment Measurement Algorithms, American National

Standard Institute / *Association for the Advancement of Medical Instrumentation*, Arlington, 1999.

17-Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve hemşirelik, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 9, 68-75.

18-Ayaz, S., Efe Yaman, Ş., Korukluoğlu, S. (2008). Jjinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal Medicine Science;*28(6):880-5

19-Aydın, A, Kahraman, N, Hiçdurmaz, D. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 8(1): 40-47.

20-Ayraler, A., Akan, H., Kaspar, Ç., Saper, S.H., Çağlar, İ.M., Türeli, H.O. ve Karakaya, O. (2012). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların kardiyak risk faktörleri ile ilgili önerilere uyumları. *Journal of Academic Research in Medicine*, 2, 59-63.

21-Badır, A., Korkmaz F.D. (2010). Koroner Arter Hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti Aslan F, Editors. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi, 499- 533.

22-Badır D.A. (2014). Koroner arter hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan F. (Ed). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Yenişehir/Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 431-432.

23-Badır D.A. (2014). Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. Karadakovan A ve Aslan FE. Editör, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 497-548.

24-Bahar, A. (2017). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 10(1): 105-111.

25-Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi, 10-38.

26-Barrera, M.Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.

27-Barry,P,. (1996). Psychosocial Nursing Care of Physicallı III Patients and Their Families. 3th.Ed Philadelphia:Lippicott.

28-Baron, R.S., Cutrona, C.E., Hicklin, D. Russell, D.W. and Lubaroff, D.M. (1990). Social support and immune function among spouse of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology,* 59(2), 344–352.

29-Bekkers, M., Knippenburg, F., Dulmen, A., (1997). Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and non-stoma bowel resection: a four year follow-up *Journal of Psychosomatic Research*; 42: 235–244.

30-Birol, L., Akdemir N., (2004). İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Güneş Kitabevi; p: 3-462.

31-Blikman, M. J. C., Jacobsen, H. R., Eide, G. E., & Meland, E. (2014). How important are social support, expectations and coping patterns during cardiac rehabilitation. *Rehabilitation Research and Practice*, 2014, 1–7. https://doi.org/10.1155/2014/973549

32-Bonow R.O., Smaha L.A., Smith S.C. Jr., Mensah G.A., Lenfant C., World Heart Day.(2002). The international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. *Circulation*. 2002;106(13):1602–1605.

33-Botto L.D., ve Correa A. (2003). Decreasing the burden of congenital heart anomalies: an epidemiologic evaluation of risk factors and survival. Prog Pediatr Cardiol; 18 :111-121.

34-Bramwell, L. (1990). Social support in cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing,* 1, 7-13.

35-Bruneau, B.G. (2008). The developmental genetics of congenital heart disease. Nature 451, 943-948.

36-Böke, A. (2012). Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyonu Yapılan Kalp Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensititüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

37-Candan, D. (2002). Oral D. Kardiyoloji. Ankara: Antıp AŞ-Baran Ofset, 1065–1084.

38-Ceylan, A.A. (2004). Ortaöğretim Alan Öğretmenliği Tezsiz Yüksek Lisans Programına Devam Eden Öğretmen Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi,*Sosyal Bilimler Dergisi,*1: 91-102.

39-Cheng, C., Lin, Y., Yang, F., Wang, W., Wu, C., Qin, J., Shao, X., ve Zhou, L. (2011). Mutational screening of affected cardiac tissues and peripheral blood cells identified novel somatic mutations in GATA4 in patients with ventricular septal defect. *TheJournal Biomedical Research* 25, 425-430.

40-Cockayne, S., Pattenden, J., Worthy, G., Richardson, G., ve Lewin, R. (2014). Nurse facilitated selfmanagement support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International Journal Nursing Studies*;51(9):1207- 1213.

41-Cohen, S., Wils, T.A. (1985). Stres, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bultein*, 98(2), 310-357.

42-Corti, R., Fuster, V., ve Badimon, JJ., (2003). Pathogenetic concepts of acute coronary syndromes. *Jornal of the American College of Cardiology*, 41:7S-14S

43-Compare, A., Germani, E., Proietti, R., & Janeway, D. (2011). Clinical psychology and cardiovascular disease: An up- to- date clinical practice review for assessment and treatment of anxiety and depression. Clinical Practice & Epidemiology *in Mental Health*, 7, 148– 156. https://doi.org/10.2174/1745017901107010148

44-Courts, Fleming N. (2000). Psychosocial Adjustment of Patients on Home Hemodialysis and Their Dialysis Partners. *Clinical Nursing Reserach,* 9(2):177.

45-Çam, O., Babacan-Gümüş, A., Yıldırım, S. (2014). Fiziksel Hastalığa Verilen Psikososyal Yansımalar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E. (Editörler). İstanbul Tıp Kitabevi : p.599-635.

46-Çam O., Nehir S., " Studying The Psychosocial Adaptation, Depression And Anxiety Leves Of Patients Who Experienced Myocardial Infarction", *19th European Congress of Psychiatry*, Poster Presentation, 12-15 March 2011, Vienna-Austria.

47-Çapık, C. (2013). Bir Hemşirelik Dergisinde Yayımlanan Makalelerde İstatiksel Güçlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 16:3.

48-Çapık. C. (2014). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 17:3.

49-Çavdar, İ. (1999). Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

50-Çınar, S. (2009). Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. Türkiye Klinikleri *Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 12-18.

51-Değertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M.K. ve ark. (2012). Türkiye'deki Kalp Yetmezliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*;40(4):298-308. https://dx.doi.org/10.5543/tkhda.2012.65 031

52-Değirmenci, F. (2016). Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile sosyal destekleri arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

53-Demir, Ş., Özer, ZC. (2012). Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. *Türkiye Kardiyoloji Dergisi*. 10:182-195.

54-Derogatis, L.R. (1986). The Psychosocial Adjustment to İllnes Scale (PAIS). *Journal Of Psychosomatic Research;* 30(1):77-91.

55-Dilek, F., Ünal, A., Ünsari, S. (2017). İleri Evre Demans Hastasında Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, HSP, 4(2): 125-131.

56-Dirik, G., Şahin, G., (2008). Kişisel özellikleri, hostilite(düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*,9(15):249-266.

57-Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V. (1999). Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: the constribution of salutogenic and pathogenic variables. Israel study group on first acute myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(7), 811-818.

58-Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 101(34), 45-55.

59-Eker, D., Arkar, H., ve Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.

60-Erdemir, F. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

61-Ergör, G. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması: Giriş, B. ÜNAL ve G. ERGÖR. (Editörler). Ankara. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Anıl Matbaacılık, s. 3-5

62-Erşan E.E., Kelleci M., Baysal B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. (Klinik Psikiyatri 2013;16:214-224)

63-ESC Kılavuzları (2012). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 40: 126-128.

64-European Cardiovascular Disease Statistics. (2012). Mortality. European Heart Network, September 2012. (No.16416/93). Belgium: 10-34.

65-Faxon, D.P., Fuster, V., Libby, P., Beckman, J.A., Hiatt, W.R., Thompson, R.W., Topper, J.N., Annex, B.H., Runback, J.H., Fabunmi, R.P., Robertson, R.M., ve Loscalzo, J. (2004). *Aterosklerotic vasculer diease conference : Writing Group ıı pathophysiology.Circulation* 109: 2617-25.

66-Flaherty, J., Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science & Medicine*, 28(12), 1221-1228.

67-Frasure-Smith, N, Lespérance, F, Gravel, G. ve diğerleri. (2000) Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction, *Circulation;*101;1919-1924.

68-Gafarov, V. V., Panov, D. O., Gromova, E. A., Ggaulin, I. V., & Gafarova, A. V. (2013). The influence of social support on risk of acute cardiovascular diseases in female population aged 25- 64 in Russia. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 1– 4. https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21210

69-Ghannam, B. M., Hamdan- Mansour, A. M., Arabiat, D. H., Azzeghaiby, S. N., Al Abeiat, D. D., & Al Badawi, T. H. (2014). Psychosocial wellbeing of patients diagnosed with coronary artery disease. *Psychology*, 5, 801– 807. https://doi.org/10.4236/psych.2014.58091

70-Gorman, L.M., Sultan, D.F. (2014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. (Öz F, Demiralp M. Çev. Editörler). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 3. Basım; p.1-49.

71-Gökdağlı, N. (2014). Algılanan Sosyal Destek ve Duygusal Zekanın Depresyon Üzerindeki Etkileri: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Osmaniye.

72-Guzzetta, C.E., Dossey, B.M., (1992). Cardiovascular Nursing Holistic Pratice. *Mosby Year Book*, San Francisco, 190:291.

73-Güven, H., Bakiler, A.R., Kozan, M., Aydınlıoğlu, H., Helvacı, M., ve Dorak, C. (2006). Yenidoğan servislerinde konjenital kalp hastalıkları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 8-11. Erişim 25.08.2019, http://www.cshd.org.tr/?fullTextId=181.

74-Heller, K.R.W., Swindle, L.D. (1986). Componenet social support process: comment and ıntegration. *Journal Consultan Clinical Psychology*, 54(4), 466- 470.

75-Hoffman, J.I., ve Kaplan, S. (2002). The incidence of congenital heart disease. *Jounal of the American College Cardiology* 39, 1890-1900.

76-Hurdle, D.E. (2001).Social support: A critical factor in womens' health and health promotion. *Health and Social Work.*

77-Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007).Iasc Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Geneva.* 2007. Http://Www.Who.İnt/Mental_Health/Emergencies/Guidelines_İasc_Mental_He alth_Psychosocial_June_2007.Pdf. erişim tarihi: 28.07.19.

78-International Council of Nurses (ICN). (2010). Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care. *International Nurses Day. Geneva*: ICN; 2010.

79-International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC).(2009). *Community-Based Psychosocial Support Participant's Book. Denmark*; p:20.

80-İlerigelen, B. (2010). Yaşlılarda Kalp Yetersizliği. *Turkish Journal of Geriatry*;2(suppl):21-32.

81-Jung, J. (1987). Toward a social psychology of social support. *Basic and Applied Social Psychology*, 8(1,2), 57-83.

82-Kaçmaz, N. (2003). Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabaları. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

83-Kaçmaz, N. (1998). Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve biyopsikososyal uyum ve Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul-Türkiye: 198-208.

84-Kahraman, B.B. (2017). Sağlığın Geliştirilmesi. (S. Ayaz Alkaya, Ed.). Sosyal Destek ve Sağlığın Geliştirilmesi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 136-146.

85-Karaaslan, A. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi Ankara.

86-Karadakovan, A., EtiAslan, F. (2010). Sinir Sistemi Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana: Nobel Kitapevi; p.1203-1207.

87-Karataş, T., Bostanoğlu H. (2017). Perceived Social Support and psychosocial adjusment in patients with coronary herart disease. İnternational Journal of Nursing Practice. https://10.1111/ijn.12558

88-Kasapoğlu, E.S. ve Enç, N. (2017). Kronik Kalp Yetersizliğinin Bakım Yönetiminde Hemşireler İçin Bir Rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*;8(16):35-44.

89-Kaya Örs, Ş. (2008). Torakotomi sonrası gelişen kardiyak aritmiler. Pamukkale Üniversitesi Uzmanlık Tezi. Denizli.

90-Kef, S. (1997). The Personel Networks and Social Supports of Blind and Visually Impaired Adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91, 236–244.

91-Khorshid, L., Arslan, G.G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. Dirim, 81(1), 182-188.

92-Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G.G. ve Çınar, Ş. (2004). The evaluation of loneliness level of elderly individuals residing in rest homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(1), 45-50.

93-Kim, J.H., Mcmahon, B.T., Hawley, C., Brickhamd, Gonzalez R, Lee D.H. (2016). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a virtue based model, *JournalOf Occupational Rehabilitation*, 26: 45-55.

94-Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., ve Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. Heart & Lung, 34(1), 39-50. 41.

95-Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 11(1):101-111.

96-Kocaman, N., Kutlu, Y., Özkan, M. ve Özkan, S. (2007). Predictors of Psychosocial Adjustment in People With Physical Disease. *Journal Of Clinical Nursing*;16(3a)6-16.

97-Korkut, Bayındır S., Ünsal, A. (2016). Sık Görülen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 6(2): 115-119.

98-Kumbasar, D., Kalp Sağlığı, Türk Geriatri Derneği, erişim tarihi: 24/08/19 http://www.turkgeriatri.org/pdfler/kalpsagligi.pdf.

99-Lambrinou, E., Kalogirou, F., Lamnisos, D., ve Sourtzi, P. (2012). Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing readmissions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of NursingStudies*;49:610- 624.

100-Lee, D. T., Choi, K. C., Chair, S. Y., Yu, D. S., & Lau, S. T. (2014). Psychological distress mediates the effects of socio- demographic and clinical characteristics on the physical health component of health- related quality of life in patients with coronary heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21, 107– 116. https://doi.org/10.1177/2047487312451541

101-Lepore, S.J., Evans, G.W., ve Schneider, M.K. (1991). Dynamic role of social support ın the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 899-909.

102-Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to choronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bultein*; 44,3:151-160.

103-Londono, Y., Mcmillan, D.E. (2015). Psychosocial adaptation: an evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language. LAN, 2504-2519.

104-Lurie, I., Myers, V., Goldbourt, U., & Gerber, Y. (2015). Perceived social support following myocardial infarction and long- term development of frailty. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22, 1346– 1353. https://doi.org/10.1177/2047487314544575

105-Luttik, M.L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman R., ve Van Veldhuisen, DJ. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162-169.

106-Martinez, L.G., Bucher L., (2005). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. *Medical Surgical Nursing. Discover books*, USA. 784-785

107-Maville, J.A., Huerta, C.G. (2002). Health promotion in Nursing, Huerta CG, Welborn J,The Role of The Nurse in Health Health Promotion Throughout the Lifespan, Greiner PA, Fain JA, Edelmen CL, Health Defined:Objectives for Promotion and Prevention, P:3-25, fifth edition, Mosby, USA.

108-Mazanec, S.R., Daly, B.J., Douglas, S., Musil, C. (2011). Predictors of psychosocial adjustment during the postradiation treatment transition. *Western Journal of Nursing Research*;33:540-559.

109-McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Böhm, M.,Dickstein, K ve ark. (2012). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*; 40(sup2):77-137.

110-Mensah, G.A. (2003). A heart-healthy and "stroke-free" world through policy development, systems change, and environmental supports: *A 2020 vision for Sub-Saharan Africa*. Ethnicity and Disease, 13(2):12-2.

111-Mohr, D.C., Cox, D. (2001). Multiple Sclerosis: Empirical Literature For The Clinical Health Psychologist. *Journal Of Clinical Psychology*; 57(4):479-499.

112-Moore KL, Dalley AF: Clinically Oriented Anatomy, %th ed. Baltimore, Lippincott Williams&Wilkins, 2006

113-Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., ve Gallo, B. M., (2013). Critical Care Nursing: A Holistic Approach , 10th ed., Lippincott Williams & Wilkins, Burlington.

114-Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K. ve ark. (2015). Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*.;131(4):e29-322.

115-Niti, M., Ng, T.P., Kua, E.H., Ho, R.C.M., Tan, C.H. (2007) Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. Int J Geriatr Psychiatry; 22: 1087-1094

116-Okanlı, A., Tortumluoglu, G., Kırpınar, I. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 99.

116-Onat, A. (2009).TEKHARF çalışması Available at: http://tekharf.org/ erişim:25/08/2019).

117-Onat, A., Uzunlar B., Hergenç G., Yazıcı M., Uyarel H., Toprak S., Özmay M., ve Sansoy V. (2003). Coğrafi bölgelerimizde risk değişkenlerinin ve global koroner riskin dağılımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 31:323-330.

118-Onat, A., Şurdum, G., Şenocak, M., Örnek, E., Gözükara, Y., Karaaslan, Y., Özışık, U., İşler, M., Tabak, F., Özcan, R. (1991). Türkiye'de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması:3. Kalp hastalıkları prevalansı. *(Türk Kardiyoloji Derneği ve T.C. Sağlık Bakanlığı ortak taraması). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 19:26-33.

119-Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., ve Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. Psychiatry (Edgmont), 4(5), 35–40.

120-Öğütçü, Y. (2018). Çocuk Destek Merkezlerinde Kalan 12-18 Yaş Arası Kız Çocuklarının Algıladıkları Sosyal Destek ve Karar Verme Becerileri Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: İç Anadolu Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

121-Öner, Ö.İ. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.

121-Öyke, N. (2008). *Behçet hastaları hastalığa psikososyal uyumu*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

122-Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.

123-Özbaş, A.A. (2008) Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

124-Özer, S. ve Sezgin, D., (2015). Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni;7(4).

125-Özkan, S. (1994). Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. İstanbul.

126-Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E. (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Semptomlar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics.

127-Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: KonsültasyonLiyezon Psikiyatrisi. İstanbul: *Roche* 83-291.

128-Özkan, S. (1993). Psikiyatrik tıp konsültasyon liyezon psikiyatrisi.*Roche yayınları*103-108.

129-Palabıyıkoğlu, R. (2000). Kriz e Krize Müdehale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, birinci basım, Ankara: Damla Matbaacılık, Ankara.

130-Pierpont, M.E., Basson, C.T., Benson, D.W., Jr., Gelb, B.D., Giglia, T.M., Goldmuntz, E., McGee, G., Sable, C.A., Srivastava, D., Webb, C.L., ve diğerleri (2007). Genetic basis for congenital heart defects: current knowledge: a scientific statement from the American Heart Association Congenital Cardiac Defects Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young: *endorsed by the American Academy of Pediatrics. Circulation* 115, 3015-3038.

131-Pryor, T., Page, K., Patsamanis, H., & Jolly, K. A. (2014). Investigating support needs for people living with heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 166– 172. https://doi.org/10.1111/jocn.12165

132-Ramirez, M.J., Ferriol, E.E., Doménech, F.G., Llatas, M.C., ve diğerleri. (2003). Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology Head Neck Surgery;*129(1):92-97.

133-Reddy, P., Dunbar, J.A., Morgan, M.A.J. ve ark. (2008) Coronary heart disease and depression: getting evidence in to clinical practice, Stress Health; 24: 223-230.

134-Rızalar, S., Özbaş, A., Akyolcu, N., ve Güngör, B. (2014). Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(8), 3429-3434.

134-Riegel, B., Gocka, I. (1995). Gender-Related differences after myocardial infarction: gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. Heart & Lung, 24(6), 457-466.

134-Rockwell, J.M., Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. Heart & Lung, 30(1), 18-25.

135-Rodeman, B.J., Conn, V.S., ve Rose, S. (1995). Myocardial infarction survivors: Social support and self-care behaviors. *Rehabilitation and Nursing Research*, 4, 58-63.

136-Rosamond, W., Flegal, K., Friday, G., ve diğerleri. (2007). Heart disease and stroke statistics 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation,*115:165–171.

137-Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., and Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

138-Saunders, J.C. (2003). Families living with Severe Mental Illness Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (2), 175-198.

139-Secil M, Temel Ultrasonografi ve Doppler, 1.baskı, Meta Basım Matbaacılık, 2008.

140-Semerci, A.B. ve Ergeneli, A. (2018). The Impacts of Social Support Types and Sources on Psychological Ownership. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* 19(2): 11-23.

141-Sevinç, S., (2017). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ed: Ovayolu N, Ovayolu Ö, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları İle Koronik Hastalıklar, Nobel Tıp Kitabevi, 114-147.

142-Sevinç, S. (2016). Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N., Ovayolu Ö. (Ed). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Çukurova/Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 211-215.

143-Shapiro, P.A., (2007). Kardiyovasküler Bozukluklar. Ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry , Ed. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Çeviri editörleri : Aydın H, Bozkurt A, Güneş Kitapevi, Ankara.

144-Shumaker, S.A., Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.

145-Sorias,O.(1988). Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 353-357.

146-Sullivan, M.D., (2003). Hope and hopelessness at the end of life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(4):393-405.

147-Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology,* 113(2), 187–202.

148-Tennant, C., McLean, L. (2001). The impact of emotions on coronary heart disease risk. *Journal of Cardiovascular Risk,* 8:175-83.

149-Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., ve diğerleri (2006). Heart disease and stroke statistics update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation,*113:e85–e151.

150-Thygesen, K., Alpert J.S., Jaffe A.S., Simoons M.L., ve Chaitman B.R. (2013). Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.,*3:129-145.

151-TKD.(2015-2020). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı. Ankara.

152-Tokgözoğlu, L., Yılmaz, M.B., Abacı, A., Altay, H., Atalar, E., Aydoğdu, S., ve ark. (2015). Türkiye'de KalpYetersizliğiYolHaritası.TKDYayını1,31.http://tkdonline.org/PDFs/KY/KYYolHaritas%C4%B1_151117.pdf Erişim tarihi: 25.08.2019.

153-Torun, A. (1995). *Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme* (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

154-Türk Kardiyoloji Derneği, Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi kılavuzu. 2017 http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm, erş tarihi:31.8.19.

155-Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, (2017). https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/olum_istatistikleri_2017.pdf (Erişim tarihi: Ağustos 2019).

156-Türkmen, E. (2012). Koroner arter hastalıkları ve bakım. Durna Z. (Ed.), Hadımköy/İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 111-118.

157-Türkmen, S.N., Çam, M.O. (2012). Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 3(3), 105-115.

158-Türten, K.T. ve Akdemir, N. (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Journal of Psychiatric Nursing*;7(2):61-67.

159-TÜSİAD. (2012). Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü. İstanbul: Sis Matbaacılık.

160-Yancy, C.W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D.E., Drazner, M.H., veJohnson, M.R. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation*;128(16):e240-327.

161-Yildiz, E, Aşti, T. (2015). Determine the relationship between perceived social support and depression level of patients with diabetic foot. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 14(1): 59.

162-Yılmaz, E.B., Ergun, A. (2010). Kalp Yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 26(3), 1-10.

163-Yu, D.S.F., Thompson, D.R., Lee, D.T.F. (2006). Disease management programmes for older people with heart failure: Crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*;27:596–612.

164-Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

165-Zuidersma, M., Conradi, H.J., Melle, J.P.V. ve diğerleri. (2012). Self-reported depressive symptoms, diagnosed clinical depression and cardiac morbidity and mortality after myocardial infarction. *Int J Cardiol*(doi:10.1016/j.ijcard.2012.07.002). Erişim:07.06.2019, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527312009394#

166-Watt, S., Roberts, J., Browne, G., Gafnı, A. (2005).Age, adjustment, and cost: A study of chronic illnesses. Soc. Sci. Med. Whittemore, R., D'Eramo, M.G., Grey, M. (2005). Metabolic control, selfmanagement and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 195-203.1997; 44 (10):1483-149.

167-White, S., Bissell, P., & Anderson, C. (2010). Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines; implications for service development. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, 47–53. https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009103

168-Whittemore, R., Melkus, G.D., Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management an psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14:195–203.

169-Winemiller, D.R., Mitchell, E., Sutliff, J., Cline, D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(5), 638-648.

170-World Health Organization (WHO). (2008). The top ten causes of death. Fact sheet No 310 / 2008.

171-Wolf, M., ve Basson, C.T. (2010). The molecular genetics of congenital heart disease: a review of recent developments. *Current Opinion in Cardiology* 25, 192-197

172-World Health Organization. (WHO). (2011). World health statistics, (Electronic Journal). Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf. Erişim Tarihi: 15.09.2018.