



**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ALGILANAN
SOSYAL DESTEK VE ÖLÜM ANKSİYETESİ
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

Mehmet YILDIZ

Danışman: Doç. Dr. Meryem FIRAT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2024
Her hakkı saklıdır**

Mehmet YILDIZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS

2024

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS

**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL
DESTEK VE ÖLÜM ANKSİYETESİ DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ**

Mehmet YILDIZ

Danışman: Doç. Dr. Meryem FIRAT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2024
Her Hakkı Saklıdır.**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

“Kalp Yetmezliği Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Ölüm Anksiyetesi Düzeyinin Belirlenmesi” isimli “Yüksek Lisans” tezim tarafımda intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Araştırmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, araştırmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 01/07/2024

(İmza)

Mehmet YILDIZ

ÖZET

Yüksek Lisans

KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE ÖLÜM ANKSİYETESİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Mehmet YILDIZ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem FIRAT

Amaç: Araştırma kalp yetmezliği tanısı almış hastalarda algılanan sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan araştırmanın evrenini Ağustos 2023 ve Temmuz 2024 tarihleri arasında Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların tümü oluştururken, örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 221 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmış ve veri toplama formları olarak Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği” kullanılmıştır. Değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olarak t testi ve ANOVA, parametrik olmayan değişkenler için ise Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %45.2’sinin kadın, %79.6’nın evli olduğu ve %38.9’ unun eğitim düzeyinin ilköğretim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puan ortalaması ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r: -.0146$; $p<.0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda kalp yetmezliği tanısı almış hastalarda algılanan sosyal destek arttıkça ölüm anksiyetesi düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Kalp yetmezliği hastalarında algılanan sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeyinin birbirlerine olan etkisi incelenerek danışmanlık, eğitim ve destek gereksinimleri belirlenebilir.

2024, 73 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Hemşirelik, Kalp Yetmezliği, Ölüm, Sosyal Destek.

ABSTRACT

MSc/PhD Thesis

DETERMINATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND DEATH ANXIETY LEVEL IN HEART FAILURE PATIENTS

Mehmet YILDIZ

Erzincan Binali Yıldırım University
Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing

Supervisor: Doç. Dr. Meryem FIRAT

Purpose: The research was conducted to determine cardiac therapy therapy, recorded social support and death anxiety.

Materials and Methods: The population of the descriptive and cross-sectional study consisted of all patients who applied to the cardiology outpatient clinic of Siirt Training and Research Hospital between August 2023 and July 2024, while the sample consisted of 221 patients who met the criteria for inclusion in the study The data were collected face to face by the researcher and Personal Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Abdel Khalek Death Anxiety Scale were used as data collection forms. To compare variables, t test and ANOVA were used parametrically, and Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and correlation analysis were used for non-parametric variables.

Results: It was determined that 45.2% of the patients participating in the study were women, 79.6% were married, and 38.9% had primary school education. A statistically significant correlation was found between the Abdel Khalek Death Anxiety Scale mean score and the Multidimensional Perceived Social Support Scale score ($r: -.0146; p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the research, it was determined that the level of death anxiety decreased as perceived social support increased in patients diagnosed with heart failure. Counseling, education and support needs can be determined by examining the effects of perceived social support and death anxiety levels in heart failure patients.

2024, 73 Pages

Keywords: Anxiety, Cardiac Therapy, Death, Social Support, Nursing.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca gerek insani, gerekse bilimsel konularda her zaman desteğini hissettiğim, önerileriyle bana ışık tutan, hoşgörülü, sabırlı, en güzel rehber olarak gördüğüm, saygıdeğer danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meryem FIRAT'a,

Yüksek lisans eğitim sürecimde her zaman desteğini yanımda hissettiğim ve bilgi birikimini esirgmeden benimle paylaşarak yol gösteren sınıf arkadaşım, değerli abim Öğr. Gör. Mesut İNCİ'ye

Meslek hayatıma adım attığım andan itibaren her desteği gösteren, mesleki deneyimleri ile beni aydınlatan çok kıymetli meslektaşlarıma ve çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Uzakta da olsalar her zaman yanımda olduklarını bildiğim, desteklerini hissettiğim, lisans eğitimimin bana kazandırdığı çok sevgili yol arkadaşlarım, meslektaş olmaktan onur duyduğum değerli insanlara,

Başarılarımın esas sahibi olan, duyduğu gururu gözlerinde dolu dolu hissettiren canım eşim Sidar YILDIZ'a ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Mehmet YILDIZ

Temmuz 2024

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Kabul ve Onay.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	v
TABLolar LİSTESİ	viii
Sayfa.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Kalp Yetmezliği.....	3
2.1.1. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları.....	3
2.1.2. Kalp Yetmezliği Tedavisi	2
2.2. Anksiyete.....	3
2.2.1. Ölüm Anksiyetesi	4
2.2.1. Ölüm Anksiyetesini Etkileyen Değişkenler	5
2.2.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Ölüm Anksiyetesi ve Hemşirelik Bakımı	10
2.3. Sosyal Destek.....	13
2.3.1. Sosyal Destek Türleri	15
2.3.2. Sosyal Destek Modelleri	15
2.3.3. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesine Yönelik Sosyal Destek.....	18
2.3.4. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü	21
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Amacı.....	23
3.2. Araştırmanın Tipi.....	23
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Veri Toplama Araçları	24
3.7. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	25
3.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2).....	25
3.9. Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (AKÖAÖ) (EK 3)	25
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.11. Araştırmanın Etiği.....	27
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	27
4. BULGULAR	28
5.TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR	52
EKLER	65
Ek-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	67
Ek-3. Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	68
Ek-5. Kurum İzin Kararı	70
Ek-6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	71
Ek-7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzin Belgesi	72
Ek-8. Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği İzin Belgesi.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	74

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri.....	28
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Özelliklerine Ait Bulgular	29
Tablo 4.3. Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 4.4. ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Hastaların Sağlıkları ile İlişkili Etmenlerle Karşılaştırılması	32
Tablo 4.6. AKÖAÖ Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması..	33
Tablo 4.7. AKÖAÖ Puan Ortalamalarının Hastaların Sağlıkları ile İlişkili Etmenlerle Karşılaştırılması	34
Tablo 4.8. Yaş ve Çocuk Sayısının AKÖAÖ ve ÇBASDÖ Değişkenleri ile İlişkisi...	35
Tablo 4.9. Hastaların AKÖAÖ ve ÇBASDÖ Değişkenleri ile İlişkisi.....	35

SİMGELER ve KISALTMALAR

ARB	Anjiyotensin reseptör blokeri
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EF	Ejeksiyon fraksiyonuna
F	ANOVA
HFrEF	Düşük ejeksiyon fraksiyonu ile kalp yetmezliği)
KY	Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MI	Miyokard infarktüs
OKB	Obsesif kompulsif bozukluk
AKÖAÖ	Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
PND	Paroksimal noktürnal dispne
R	Pearson korelasyon katsayısı
Ss	Standart sapma
SV	Sol ventrikül
T	Bağımsız gruplarda t testi
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
$\bar{x}$	Ortalama
χ^2	Kruskall Wallis H testi
YAB	Yaygın anksiyete bozukluğu
Z	Mann Whitney U testi

1. GİRİŞ

Kalp yetmezliği, kardiyovasküler hastalıklar arasında önemli bir yer tutan, hayat kalitesini düşüren ve mortalite oranı yüksek bir hastalıktır (Bayrak ark., 2019). 65 yaş üstündeki hastaların en sık hastaneye başvurma sebebi kalp yetmezliğidir (Hunt, 2005). Hastalığa yönelik tıbbi gelişmeler sayesinde sağkalım oranı artmaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile beraber kalp yetmezliği hastaları solunum sıkıntısı, ödem, pulmoner konjesyon, depresyon, ağrı, halsizlik ve stres gibi semptomlara daha uzun süre maruz kalmaktadırlar (Shah, 2013). New York Kalp Birliği (NYHA) fonksiyonel sınıflamasının ileri derecelerindeki kalp yetmezliği hastaları ölüme yakın semptomlar yaşamaya başlar (Evangelista, 2012). Ölüme yakınlık beraberinde korku ve endişeyi artırır, bunun sonucunda karşılaşılan semptomlara karşı tolerans azalır (Adler, 2009).

Ölüm anksiyetesi; endişe, sıkıntı, korku ve güçsüzlük duygusu da dahil olmak üzere ölümle ilgili farkındalığın neden olduğu tutumdur. Ölüm anksiyetesi korku, umutsuzluk, güçsüzlük gibi duygularla stres oluşturarak fiziksel rahatsızlığın ilerlemesine neden olabilir (Frencha, 2017). Kalp yetmezliği hastalarında kaygının artması, yaşamın sonunun geldiği düşüncesi ile ölüm anksiyetesi artar (Adler, 2009). Sosyal destek ise bireyin sosyal ilişkilerle sahip olduğu duygusal, pratik ve moral destek şeklinde tanımlanabilir. Sosyal destek, hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarında önemli bir kaynak olabilir (Kahraman, 2017). Sosyal bir varlık olan insan bedensel, sosyal, duygusal ve çevresel birçok değişimi yaşadığı dönemlerde yakınlarının desteğine gereksinim duymaktadır (Doğan, 2019). Kalp yetmezliğinde ortaya çıkan belirti ve bulgular, ilaçların yan etkileri ve psikososyal problemler hastaların sosyal destek gereksinimlerini arttırabilir (Krumhollz ve ark., 1998; Rector ve ark., 2006). Yapılan araştırmalar algılanan sosyal destek ile kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Bennett ve ark., 1998; Westlake ve ark., 2002; Demir Barutçu, 2011). Özellikle eşlerden gelen sosyal desteğin azalmasının, diğer destek ağlarına göre (arkadaş, akraba) tekrarlı yatışları ve mortaliteyi arttırdığı

belirtilmektedir (Murberg, 2004). Bununla birlikte, algılanan sosyal destek ile ölüm anksiyetesi düzeyi arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır (Önalgil, 2012; Örsal ve ark., 2012; (Vatan ve Gençöz, 2007; Gündoğan, 2022).

İnsanların sağlıkla ilgili bir problemi oluştuğunda, yaşamdan doyum alma düzeyleri ve sosyal ilişkileri bozulabilir. İnsanlar stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında çevresinden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilmektedir (Aksüllü ve Doğan 2004). Sosyal desteği olanlar, daha kolay iyileşmekte, yaşam kaliteleri yükselmekte ve hastalıklarla baş etme güçleri artmaktadır (Luttik ve ark., 2005; Ardahan, 2006). Sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hasta ile en çok zaman geçiren hemşirelere düşmektedir. Sosyal destek sağlamada hemşire, öncelikle bireyin destek kaynaklarını belirlemeye ve stres yaşayan bireye ne tür desteğin yarar sağlayacağını tespit etmeye çalışmalıdır. Hemşirelerin hastaların algıladıkları sosyal desteği arttırmaya yönelik girişimleri; aile ilişkilerinin güçlendirilmesini sağlamak, bireyin sosyal destek kaynaklarının farkına varmasını sağlamak, aileye ve bakım verenlere hasta için sosyal desteğin önemini anlatmak, hasta ve ailesine bu konuda eğitim vermek olarak sıralanabilir. Bu sayede hasta ve aile üyeleri tedaviye daha kolay uyum sağlayabilir ve bakım yönetimine katılabilir. Hemşirelerin hastanın sosyal destek sistemlerine işlerlik kazandırması hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Kalp yetmezliği hastalarının algıladıkları sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeyine yönelik çalışmaya ulaşamadığı için bu araştırma kalp yetmezliği hastalarının algıladıkları sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeyini belirlemek amaçlı planlanmıştır. Kalp yetmezliği hastalarının algıladıkları sosyal destek özelliklerinin ölüm anksiyetesi düzeyine olan etkisinin belirlenmesi, hastaları destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Kalp yetmezliği olan hastalarda algılanan sosyal destek düzeyi nedir?
2. Kalp yetmezliği olan hastalarda ölüm anksiyetesi düzeyi nedir?
3. Kalp yetmezliği olan hastaların çeşitli değişkenleri algılanan sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeyleri üzerinde etkili midir?

4. Kalp yetmezliği olan hastalarda algılanan sosyal destek düzeyi ile ölüm anksiyetesi düzeyi arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, myokardın pompalama yeteneğinin zayıflaması sonucu dokulara yeterli oksijen gönderilememesi ile ortaya çıkan patolojik durumdur (Akdemir, 2021; Hall ve ark., 2013). Kalp yetmezliği sadece hemodinami ile açıklanabilecek kadar basit bir pompa bozukluğundan öte yaşamı her yönüyle etkileyen, aktivite intoleransı, sıvı retansiyonu, dispne gibi belirtilerle yaşam kalitesini düşüren kompleks bir tablodur (Brotons ve ark., 2009). Myokardın en önemli görevi uygun kalp debisini üretmektir (Narin ve ark., 2014). Kalp yetmezliğinin temel sebebi sol ventrikülün işlevini yerine getirememesiyle kardiyak debinin azalmasıdır (Tandoğan, 2007). Kardiyak debinin azalması ile dolaşım sisteminde konjesyon denilen göllenme görülür ve kalp yetmezliği tablosu gelişir (Ervin, 2006). Kalp yetmezliği ile ortaya çıkan tabloyu düzeltmek için sempatik sistem uyarılır (La Franca ve ark., 2021). Sempatik sistemin aktive edilmesiyle damarlarda vazokontrüksiyon oluşur Buna bağlı olarak kalbin hızında ve kasılmasında artış meydana gelir. Bu durum kısa süreli olarak durumu kompanse etse bile uzun vadede myokardın oksijen gereksinimini artıracak için kalp için zararlı bir durum haline gelecektir (Dickson ve ark., 2007).

2.1.1. Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları

Kalp yetmezliğinde spesifik bir semptom söz konusu değildir. Kalp yetmezliği klinik bir tanıdır. Hasta şikâyetlerinin temeline bakıldığında sıvı ve sodyum tutulumundaki artış kaynaklı olduğu görülmektedir. Belirleyici bir semptom olmadığı için kalp yetmezliğine benzeyen belirti ve bulgulara sahip hastalıklar arasında net bir ayırım yapmak kolay değildir. Özellikle başlangıç evresindeki hastalarda kalp yetmezliği tespiti oldukça zordur. Yine de fizik muayenede juguler venöz dolgunluğun artmış olması, paroksimal noktürnal dispne (PND), apikal vurunun laterale kayması kalp yetmezliğine işaret eder (Demir, 2008).

Bu semptomlar ise sağ ve sol kalp boşluklarının basınç artışı ve kardiyak debinin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkar (Akbıyık, 2016).

- Nefes darlığı (dispne, efor dispnesi, ortopne, PND)
- Ödem ve sıvı retansiyonu
- Serebral semptomlar (bellekte bozulma, konfüzyon, uykusuzluk, anksiyete)
- Halsizlik, yorgunluk
- Çarpıntı
- Ayaklarda ödem, şişlik
- Noktüri, oligüri
- Bulantı, iştahsızlık

a) Nefes Darlığı: Kalp yetmezliğinin en yaygın belirtisidir. İlk aşamalarda yalnızca egzersiz sırasında ortaya çıktığından, bunun adı egzersize bağlı dispne olarak geçer. Kalp yetmezliği olan bireylerde dispne ile normal hastaların egzersiz sırasındaki dispnesi arasındaki fark, bu durumun ortaya çıkması için gereken çabadır. Nefes darlığı, sol ventrikül yetmezliğinin temel belirtisi olup, zamanla egzersiz sırasında dispne, ortopne, PND, istirahatte dispne ve akciğer ödemi şeklinde kendini gösterir (Akbıyık, 2016).

b) Ödem ve Sıvı Tutulumu: Sağ atriyal basınçta yaşanan artış, sistemik dolaşımda kapiller hidrostatik basıncın yükselmesine ve sonucunda transüstasyona yol açar. Yatmanın uzun süre devam etmesi alt ekstremitelerdeki ödemi genellikle ortadan kaldırır. Sıvı birikimi genellikle plevral, periton ve perikardiyal bölgelerde görülebilir ve sıklıkla periferik ödemle birlikte ortaya çıkar. Plevral efüzyon genellikle iki taraflı veya yalnızca sağ tarafta görülür ve tek başına sol tarafta nadiren oluşur (Kavradım ve Özer, 2013).

c) Beyinsel Semptomlar: Ciddi kalp yetmezliği vakalarında özellikle serebral arterioskleroz bulunan durumlarda, perfüzyon azalması ve arteriyel hipoksemi, kafa karışıklığı, konsantrasyon bozuklukları, baş ağrısı, uykusuzluk, kabuslar ve anksiyete gibi belirtilere yol açabilir (Kahraman ve Ural, 2004).

d) Yorgunluk, Halsizlik: Bu belirtiler spesifik olmayıp, azalan kan akışıyla ilişkilidir (Demirel, 2023).

e) Çarpıntı: Kalp yetmezliği vakalarında sıkça karşılaşılan bir semptom olup, erken kalp atışları, kısa süreli supraventriküler ve ventriküler taşikardi atakları, efor sırasında taşikardi ve atriyal fibrilasyon ile ilişkilidir (Shikino ve ark., 2020).

f) Ayaklarda Şişme: Sağ kalp yetmezliğinin belirgin göstergelerinden biri olan ayaklarda şişlik, sistemik damar ve karaciğerdeki tıkanıklığa bağlı olarak gelişir ve genellikle sağ üst karın bölgesinde ağrıyla ilişkilidir (Akbiyık, 2016).

g) Noktüri, Oligüri: Noktüri, kalp yetmezliğinin erken evrelerinde görülen bir belirtidir ve gündüz kan akımının yeniden düzenlenmesiyle böbrek kan akımının azalması, gece ise böbreklerdeki damarların daralmasının ortadan kalkması sonucu diürez oluşur. Oligüri ise kalp debisinde ve böbrek kan akımında ciddi azalmayla ilişkilendirilen kalp yetmezliğinin ileri evrelerine ait bir belirtidir (Akbiyık, 2016).

h) İştahsızlık, Bulantı: Ödem ve kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan digoksin gibi ilaçlar, bulantı ve iştah kaybına yol açabilir (Albert ve ark., 2010).

2.1.2. Kalp Yetmezliği Tedavisi

Kalp yetmezliği tedavisinin temel hedefi; hayat kalitesi ve işlevsel yeteneğin artırılması, rehospitalizasyon ve mortalite oranının en aza indirilmesidir (Harikrishnan ve ark., 2017). Kalp yetmezliği hastalarında tedavi yalnızca ilaç tedavisiyle sınır değildir. Altta yatan etyolojik kaynağın düzeltilmesi, kilonun kontrol altına alınması, egzersiz aktivitelerinin artırılması, psikososyal destek sağlanması, hemşirelik bakımının artırılması tedavinin eşlikçileridir. Kalp yetmezliğinde nörohormonal antagonistler (ACEİ, MRA, beta bloker) mortalite ihtimalini azaltan farmakolojik yöntemler olarak bilinir ve bu ilaçların özellikle DEF-KY’de kontrendikasyon bulunmayan bütün hastalarda tolerans sağlanabilen en yüksek dozlarda kullanılması tavsiye edilir. Yeni bir ilaç olan ARNI (LCZ696), anjiyotensin reseptör blokeri (ARB) valsartan ile neprilisin inhibitörü sakubitrilin kombinasyonu son zamanlarda ACE inhibitörü enalapril ile karşılaştırıldı. Sonuçlar, yeni ilacın ACE inhibitöründen daha fazla mortalite riskini azalttığını gösterdi. Bu, kalp yetmezliği olan hastaların yeni faydalar elde edebileceği anlamına geliyor. ARB'ler de mortaliteyi azaltabilirken, ACE inhibitörü kullanımı ARB kullanımı tarafından engellenmemelidir. Bir hastada ACE inhibitörü tolere edilemezse, alternatif olarak

düşünülmelidir. İvabradin ile taşikardisi bulunan kalp yetmezliği hastalarında pozitif sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Reseptör antagonisti imidazolin ve moksonidin adrenerjik etkiyi son derece düşürür ve kalp yetmezliği hastalarında kontrendikedir (Guyatt ve Devereaux, 2004).

2.2. Anksiyete

Anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisinde depresyonla yakın ilişkili olduğu görülür. Feuchtersleben 1847 senesinde ilk kez, fizyolojik hastalıkların meydana çıkardığı anksiyeteyi gözlemlemiştir. Sonrasında 1866 yılında Morel otonomik sinir sisteminde meydana gelen değişimlerin emosyonel belirtilere yol açtığını söylemiştir. 1890'lardan itibaren de anksiyetenin pek çok hastalıkla birlikte gelişebilen farklı bir ruhsal hastalık olduğu görüşü yaygınlaşmıştır. 1894 senesine gelindiğinde Sigmund Freud anksiyete nervozu kavramını ortaya atmış ve psikanalitik olarak anksiyeteyi tanımlamıştır. Freud, anksiyetenin içgüdülerden gelen tehlikenin algılanması ile meydana geldiğini belirtmiştir (Türkçapar, 2004).

Kaygı anında bireylerde fizyolojik, psikolojik tepkiler ortaya çıkmaktadır. Bu tepkiler kalp çarpıntısı, ağız kuruluğu, mide ağrısı, bulantı-kusma, solunum güçlüğü, kaslarda gerginlik, terleme olarak sıralanabilir (Kafes, 2021). Anksiyete ve korku birbirine benzer kavramlar olmasına rağmen birbirinden farklıdır. Korkunun sebebi bellidir; kişi kaçma eyleminde bulunur, genelde gerginlik ile görünür, ani duygular meydana gelmektedir (Rachman ve Rachman, 2019). Kişi neden korktuğunu anlatabilir ve durumu somutlaştırabilmektedir (Manav, 2011).

Anksiyetede kişinin neden korktuğu her zaman belli olmaz, kişinin geçmiş deneyimlerine göre neden korktuğunu bulmak güçleşebilmektedir. Anksiyete halinde yaşanan süre ile korku halinde yaşanan süre birbirinden farklıdır (Bal, 2013). Anksiyetede kişinin anksiyete duyduğu durum geçmişle bağlantılı, sebebi açıktır. Anksiyetenin tüm dünyada kabul gören bir tanımı yoktur; kişiye, kişinin deneyimlerine, içinde bulunulan duruma göre değişkenlik gösterebilmektedir (Rachman ve Rachman, 2019).

2.2.1. Ölüm Anksiyetesi

Ölüm, canlı bir organizmanın kendisini yenileyebilme özelliğinin kaybolması, hayati organlardan bir ya da birkaçının fonksiyonlarını kaybetmesi sebebiyle yaşamın sona ermesi durumudur. Ölüm anksiyete, ölüm süreci veya ölüm sonrasının öngörülebilir olmayışı ve bilinmezliği sebebiyle endişe ve anksiyete olarak tanımlanmaktadır. Ölüme karşı geliştirilen normal olmayan tavırların anksiyete seviyesini artırarak çevreye adaptasyon sağlamayı güçleştirdiği bilinmektedir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010).

Anksiyete ve ölüm korkusu, doğuştan itibaren yaşanan ve hayat boyunca devam eden duygulardır. Bunlar, insanın sadece bir kez ölebileceği ve hem kendini hem de yaşadığı dünyayı kaybedebileceği bilgisinden kaynaklanır. Ölüm anksiyetesi literatürde farklı şekillerde tanımlanmış ve ölüm korkusuyla eşanlamlı olarak kullanılmıştır. Yaş, cinsiyet, kişisel özellikler, toplumsal etkiler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve terminal hastalık koşulları, insanların ölüm anksiyetesini nasıl algıladıklarıyla ilgili farklılıklara neden olmuştur (Karakuş ve ark., 2012).

Ölüme yönelik sorgulama; hayatı anlamlandırma noktasında önemli bir role sahiptir. Ölüm düşüncesi bazı insanlar için büyük bir stres kaynağıyken, bazı insanlar için de stresten ve dünya anksiyetesinden kurtulma; bazı insanlar için bir yok olma hali iken, bazı insanlar için de ölümsüz bir hayatın ilk başlangıcıdır. Bazı insanlar için önceden ölmüş sevilen birine kavuşma, onunla yeniden bir araya gelme inancını ifade eder. Ölümü bir yok olma, hiçlik, kişiliğin yitip gitmesi ve kaybolması olarak görenler için ölüm, yaşamı ve tüm ilişkileri bozan, kesen, son verdiren bir düşman anlamı taşır. Hayatı, ölümle beraber bir bütün olarak algılamak sorunların çözümünde daha etkili bir katılım sağlar. Aynı zamanda sorumluluk almak ihtiyacını getirmesine ek olarak yaşamın daha verimli algılanmasını ve mutluluğu da sağlar (Cengiz ve ark., 2021).

Ölüm anksiyetesi: Ölümün ruh sağlığı içinde değerlendirilmeye başlanmasından sonra psikoloji, ölümcül hastalığa sahip bireylere danışmanlık, ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu, yas danışmanlığı gibi başlıklarda ölüm olgusuna odaklanmıştır. İnsanın ölüm gerçeğini kabullenebilmesi, korku ve olumsuz bir ruh hali oluşmasına neden olmaktan ziyade; kendi değerlerini gerçekleştirebileceği bir hayata sevk edecektir. Ölüm korkusu, dehşet,

sona gelme korkusu da ölüm anksiyetesini tanımlamak için kullanılmıştır (Keyvan ve ark., 2021).

Ölüm korkusu, ölümün ürkütücü olduğu inancından daha soyut bir kavramdır. Bununla birlikte, ölüm anksiyetesi tam anlamıyla bir yok olma korkusunu ifade eder. Anksiyete ve korkuya neden olan anatomik ve biyolojik süreçler de farklıdır. Fakat tetikleyici bir durum karşısında birbiriyle tamamen ayrıştırılamaz. Literatürde buna yönelik yapılan çalışmalar ölüm anksiyetesinin çok yönlü olduğunu ortaya koymuştur (Keyvan ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar neticesinde en çok odaklanılan ölüm anksiyete boyutları:

- Belirsizlik ve yalnızlık korkusu
- Sevdiklerini kaybetme korkusu
- Bireysel kimliğini kaybetme korkusu
- Ölümden sonra cezalandırılma korkusu
- Geride kalan yakınları ve sevdikleri için endişelenme
- Denetimi ve kontrolü kaybetme korkusu
- Acı duyma korkusu
- Bedenini kaybetme korkusu
- Yok olma korkusu

2.2.1. Ölüm Anksiyetesini Etkileyen Değişkenler

Ölüm anksiyetesine yönelik yapılan araştırmalara bakıldığında genelde ölüm anksiyetesi ile alakalı çok boyutlu yapı dikkat çekmiştir. Daha önce de belirttiğimiz gibi yaş, cinsiyet gibi pek çok faktör ölüm anksiyetesi ile ilişkilendirilmiştir (Karakuş, 2021; Koç, 2018).

Yaş

Henüz genç yaşta olan hastaların ölüme uzak olduklarını düşündükleri, hatta ölümü hiç düşünmedikleri ve yakınları ile de bu konuda konuşmadıkları; ileri yaştaki bireyler ise ölüme daha yakın olduğunu düşündükleri için yaşla beraber kişilerin ölümü daha çok düşündüğü kabul edilir. Genç bireyler ölümü, sağlıklı bedenini kaybetme ve geleceğe yönelik planladıklarını gerçekleştirememesi durumu olarak görüp endişe yaşarken, orta ve ileri yaş grubundaki bireyler çalışma hayatını ve yakın çevresindeki insanlara karşı olan

sorumluluklarını tamamlayamama sıkıntısı şeklinde endişe duyarlar (Chan ve Yap, 2009).

Yaş ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara baktığımız zaman Templer (1970) yaş ve ölüm anksiyetesi arasında herhangi bir bağ bulunmadığını söylerken; çalışmaların çoğunluğunda ilişki olduğu özellikle belirtilmiştir (McMordie ve Kumar, 1984; Schumaker, 1991; Suhail ve Arkam, 2002). Bu ilişkinin direkt ya da indirekt olabileceği söylenmektedir. Bazı çalışmalarda yaşlı bireylerde ölüm anksiyetesinin ergen ve genç erişkinlere kıyasla daha az olduğu görülmüştür (Şenol, 1989; Russac, 2007; Özen, 2008; Öztürk, 2011). Sadece mevcut yaş değil; yaşam öyküsü, mevcut sağlığı, sosyoekonomik durumu ve yaşlılık sürecine adaptasyonu da bu anksiyete düzeyinin belirlenmesinde etkili olduğu vurgulanmıştır. İlerleyen yaşla beraber bireylerde gelişen olgunlukla ölümü kabullenmenin de ağır ağır gerçekleşmesi ve bazı yaşlı hastaların fizyolojik problemler ve sosyal izole gibi sebeplerle yaşam korkularının ölüm korkusundan daha fazla olması sebebiyle yaşlanmayla birlikte ölüm anksiyetesinin azalması şeklinde yorumlanmaktadır. Literatürdeki bir çalışmada ise yaşlı bireylerde ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Galt ve Hayslip, 1998). Bütün bu yorumlara istinaden yaşın ölüm anksiyetesini nasıl etkisi olduğu konusunda kesin bir görüş birliği yoktur.

Cinsiyet

Ölüm anksiyetesinin cinsiyete göre farklılığı, tıpkı yaş konusunda olduğu gibi bazı araştırmalarda erkeklerin kadınlara göre daha düşük bulunmuşken bazılarında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Erkeklerde ölüm anksiyetesinin daha düşük olarak değerlendirilen araştırmalarda kadınların ölüm konusunda daha fazla anksiyete duyabileceği, erkeklerin ölüm konusunda herhangi bir anksiyete hissetmedikleri veya ölüm anksiyetesi yönünden esasında her iki cinsiyet arasında bir fark bulunmayıp, sadece kadınların bu durumu daha çok dile getirdiği şeklinde yorumlanmıştır. Erkeklerin ölüm anksiyetesi düzeyinin yüksek olmasının sebepleri neslinin devamını sağlayamaması ve artık yaşıyor olmaması söz konusu iken, kadınlar ölüm sürecinden ve ölümlerinden sonra ailelerine yeterli bir düzen sağlayamadıklarından dolayı anksiyete yaşarlar (Chan ve Yap, 2009; Madnawat ve Kachhawa, 2007; Lonetto ve Templer, 1986; Abdel-Khalek ve Kuwait, 2005). Bazı

araştırmalarda ise ölüm anksiyetesinin yaşlı bireylerde cinsiyet ile bir ilişkisinin olmadığının belirlendiği çalışmalar vardır (Fortner ve ark., 1999; Öztürk Kalaoğlu, 2010).

Medeni Durum

İnsan psikososyal bir varlık olarak toplumsal ilişkiler kurmak ve yaşamın güçlükleriyle baş ederken aile ve eşin bu süreçte pozitif etkileri olabileceği düşünölmektedir. Yapılan birtakım çalışmalarda eşini kaybederek yalnız kalmanın ölüm anksiyetesini artırdığı bildirilmiştir (Özen, 2008; Yıldız, 1998; Özen, 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışma neticesinde evli bireylerde bekâr kişilere göre ölüm anksiyete daha yüksek gözlenmiştir ve bunun evli kişilerin eş ve çocuklarına karşı olan sorumluluklarından ötürü olduğu düşünölmüştür (Yıldız, 1998; Özen, 2008). Yine ölkemizde yapılan iki farklı çalışmanın birinde evli olup olmamanın ölüm anksiyetesine bir etkisi olmadığı (Özen, 2008), diğer çalışmada ise evli bireylerde daha fazla göröldüğü saptanmıştır (Yıldız, 1998). Ayrıca bireyin çocuğunun olması da ölüm anksiyetesinin yoğunluğunu etkilemektedir. Kişinin çocuğunun psikososyal destek olarak hep yanında olması ve biyolojik anlamda ölümsüzlük terimiyle nitelendirilen ölümden sonra bir devamlılığın düşünölerek ölüm anksiyetesi açısından pozitif etkileri olduğu düşünölür. Sıklıkla doğu költüründe erkek çocuklar, neslin devamlılığını sağladığından var olma duygusu yönünden önemli olduğu düşünöncesi söz konusu olabilir (Khoshi ve ark., 2017).

Fiziksel Hastalık

Fizyolojik hastalıklarda ölüm anksiyetesinin iki durumda en yüksek olduğu düşünölmektedir. İlki, hastanın terminal dönemde olduğunu öğrenmesidir. Bu dönemde kişide intihar düşünöncesi, depresyon gibi bulgular görölebilir. İkincisi fizyolojik hastalıktan dolayı kişide halsizlik, fonksiyonel azalma ve sakatlık durumunun meydana geldiği dönemdir. Yaşamsal tehdittin söz konusu olduğu bir hastalığa sahip kişide ölüm anksiyetesinin seviyesini belirleyen nedenler şöyledir;

- Hastalığın teşhisi ve prognozlarının belirsizliği
- Mortalite ile sonuçlanma ihtimalinin yüksek olduğu bir hastalığa sahip olduğu öğrenmesi
- Tedavi gördüğü halde hastalık belirtilerinde yeterli iyileşme olmaması

- Kişinin bir yakınıni kaybetmesi ve yaşamın son bulmasına yaklaşmasıyla alakalı toplumsal düşünceler
- Yaşamın son bulmasıyla alakalı kişisel düşünceler
- Kişinin hayatın manasına yönelik düşünceleri
- Terminal dönemde duyacağı çaresizlik ve ağrı tecrübeleri hakkında anksiyete (Zahedi Bidgol ve ark., 2020).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada huzurevi sakinlerinden fiziksel sağlık sorunu olanların ölüm anksiyete yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Kurt ve Akçay, 2020). Diğer çalışmalarda ise kanserli hastaların (Gibbs ve Lawis,1978; Dougherty ve ark., 1986), diyaliz hastalarının (Lukas, 1984) olmayanlara göre ölüm anksiyetelerinin artmadığını bildirmişlerdir. Kalp damar hastalıkları olan hastalarda ise hastalıkların ölümü hatırlattığından dolayı anksiyetelerini yüksek olduğu belirlenmiştir (Özen, 2008).

Ruhsal Hastalık

Birey, yaşamının yok olacaktıymış veya altüst olacaktıymış gibi hissetme durumunda, ölümle ilgili anksiyeteler daha yoğun bir şekilde yaşanabilir. Ölüm anksiyetesinin en belirgin olduğu durumlar, psikotik saldırılar veya durumun devam eden etkileri gibi durumlar olabilir ki bunlar bireyin anksiyetesini artırır. Kontrol kaybı duygusu, ölüm anksiyete sını artırabilir. Bazı durumlarda, majör depresyon geçiren bir kişi ölümü kabul etmiş ve hatta ölümü arzuladığı için ölümüne yönelik bir endişe yaşamayabilir. Ölüm anksiyete sıyla psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma, bu durumu destekleyecek özel bir kanı bulamamış olsa da genel anksiyete düzeyi ile ölüm anksiyetesini arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. 1970 yılında Schulz, psikiyatrik hastalarda ölüm anksiyete sına yönelik yapılan çalışmaların tutarlı sonuçlar göstermediğini açıklamıştır. Planasky ve Johnstao, şizofreni hastalarında ölüm anksiyetesinin yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (Planansky ve Johnston, 1977). Lonetto ve Templer, psikiyatrik bakım alan hastalarda TDAS ve MMPI gibi ölçeklerle şizofreni alt ölçeklerinde olumlu ve yüksek bir ilişki belirlemişlerdir (Lonetto and Templer, 1986). Alkolle kontrolünü kaybetmeyi istemeyen ve kontrolünü kaybeden kişilerde ölüm anksiyete sını değerlendiren bir araştırma, alkol kontrolünü kaybeden kişilerde ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Dursun ve ark., 2022).

Meslek

Bazı meslek gruplarında ölüm ve ölüm anı ile daha çok karşı karşıya kalınmaktadır. Mesela hastanede acil servis, yeni doğan bakım ünitesi ve bazı dini kurumlarda çalışan bireyler ölüm gerçeğiyle belli bir amaca hizmet etmek için kısa sürede olsa diğer kişilerden daha çok karşılaşır. Kişinin bir kaza ya da bir patoloji gibi durumlarla ölümle karşılaşma tecrübesinin olması ya da olmaması ölüm anksiyetesinin gelişiminde önemli olduğu düşünülmektedir (Yalom, 1999). Ölümlü vakalarla sürekli karşılaşan ve ölümlü vakalarla sürekli karşılaşmayan kliniklerde görev yapan hemşirelerin ölüme yönelik ve genel anksiyetelerinin değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin görev yaptığı klinikle genel anksiyete düzeyinde bir etki bulunmamıştır (Kuzgun, 2000). Hâlbuki araştırmada ölüm vakalarının daha sık görüldüğü klinikler ile ölüm vakalarının sık görülmediği kliniklerde görev yapan hemşirelerin ölüm anksiyeteleri konusunda anlamlı bir fark gözlenmiştir. Yapılan bir başka araştırmada hemşirelerin ölümü düşünme yoğunluğunun ölüme yönelik anksiyete düzeylerinde etkisi olmadığı, ancak hemşirelerin ölümü bazen düşünmeleri ile ölüm anksiyetesi puanlamasında anlamlı bir ilişki görülmüştür (Medin ve ark., 2020). Yapılan bir başka çalışmada ise polis, sınıf öğretmeni, pilot, muhasebeci, itfaiyeci ve psikologdan oluşan diğer mesleklere sahip kişiler karşılaştırılmış; ölüm riski yüksek olan meslek çalışanlarında (pilot, polis ve itfaiyeci) ölüm anksiyetesi daha düşük olarak belirlenmiştir (Zhang ve ark., 2020).

Yaşam Olayları

Eşler arası ya da farklı bir birliktelikten ayrılma, çalışma koşulları, yeni bir işe sahip olma ya da iş kaybı, yeni bir yere taşınma gibi durumlar ölüm anksiyetesini artırabilir (Gülseren, 2004). Hatta yapılan araştırmalarda ilk beyaz saçın genç bir kişide ölüm anksiyetesini artırdığı düşünülmektedir (Kastenbaum, 2007). Negatif hayat koşulları ve başa çıkma mekanizmalarının ölüm anksiyetesiyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada bu değişken faktörler arasında anlam ifade eden bir ilişki bulunmuştur (Mikulincer ve Florian, 1995). Aile üyelerinin kaybının kişinin ölümle yüzleşmesi, yalnızlık, sosyal desteğin azalması gibi sebepler dolayısıyla ölüm anksiyetesi ile ilişkisinin bulunduğu söz edilir. Özellikle ailede kadın bireyin hastalanmasında erkeklere normal şartlar altında kadınların yüklendikleri sorumlulukları yapmak zorunda kalması ile anksiyete düzeylerinin yükseldiği bildirilmiştir (Cimete, 2002). Kişinin maddi

problemleri genel anksiyete düzeyinde artışa yol açabilir, genel anksiyetenin ölüm anksiyetesini de yükselttiği göz önünde bulundurulduğunda ekonomik problemlerin ölüm anksiyetesinin gelişiminde etkili olabileceği düşünülür (Hoelterhoff ve Chung, 2013).

Kişilik Özellikleri

Hislerinden çabuk etkilenen, kendisine ve çevresine güveni yeterli olmayan, topluma adaptasyonu az olan ve agresif kişilerde ölüm anksiyete düzeyinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Neufeldt ve Holmes, 1999). Kişilikle ölüm anksiyetesinin incelendiği bir araştırmada saldırganlık, nörotiklik ve duygusallık davranışlarına sahip bireylerde ölüm anksiyetesinin daha fazla olduğu görülmüştür. Korku ve diğer anksiyete bozukluklarına sahip bireylerde ölüm anksiyetesi daha fazla bulunmuştur (Özdemir ve ark., 2021; Kastenbaum, 2007).

Sosyokültürel Özellikler ve Din

Her kültürün ölüm anksiyetesine kendine has geliştirdiği inanç, tutum ve davranışları mevcuttur. Bu inanç, tutum ve davranışların, bireyi ölüm anksiyetesine karşı koruduğu savunulur. Yapılan araştırmalar Kültürlerin ölümü ifade etme ve anlamlandırma noktasında değişkenlik gösterdiği ve birtakım kültürlerde ölüm anksiyetesini azaltmak konusunda daha başarılı olduklarını göstermiştir (Schumaker ve ark., 1988;). Batı toplumlarında hasta ve yaşlı hastaların dışladığı, bu kültürde yaşayan kişilerin ölüm farkındalığından uzakta olduğu belirtilmiştir. Araştırmalar, doğu kültüründe ölüm anksiyetesinin daha az olduğunu göstermektedir (Chan ve Yap, 2009; Abdel-Khalek, 2009).

2.2.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Ölüm Anksiyetesi ve Hemşirelik Bakımı

Literatürde Kalp yetmezliği hastalarında depresyon ve anksiyeteyi inceleyen pek çok çalışma vardır. Kalp yetmezliği ileri süreçlerinde artan semptom yükü ve hastayı yalnızca fizyolojik olarak değerlendirmenin bir neticesi olarak hastaneye yeniden yatışların sıklığı nedeni ile hastalar, ölüm riski çok olan bir hastalık olarak algılamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile beraber kalp yetmezliği hastaları zaman geçtikçe daha çok semptom yüküyle mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Kalp yetmezliği hastaları

dispne, ödem, su tutulumu ve pulmoner konjesyon gibi yaygın görülen bulguların yanında ağrı, depresyon, GİS stres ve halsizlik semptomlarını da sıklıkla yaşarlar (Şahin, 2019).

Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, geniş çaplı semptom değerlendirmesini ve belirtileri rahatlatmak için başarılı bir tedavi programını içermelidir. Başarılı tedavi, sadece fizyolojik değil aynı zamanda sosyal, emosyonel ve manevi yaklaşımı da içermelidir (Bayrak ve ark., 2019). Kalp yetmezliği hastaları, hastalığın ileri süreçlerinden itibaren, özellikle yaşamın son altı ayında görülen fizyolojik, mental sosyal ve varoluşsal problemlerle karşılaşır (Rasmussen ve Brems, 1996). New York Kalp Birliği (NYHA) fonksiyonel sınıflamasının ileri seviyelerindeki kalp yetmezliği hastaları, ölüme yakın belirtiler yaşamaya başlar. Ölüme yakın olma durumuyla beraber endişe, korku ve anksiyete da artar (Frencha, 2017). Böylece hayat kalitesini ve ilerleyen semptomlara karşı gösterebildiği toleransı azaltır (Adler ve ark., 2009). Anksiyete, endişe, korku ve zayıflık duygusu da dâhil, ölümle alakalı farkında olma durumu ve bilişe neden olan tutum ölüm anksiyetesi/korkusu olarak da ifade edilebilir (Bayrak ve ark., 2019). Ölüm anksiyetesi fizyolojik rahatsızlığın daha kötü prognozuna yol açabilir, uyumsuz biliş modellerine neden olur ve umutsuzluk, zayıflık, korku ve kontrol kaybı duygularını barındıran çok fazla stres yaratır. Bu durum ölüm anksiyetesi ve diğer zihinsel bozukluklar arasındaki ilişkinin bireysel farklılıklarla beraber yüksek olmasının nedenini açıklamaktadır (Bayrak ve ark., 2019).

Kalp yetmezliği hastalarında endişenin artması, yaşamında sona geldiğini düşünmesi ile ölüm anksiyetesi sonucu depresyon yaşama ihtimali artar. Depresyon, kalp yetmezliği hastalarında yaygın karşılaşılan bir durumdur ve bu hastaların %70'inde görülen bir duygu durum bozukluğudur (Adler ve ark., 2009). Kalp yetmezliğinde depresyon, daha önce mevcut olan belirtilere karşı hassasiyeti artırır, tedaviye adaptasyonu bozar ve ölüm riskini artırır (Thorson ve Powell,1992). Kalp yetmezliğinde depresyondan sonra en yaygın görülen diğer bir psikososyal problem anksiyetedir (Bayrak ve ark., 2019). Kalp yetmezliği hastalarının %13'ünün anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini taşıdığı bildirilmektedir ve neredeyse %30'unda anksiyete teşhisi de vardır (Uslu, 2011).

Anksiyete bozukluğu da depresyona benzer bozukluklara neden olabilir fakat depresyon kadar ölümü, önemli derecede etkilediği söylenmektedir (Adler ve ark., 2009; Frencha ve ark., 2017; Rumsfeld ve ark., 2003,). Kalp yetmezliği fizyolojik duruma ek olarak mental

boyutları ile de değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir patoloji olduğundan hastalık bulgularına yönelik medikal tedaviye ek olarak psikososyal problemlerin de değerlendirildiği bir tedavi planı oluşturulmalıdır. Klinikte yatmakta olan bu hastaların nasıl değerlendirilmesi gerektiğinin bilinmemesi, kalp-beyin etkileşiminin yorumlanamaması, sağlık profesyonellerinin bu noktada ilgisinin daha az olmasından dolayıdır (Frencha ve ark., 2017).

Depresyon ve anksiyete, tedavi aşamalarında negatif etkisi olan, teşhisinin yapılması zor fakat tedavisi basit mental bozukluklardır. Kalp yetmezliği hastalarında depresyon ve anksiyeteye yol açan faktörler arasında bağımsız iken başkalarına bağımlı hale gelme anksiyete, kullanılan ilaçlar, fizyolojik engeller, maddi sorunlar, hastalığın algılanış biçimi, beden imgesinde bozulma ve ölüm korkusu yer almaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu, 2015; Lowey ve ark., 2013). Ölüm karşısında kimi hastalar umutsuzluk ya da korku duyabilir ve kabullenmeyip ölüme karşı çıkabilir. Kimi hastalar ise ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak görebilir (Lowey ve ark., 2013).

Ölüm anksiyetesi kişinin bireysel özelliklerini yansıtan bir şey ise zamanla değişmez bir olgu olarak kalacağı için hastalığın erken evrede bilinmesi, tetikleyen etkenlerin ortaya konması hastalık seyrinde gelişebilecek psikososyal problemlerin tanımlanması için önemli bulgular sağlayabilir (Adler ve ark., 2009). Hastalığın ilerleyen dönemlerini ve prognozunu önemli boyutta etkileyen depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi psikososyal durumlara engel olabilmenin temelinde hastayı bütüncül ve kapsamlı değerlendirebilmek yatar (Aburuz, 2018).

Ortalama ömrün uzaması ve koroner kardiyak hastalıkların sebep olduğu ölüm oranlarının artmasından dolayı kalp yetmezliği insidansında bir artış söz konusudur. Hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi göz ardı edilmemelidir. Sosyal desteğin, sağlık üzerindeki etkisinin büyük olduğu ve hastanın, patolojisine ve tedavi sürecine daha iyi adaptasyon sağlaması konusunda olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Özellikle ileri yaş grubunda meydana gelen kalp yetmezliği, hastanın hem patolojisine hem de tedavisine uyum sağlamasını güçleştirmektedir. Bundan dolayı, kalp yetmezliğine sahip hasta bakımında sosyal destek önemli bir roledir. Yapılan çalışmalar sonucunda da bu durum tasdiklenmiş, sosyal desteğin önemi ispatlanmış ve hastane başvurularını azalttığı belirlenmiştir (Barutçu, 2011).

Kalp yetmezliğine sahip hastalarda sosyal desteğin yetersiz olmasından kaynaklı olarak depresyon ve anksiyete başta olmak üzere birçok ruh sağlığı problemi yaşandığı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Anksiyete, hastanın ölümü düşünmeye başlamasıyla ortaya çıkabilir. Bundan kaynaklı olarak ölüm anksiyetesi dediğimiz anksiyete durumu ortaya çıkabilir. Bu bağlamda hastanın sahip olduğu bu anksiyete, prognozunu kötü anlamda etkileyebilmektedir (Çam Çelikel ve Kumbasar, 2008). Kalp yetmezliğine sahip hastalarda ölüm anksiyetesine ek olarak yaşanan diğer bir problem, hastaların umutsuzluğa düşmesidir. Hastaların sosyal destek algısının yetersiz olması, ruhsal problemlerin daha çok yaşanmasına da yol açmaktadır (Kılınç ve ark., 2016).

Kalp krizi geçiren hastalarda ölüm anksiyetesi ve buna ilişkin etkenleri belirlemek konusunda desteklemek ve önlemek amacıyla hemşirelik girişimlerini planlamak oldukça önemli olmakla beraber bu alanda daha bilgi sahibi olmak da bir ihtiyaçtır. MI sürecinde kişilerin hayati tehlikesi olan sağlık sorunlarıyla karşılaşması, önemli bulgularla hastaneye yatma, sosyal iletişimi ve ilişkileri, ailesi ile çalışma ortamını, sosyal ilişkileri, iletişimi, aile ve iş ortamını etkilemesi gibi durumlar yaşanmaktadır. Aynı zamanda bütün bu süreçteki bilinmezlikten dolayı birtakım psikososyal sorunlar baş göstermektedir (Buruntekin, 2022). Miyokard infarktüsü geçiren hastalar üzerinde yürütülen bir çalışmada çözüm odaklı başa çıkma stratejileri kullanabilen hastaların, yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür. Miyokard infarktüsü geçiren hastaların stresle başa çıkma tekniklerinin değerlendirilmesi tedaviyle uyumlanma, ölüm ve hastalık sonrası gelişebilecek sakatlık durumlarını etkilemesi yönünden önemli görülmektedir (Soleimani ve ark., 2020).

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek, hastaların çeşitli zorluklarla başa çıkma yeteneklerini geliştirmek amacıyla hem psikolojik hem de maddi yardım sağlayan kişilerarası ilişkiler ağını ifade etmektedir. Temelde başkalarının, kişinin ihtiyaçlarına uyum sağladığı ve sıkıntılı zamanlarda destekleyici olduğu algısıdır (Kahraman, 2017). Bu kavram çeşitli araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Sarason ve arkadaşları sosyal destek kavramını zor zamanlarda yakın aile üyeleri, arkadaşlar ve bazen de profesyoneller tarafından sunulan sosyal, psikolojik ve finansal

yardımları içerdiğini vurgulamaktadır. Bir başka tanımda sosyal desteğin, bireyin sorunlarla karşılaştığında ya da duygusal rahatlamaya ihtiyaç duyduğunda kendisini yakın hissettiği kişilerden aldığı tüm yardımları kapsadığı vurgulanmaktadır (Sarason ve ark., 1983).

Jung ve arkadaşlarının tanımına göre, sosyal destek, iki kişi (destek veren ve alan) arasındaki bir iletişim biçimi olarak nitelendirir; burada alıcı, alınan destek sayesinde kendini rahatlamış ve güçlenmiş hisseder (Jung ve ark., 1987).

Son yıllarda sosyal desteğin rolü hem hastalıklarla baş etme hem de hastalığın başlamasını önleme potansiyeli nedeniyle büyük ilgi görmüştür. Sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak sosyal desteğin kavramsallaştırılması ve tanımındaki çeşitlilik ve farklılıklar konusunda bir zorluk ortaya çıkmaktadır (Eker, 2001).

Sosyal desteğin etkilerinin ölçülmesi de soyut ve doğrudan gözlemlenemediği için karmaşık bir iştir. Bununla birlikte Kurt Lewin'in "Tipolojik Alan Teorisinde Yaşam Alanı" konulu çalışması, "sosyal destek" teriminin ilk kez kullanıldığına işaret etmektedir. Lewin, bireyin psikolojik ortamını değiştirmenin, olumsuz davranışların ortadan kaldırılmasına yol açabileceğini fark etmiştir. Dolayısıyla akrabalar, aile, komşular, eğitimciler ve daha geniş anlamda toplum dahil olmak üzere sosyal destek sistemleri bireyin çevresinin ayrılmaz bileşenleri olarak hizmet etmektedir.

Tardy (1985) sosyal desteğin beş boyutunun olduğu üstünde durmaktadır. Bu boyutlar;

- Sosyal destek yönü
- Eğilim (sosyal destek kaynaklarının hazır oluşu ve onların kullanılabilirliği)
- Sosyal desteğin tanımı ve sosyal desteğin niteliğini ve niceliğini saptamak,
- Sosyal desteğinemosyonel, araçsal destek ve bilgiyle alakalı vb. içeriği,
- Sosyal ağın desteği olarak sıraya koyulmaktadır (Tardy, 1985).

Sosyal destek, bireyin zor durumlarda ya da stres etkenleriyle karşı karşıya kaldığında başvurabileceği, onay, sevgi, ilgi ve takdir duygularını sağlayan hastaların varlığıyla karakterize edilir. Hastaların sorunlarla karşılaştıklarında yakın çevreleri ile kurdukları iletişim ve etkileşimi içermektedir. Diğer araştırmacılar sosyal desteği, yakın sosyal çevrelerdeki bireyler arasındaki sosyal etkileşim veya hastaların kendilerini değerli, güvenilen, sevilen ve korunan hissettikleri bir sosyal grupla bağlantı olarak

tanımlamaktadır. Bilinçli olarak aranan destek, alınan destekten duyulan memnuniyet, fonksiyonel destek ve oluştuğu çevresel yapının birleşimi olarak da anlaşılabilir (Lepore ve ark., 1991).

Her ne kadar tanımı ve anlayışı araştırmacılar ve bağlamlar arasında farklılık gösterse de genel olarak sosyal destek, hastaların refahını ve dayanıklılığını artırmada önemli bir rol oynamaktadır.

2.3.1. Sosyal Destek Türleri

- **Duygusal Destek:** Duygusal destek, insanların duygusal gereksinimlerini karşılayarak stresle başa çıkmalarına yardımcı olur. İyi bir arkadaş, aile üyesi veya terapist gibi bir kişinin verdiği duygusal destek, bireyin hislerini ifade etme, rahatlama ve motive olma konusunda yardımcı olabilir (Cohen, 1985; Akeren, 2017).
- **Enstrümantal Destek:** Enstrümantal destek, bireyin günlük yaşam ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak için pratik yardım sağlar. Örneğin, bir arkadaşın taşınırken yardım etmesi, bir akrabanın hasta birinin bakımını üstlenmesi gibi pratik yardımlar enstrümantal destek örnekleridir (Cohen, 1985; Akeren, 2017).
- **Bilgisel Destek:** Bilgi destek, bireyin bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak ve sorunlarına çözüm bulmak için sağlanan bilgi ve yönlendirmedir. Uzmanlardan veya deneyimli kişilerden alınan tavsiyeler, rehberlik ve bilgi paylaşımı bilgi destek örnekleridir (Cohen, 1985; Akeren, 2017).
- **Sosyal Bağlantılar:** Sosyal destek, bireyin sosyal bağlantılarını güçlendirmesine yardımcı olur. İyi bir sosyal ağa sahip olmak, kişinin kendini daha desteklenmiş ve bağlı hissetmesini sağlar. Aile, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları ve topluluk grupları gibi sosyal bağlar bireysel refahı artırabilir (Cohen, 1985; Akeren, 2017).
- **Araçsal destek:** Bireye yapılan maddiyatla ilgili yardım ve bireyin ihtiyacı olan araç-gereç ve metaryelleri içeren soyut yardımlardır (Akeren, 2017).

2.3.2. Sosyal Destek Modelleri

Temel Etki Modeli

Temel Etki Modeli, bir bireyin sosyal destek almasının sağlık, refah ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini açıklamaya çalışır. Bu model, sosyal destek alma sürecini dört temel

boyutta inceler: sosyal destek kaynakları, sosyal desteğin algılanması, sosyal desteğin kullanımı ve bu sürecin sonucunda ortaya çıkan etkiler. Temel Etki Modeli'ne göre, bireyler sosyal destek için çeşitli kaynaklara başvururlar. Bu kaynaklar, aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları veya diğer toplumsal ilişkiler olabilir. Bu kaynaklar, bireyin ihtiyaçlarını karşılamak, duygusal destek sağlamak, bilgi ve becerileri paylaşmak, maddi kaynaklar sağlamak veya sosyal ilişkileri sürdürmek gibi çeşitli şekillerde yardımcı olabilir. Bireyler, sosyal destek gerektiğinde bu desteği algılamalıdır. Algılama sürecinde, bireyler sosyal destek taleplerini fark etmeli ve bu desteği arama gereksinimi duymalıdır. Algılama süreci aynı zamanda hastaların sosyal destek kaynaklarını tanımlama ve değerlendirme sürecini içerir. Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal destek sağlayabileceği kaynakların farkına varmasıyla başlar. Algılanan sosyal destek, bireyin bu desteği kullanma sürecine girer. Sosyal destek kullanımı, bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal destek kaynaklarıyla etkileşimde bulunma sürecidir. Bu süreçte birey, sosyal destek kaynağına başvurur, ihtiyaçlarını ifade eder ve bu destekten faydalanır. Sosyal destek kullanımının etkili olabilmesi için karşılıklı güven, desteğin zamanında ve uygun bir şekilde sağlanması gibi faktörler de önemlidir. Sosyal destek kullanımı sonucunda çeşitli etkiler ortaya çıkabilir. Bu etkiler fiziksel, psikolojik ve sosyal olabilir. Fiziksel etkiler, hastalıkların iyileşme sürecinde hızlanma, immün sistem güçlenmesi gibi sağlık üzerindeki etkilerdir. Psikolojik etkiler, stresin azalması, psikolojik iyi oluş, kendine değer ve benlik saygısının artması gibi etkileri içerir. Sosyal etkiler ise sosyal bağların güçlenmesi, sosyal destek kullanımının toplumsal ilişkileri geliştirmesi gibi etkilerdir (Cohen, 1985).

Tampon etkisi modeli

Tampon etkisi modeli, sosyal destek sağlayan bir kişinin, stresli durumlarla karşılaşan bireyin stres seviyesini düşürdüğünü ve stresin etkilerini hafiflettiğini öne süren bir sosyal destek modelidir. Bu modelde, sosyal destek veren kişinin, stresli durum ile başa çıkma becerilerini güçlendirip stresi azaltarak, bireyin stresli durum karşısında daha iyi bir şekilde uyum sağlamasına yardımcı olduğunu ifade eder. Bu anlamda, sosyal destek sağlayan kişi, bireyin dayanıklılığını artırır ve ona destek vererek stresin etkisini azaltır (Gökdağlı, 2014).

Tampon etkisi modelinde, sosyal destek, farklı şekillerde sağlanabilir. Örneğin, duygusal destek, bireyin hislerini anlama, onlara empatiyle yaklaşma ve dinleme gibi duygusal destek sağlayarak stresi hafifletebilir. Bilgilendirici destek ise, bireye stresli durum hakkında bilgi verme, önerilerde bulunma ve çözüm yolları sunma gibi bir bilgi desteği sağlar. Enstrümantal destek ise, bireye somut yardımlar sunma şeklinde ortaya çıkar. Örneğin, maddi destek, zaman ayırma, yardım etme gibi pratik şekillerde sosyal destek sağlamayı kapsar. Sosyal destek sağlayan bir kişinin, stres seviyesini düşürdüğü ve stresin etkilerini hafiflettiği için bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır. Sosyal destek, bireyin stresli durumları daha iyi yönetmesine, duygusal dengeyi korumasına ve sağlıklı bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olur (Yıldız ve Dirik, 2019).

Bu model aynı zamanda, sosyal destek eksikliğinin stresin etkilerini artırabileceğini ve bireyin stresli durumlarla baş etme becerisini azaltabileceğini de öngörür. Bu nedenle, sosyal destek, psikolojik ve fiziksel sağlık açısından önemli bir etkiye sahiptir ve kişilerin stresli durumlarla başa çıkma becerilerini artırmada önemli bir rol oynar (Fried ve Tiegs, 1993).

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 belirtmektedir (Cohen, 1985; Williams ve Galliher, 2006; House, 1981). Bu etkiler şu şekildedir:

- **Stres azaltma:** Sosyal destek, stres seviyelerini azaltmada etkilidir. Bir kişi, destekleyici bir ağa sahip olduğunda, zorlu durumlarla başa çıkmak daha kolaydır ve stres düzeyleri daha düşük olur. Bu, negatif problemlerin etkisini azaltabilir (Çetinkaya, 2019).
- **Duygusal iyilik hali:** Sosyal destek, bireyin duygusal iyilik halini artırır. Başkaları tarafından sevildiğini, anlaşıldığını ve kabul edildiğini hissetmek, kişinin negatif problemlerle başa çıkma becerisini artırır. Bu da negatif problemlerin etkisini azaltabilir (Wills ve Shinar, 2000).
- **Davranışsal etki:** Sosyal destek, olumsuz problemlerle mücadelede pozitif davranışları teşvik edebilir. Destekleyici bir ağa sahip olmak, bireyin daha sağlıklı seçimler

yapmasını, daha iyi kararlar vermesini ve daha yapıcı davranmasını sağlar (Cohen, 1985).

- Özsaygı ve özveri: Sosyal destek, kişinin özsaygı ve özveri düzeyini artırır. Başkalarının desteğini hissetmek, bireyin kendine olan güvenini artırır ve kendi yeteneklerine olan inancını pekiştirir. Bu da negatif problemlerle başa çıkmayı kolaylaştırabilir (Çetinkaya, 2019).
- İzole hissetmeme: Sosyal destek, kişiyi izole hissetme duygusunu azaltır. Bu, negatif problemlerle mücadele ederken bireyin yalnız hissetmesini engeller ve motivasyonu artırır (Wills ve Shinar, 2000).

Negatif problemlerin etkileri de sosyal destekten etkilenebilmektedir:

- Başkalarının negatif etkisi: Sosyal destek ağı içinde olumsuz etkisi olan kişiler de olabilir. Bu kişiler negatif problemlere neden olabilir veya mevcut problemleri daha da kötüleştirebilir (Çeçen, 2008).
- Destek eksikliği: Sosyal destek eksikliği, negatif problemlerin etkisini artırabilir. Birey, problemleriyle başa çıkmak için yeterli destek alamadığında, stres seviyeleri yükselir ve negatif problemler daha ciddi hale gelebilir (Çeçen, 2008).
- İletişim eksikliği: Sosyal destek, iletişime dayalı bir süreçtir. Eğer iletişim eksikliği varsa, sosyal destek eksik olabilir ve negatif problemler bu nedenle daha ciddi hale gelebilir (Cohen, 1985).
- Destek türü: Negatif problemler, destek verilen tür ve miktarına bağlı olarak değişebilir. Destek veren kişinin deneyimi ve becerileri, destek verilen kişinin problemleriyle nasıl başa çıkacağına etkili olabilir (Cohen, 1985).

2.3.3. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesine Yönelik Sosyal Destek

Akut ve Kronik Kalp Yetmezliğinin Tanı ve Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzları (2021), KY gelişiminin çeşitli sosyal faktörlerden etkilendiğini açıkça belirtmektedir. Stres tamponlama hipotezi, sosyal desteğin stres ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi hafifletebileceğini ve sosyal faktörlerin sağlık sonuçlarında son derece önemli bir rol oynadığını öne sürüyor. (Miao ve ark., 2020; Cohen, 2004). Sosyal destek, özellikle aile bakımı ve sosyal ekonomik yardım olmak üzere hasta ölümlerini azaltabilir. Yaşlı, kadın, boşanmış veya dul hastaların psikolojik durumlarına da (kaygı) dikkat edilmelidir. İştahı

ve uykusu azalmış olan 60 yaş altı hastaların, olumsuz olayların ortaya çıkmasını önlemek için zamanında sosyal destek almaları gerekmektedir.

Son yıllarda kalp yetmezliğinin risk faktörleri iyi araştırılmış olmasına rağmen hastaların sosyal koruyucu faktörlerini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca sosyal destek ile psikolojik durum arasında karmaşık bir ilişki de olabilir. Sosyal destek, hastaların kaygı, depresyon ve diğer olumsuz psikolojik durumlarını tamponlayabilir ve hastaların prognozunu iyileştirebilir (Ibarra-Rovillardve Kuiper, 2011; Park, 2014). Ancak hala bu endişeleri yeterici çalışmalar bulunmamaktadır. Farklı sosyal destek araçları ile KY hastalarının ölümü ankesitesi arasındaki nedensel ilişki ile anksiyete ve diğer psikolojik durumların potansiyel mekanizma (aracı) etkisi kanıtlanmıştır (Chang ve ark., 2017; Rathbun ve ark., 2018; Darabi ve ark., 2022).

Sosyal tıp ve sosyal psikoloji açısından bakıldığında uzun süren kronik hastalıklar bireylerin yaşam dengesini bozabilmektedir. Başa çıkma mekanizması etkisiz kaldığında bireyler depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve diğer semptomlarla yaşarlar (Ibarra-Rovillard ve Kuiper, 2011; Hasan ve ark., 2019). Bu ilişkideki olası mekanizmalardan biri sosyal desteğin tamponlayıcı etkisidir. Tamponlama hipotezi, sosyal desteğin yalnızca (veya esas olarak) stresli yaşam olayları meydana geldiğinde sağlıkla ilgili olduğunu öne sürer. Bu hipotez, sosyal desteğin, olumsuz olaylara ilişkin algıyı değiştirerek, kişinin özsaygısını, özgüvenini ve öz yeterliliğini artırarak, başa çıkma kaynaklarının transferini sağlayarak bireyleri stres olaylarının olası olumsuz etkilerine karşı koruyacağını ve dolayısıyla teşvik edeceğini öngörmektedir (Oman, 2002).

KY'li hastaların psikolojik semptomları, klinik bir tanının olmadığı durumlarda sıklıkla fark edilmez ve tedavi edilmez, bu da hastaların semptom tedavisi ve sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkilere neden olur (Sony ve ark., 2003). KY hastalarının erken ve hafif anksiyete belirtilerini tanımak için klinik sağlık çalışanlarının dikkatli davranması önerilir. Ayrıca hastaların anksiyete belirtilerini önlemek ve azaltmak için hastaların semptomlarına uygun ilgi ve psikolojik destek verilmesi, genel tedavi etkisini, hastaların tedaviye uyumunu iyileştirmek ve tedavi maliyetini azaltmak için gereklidir.

Sosyal desteğin sağlıkla olan ilişkisi üzerinde yapılan çalışmalarda iki temel yaklaşım vurgulanmıştır. Birincisi, sosyal desteğin sağlıkla doğrudan bir ilişkisi olduğunu savunur (Ana veya Doğrudan Etki Modeli) (Laan ve Petersen ML, 2008). Diğeri ise, sosyal

desteğin temel işlevinin stresli yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ruh sağlığını korumak olduğunu öne sürer (Tamponlama Etkisi Modeli) (Aneshensel ve Stone, 1982). Sosyal desteğin, farklı etkileri araştırmacıları, sosyal desteğin sağlık üzerinde doğrudan etkisi olup olmadığı veya kişiyi stresli olayların olumsuz etkilerinden koruyup korumadığı konusunda tartışmaya itmiştir (Ana veya Doğrudan Etki Modeli X Tamponlama Etkisi Modeli) (Laan ve Petersen ML, 2008).

Cohen ve Wills gibi araştırmacılar, bu iki farklı bakış açısını ele alarak incelemişler ve sonuç olarak hem doğrudan etki hem de tampon etki modellerinin geçerli olduğunu göstermişlerdir. Her iki model de bazı noktalarda doğru olsa da her biri sosyal desteğin sağlığa etkisi açısından farklı süreçleri temsil etmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

Temel Etken Olarak Sosyal Destek: Stresin varlığı bağımsız olarak sağlığımızı doğrudan etkiler; aynı zamanda, sosyal destek eksikliği hastalık oluşumuna doğrudan yol açabilir. İnsanlar geniş bir sosyal ağ içinde, partnerler, çocuklar, arkadaşlar veya komşular gibi farklı roller üstlenirler. Bu rollerin içinde sevgi görmek, değerli hissetmek ve ihtiyaç duyulduğunda yardım almak, insanın mutluluğunu ve güvenini artırır. Diğer yandan, sosyal ilişkilerin yetersiz veya bozuk olduğu durumlarda, anksiyete ve değersizlik duyguları sıkça ortaya çıkar ve ruhsal hastalıkların gelişme riskini artırabilir (Miao ve ark., 2020).

Stres Tamponu Olarak Sosyal Destek: Stresin etkileri sosyal destekle azaltılabilmektedir. Bazı bireyler, yaşam zorluklarına daha etkin bir şekilde karşılık verebilir ve zor durumlarda dahi sağlıklı kalabilir. Stresli yaşam olaylarıyla karşılaşan bireylerin genellikle ilk başvurdukları kaynağın aileleri, arkadaşları veya akrabaları gibi doğal sosyal bağlar olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda hastaların sosyal destek ağlarının, normallerden farklı olduğu keşfedilmiştir. Stresin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, sosyal destek kaynaklarının hastalık öncesi, hastalık döneminde ve tedavi sürecinde olumlu etkilerinin olduğuna dikkat çekilmektedir (Friedmann ve ark., 2006).

Sosyal desteğin yeterliliği veya yetersizliği, müdahale gerekliliğine bağlı olarak belirlenmelidir. Eğer sosyal destek ihtiyacı olduğunda kolaylıkla sağlanabiliyorsa, bu durum yeterli olarak kabul edilir. Ancak bunu elde etmek için müdahale gerekiyorsa, bu durum yetersiz olarak değerlendirilir. Hemşirenin rolü, sosyal destek sağlanmasında

kritik bir öneme sahiptir. Hemşire, sosyal destekle ilgili aşağıdaki işlevleri bilmesi gerekmektedir.

2.3.4. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü

Hemşireler, hastaların ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını belirleyerek onlara danışmanlık ve rehberlik hizmeti sunarlar. Hemşireler, hastaların çeşitli sorunlarına çözüm önerileri sunarak, sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırabilir ve daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemelerine yardımcı olabilir. Hemşireler, hastalıklarla ilgili bilgi vererek hasta ve aile üyelerini bilinçlendirmeyi amaçlarlar. Hastalık yönetimi ve kişisel bakım konularında eğitim vererek hastaların kendi sağlıklarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilirler (Okanlı ve ark., 2003).

Hemşireler, hastalara ve aile üyelerine destek gruplarına katılma imkânı sunarlar. Bu gruplar, benzer deneyimlere sahip bireyleri bir araya getirir ve sağlık sorunlarıyla başa çıkma konusunda destek sağlar. Hemşireler, destek gruplarına liderlik yaparak bireylere duygusal destek sağlar ve deneyimlerini paylaşımlarına olanak tanır. Hemşireler, hastalar ve aile üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırır ve destekleyici bir ağ oluştururlar. Bu, hastaların ve aile üyelerinin birbirleriyle deneyimlerini paylaşımları ve birbirlerine moral ve destek vermeleri için bir ortam sağlar. Hemşireler, bu ağın organize edilmesinde ve yönetiminde önemli bir rol oynarlar (Dilek ve ark., 2017).

Hemşireler, hastaların ihtiyaç duydukları sosyal destek hizmetlerini belirleyerek uygun kaynakları yönlendirebilirler. Bu, hastaların daha önce belirlenmiş sosyal destek hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırır. Hemşireler ayrıca diğer sağlık profesyonelleriyle iletişim kurarak hastaların gereksinimlerini koordine eder ve bütüncül bir bakım sağlama ağını oluştururlar. Hemşirelerin rolü arasında, sosyal destek sağlamak da yer alır ve bunun içinde danışmanlık yapma görevi bulunur. Hemşirelerin uyguladığı bir danışmanlık modelinde, ilk adım olarak bireyin karşılaştığı zorlukları tanımlaması gereklidir. Sonrasında, bireyin ana zorluğunu belirlemek ve hangi tür sosyal desteğin sunulacağına karar vermek önemlidir. Sağlanan desteğin, sorunun gelişimine olan etkisi değerlendirilmelidir. Eğer sosyal destek, sorunun gelişiminde etkili değilse, bireyin özelliklerinin belirlenmesi ve neden sosyal desteğin yetersiz olduğunun anlaşılması gerekmektedir (Hasan ve ark., 2019).

Sosyal desteğin, bireyin yaşadığı içsel veya dışsal engelleri azaltma potansiyeli bulunmaktadır. Bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkinliğini artırmak açısından önemlidir. Tüm bu unsurlar belirlendikten sonra, hemşirelerin sosyal desteğin etkisini artırmaya odaklanması gerekmektedir (Bodenheimer ve Mason, 2016). Aynı zamanda, danışmanlık sürecinde hemşirelerin sabırlı olması, empati göstermesi ve bireye güven vermesi son derece önemlidir.

Sonuç olarak, hemşirelerin sosyal destek sağlamada önemli bir rolü vardır. Hemşireler, hastaların ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını belirleyerek danışmanlık, eğitim, destek gruplarına liderlik, ağ yönetimi, raporlama ve koordinasyon gibi hizmetler sunarlar. Bu şekilde, hastaların ve aile üyelerinin sağlıklarını iyileştirmeye ve daha güçlü bir sosyal dayanışma ağına sahip olmalarına yardımcı olurlar (Korkut Bayındır ve ark., 2016).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma “Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Ölüm Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi” amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma nicel araştırma türlerinden olan tanımlayıcı ve kesitsel türdedir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ağustos 2023- Temmuz 2024 tarihleri arasında yürütülmüş olup, Siirt Eğitim Araştırma Hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kardiyoloji polikliniğinde 2 hekim görev yapmaktadır. Polikliniğe ortalama günlük 50-70 arası hasta başvurmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Siirt Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran 18 yaş üstü kalp yetmezliği tanısı almış 221 hasta oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya dahil edilme ve kriterlerini karşılayan tüm hastalardan veri toplanmıştır. Araştırma örnekleminin hesaplanmasında bilinmeyen evrenlerde örneklem hesaplama formülü (Baş, 2010) kullanılmıştır.

$$n = \frac{(t^2 \cdot p \cdot q)}{d^2}$$

n= Örneklem sayısı

t= Teorik değer (%95 güven aralığında 1.96; %99 güven aralığında 2.58)

p= İncelenen olayın görülme sıklığı (Araştırma için %15 alınmıştır)

q= İncelenen olayın görülme sıklığı (Araştırma için %85 alınmıştır)

d= Hata payı (%95 güven aralığında 0.05)

Literatüre göre Türkiye’de kalp yetmezliği görülme oranı %15 olarak belirtilmektedir (Akturan ve ark., 2016). Bu nedenle araştırmada olayın görülme sıklığı %15 ($p=0.15$) olarak alınmıştır. Yapılan hesaplama göre araştırma için alınması gereken minimum örneklem sayısının 195 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır. Veri toplama aşaması sonucunda ise 221 kişiye ulaşılmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme ölçütleri

- 18 yaş üzerinde olma
- Kalp yetmezliği tanısı almış olma
- Okur yazar olma
- Anket formlarını cevaplamaya engel olacak kadar görme problemi olmama
- Araştırmaya gönüllü olarak katılma

Katılımcıların araştırmadan hariç tutulma ölçütleri

- Okur yazar olmama
- Anket formlarını dolduramayacak derecede görme problemi olma
- Gönüllü olmama
- 18 yaş altında olma

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından Siirt Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran kalp yetmezliği tanısı almış hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket soruları için yaklaşık 10 dakika zaman ayrılması yeterli olmuştur. Anket formunu vermeden önce hastalara araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara anket formu verilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, “Kişisel Bilgi Formu (EK-1)”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 2)” ve “Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (EK 3)” kullanılarak toplanmıştır.

3.7. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, medeni durumu vb.) ve hastalık özelliklerine ilişkin araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 17 sorudan oluşan formdur.

3.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-2)

Hastalara verilen sosyal desteğin seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Oniki sorudan oluşan ölçekte her madde 1-7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir (Kesinlikle hayır-Kesinlikle evet). Ölçekten alınabilecek puan aralığı 7-84 puan arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçek 3 boyutlu bir yapıya sahiptir. Bunlardan aile (3,4,8 ve 11. Madde); arkadaşlar (6,7,9 ve 12. maddeler); özel bir insan (1,2,5, 10. maddeler). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cevaplanması kolay ve kısa olduğundan dolayı bu çalışmayı yürütenler tarafından özellikle psikiyatri hastaları ve test doldurmaya pek alışkın olmayan normaller için uygun bulundu. Önerilen alt ölçek ve özel bir bireyden alınan/algılanan desteği kapsamaktadır. Bu çalışmada elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Alt boyutlarında ise Cronbach alfa katsayısı sırasıyla Aile alt boyutu 0.87, Arkadaş 0.87 ve Özel bir insan 0.91'dir. (Eker ve Arkar, 1995). Araştırmamızda ise ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.926 olarak bulunmuştur.

3.9. Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (AKÖAÖ) (EK 3)

Ölüm Anksiyetesi ölçeği 2004 yılında Abdel-Khalek tarafından Arapça ve İngilizce olarak geliştirilmiş, Aydoğan ve arkadaşları (2015) tarafından tıp öğrencilerine uygulanarak Türk kültürüne uyarlanmıştır. Ölçek 5 faktör ve 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formu için 0.86 olarak hesaplanan Cronbach alfa değeri, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir (Aydoğan ve ark., 2015; Neimeyer ve Van Brunt, 1994). Ölçeğin açıkladığı varyans miktarı %65.6'dır. Beşli Likert tip bir ölçüm sağlamaktadır (1=Hiç ve 5=Çok fazla). Ölçekten alınabilecek puan 20 ile 100 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması ölüm anksiyetesi düzeyinin

arttığını göstermektedir. Bu araştırmada ise cronbach alfa değeri 0.919 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin alt boyutları:

- Ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku= 2., 8., 11., 16., 17. Maddeler
- Ölümün beraberindeki fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku= 5., 6., 10., 15., 19. Maddeler
- Ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku= 3., 12., 14., 18. Maddeler
- Ölümden sonrasına ilişkin korku= 7., 9., 13. Maddeler
- Ölme işinin kendisine yönelik korku= 1., 4., 20. maddeler

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılım için değişkenlere ait basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiş ve değerlerin ± 1.5 aralığında olması normal dağılım kabul edilmiştir (Bayram, 2010). Ölçeklerin güvenilirlik düzeylerini test etmek amacıyla Cronbach's Alpha (Cronbach α) değerleri kullanılmıştır.

Normal dağılım koşulu için pratik kural olarak, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin $\pm 1,0$ veya $\pm 1,5$ aralığında olması önerildiğinden ilgili değerler incelendiğinde değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal veya normale yakın dağılım sergilediği görülmüştür (Bayram, 2010). Ölçüm araçlarına ait güvenilirlik düzeyleri için Cronbach α güvenilirlik katsayıları incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre Cronbach α güvenilirlik katsayıları AKÖAÖ için 0.926, ÇBASDÖ için 0.919 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu güvenilirlik katsayıları her üç ölçeğinde yeterli düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, ortalama ve yüzdelikler verilmiştir. Değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olarak t testi ve ANOVA, parametrik olmayan değişkenler için ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizi tercih edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın etik kurul onayı, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih 31/08/2022 ve Sayı E-88012460-050.01.04-197218) (EK-4). Araştırmanın yapılacağı ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli izinler etik kurul iznini takiben alınmıştır (EK- 5). Araştırmanın hastalarına araştırmanın amacı açıklanarak kendilerinden alınacak olan bilgilerin gizliliği esasına uyulacağı beyan edilerek, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmışır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan gönüllü bilgilendirme ve onam formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK- 6). Ölçeklerin kullanımına yönelik izinler için ölçek sahiplerinden mail yolu ile izin alınmıştır (EK-7, EK-8).

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Ağustos 2023- Temmuz 2024 tarihleri arasında yürütölmüş olup, Siirt Eğitim Araştırma Hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran ve kalp yetmezliği tanısı alan hastalar ile sınırlıdır. Yapılan araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere hastaların %45.2’sinin kadın, %54.8’inin erkeklerden oluştuğu ve %79.6’nın evli, %20.4’ünün bekar olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayan hastaların oranı %10.9 iken eğitim düzeyi ilköğretim olan hastaların oranı %38.9, ortaöğretim düzeyinde olan hastaların oranı %14.9, lise düzeyinde olan hastaların oranı %21.3, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olan hastaların oranı %14’tür. Sosyal güvenceye sahip hastaların oranı %91.9 iken sahip olmayan hastaların oranı %8.1’dir. Hastaların %34.4’ünde gelir düzeyi giderinden fazla, %30,8’inin geliri giderinden az ve %34.8’inin, geliri giderine eşittir. Hastaların %29.4’ü yalnız yaşıyorken, eşi ile birlikte yaşayan hastaların oranı %41.2’dir. Eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastaların oranı ise %29.4’tür. Hastaların yaşı 26 ile 95 arasında değişmekte olup, ortalaması 60.7±13.1 olarak hesaplanmıştır. Hastaların çocuk sayısı 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması 3.1±1.8 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4. 1. Hastaların Demografik Özellikleri (n=221)

Değişken	Kategori	n	%	Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	100	45.2	Sosyal güvence	Var	203	91.9
	Erkek	121	54.8		Yok	18	8.1
Medeni durum	Evli	176	79.6	Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	76	34.4
	Bekar	45	20.4		Geliri giderinden az	68	30.8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	24	10.9		Geliri giderine eşit	77	34.8
	İlköğretim	86	38.9	Yaşadığı ortam	Yalnız	65	29.4
	Ortaöğretim	33	14.9		Eşi ile	91	41.2
	Lise	47	21.3		Eşi ve çocukları ile	65	29.4
	Üniversite ve üzeri	31	14				
	Min.-Max.	$\bar{X}$	Ss				
Yaş	26-95	60.7	13.1				
Çocuk sayısı	0-10	3.1	1.8				

Hastalar içerisinde sigara kullananların oranı % 45.2, sigara kullanmayanların oranı %54.8'dir. Alkol kullananların oranı %19.0, alkol kullanmayanların oranı %80.1'dir. Daha önce Anjiyografi olan hastaların oranı %52.5, olmayan hastaların oranı ise %47.5'tir. Başka bir hastalığa sahip hastaların oranı %73,8, sahip olmayan hastaların oranı %26.2'dir. Kalp şikayetiyle Acil servise başvuran hastaların oranı %69.2, başvurmeyen hastaşarın oranı %30.8'dir. Ailede kalp öyküsü olan hastaların oranı %66.1, olmayan hastaların oranı ise %33.9'dur. 1-3 yıl önce tanı alan hastaların oranı %35.7, 4-5 yıl önce tanı alan hastaların oranı %21.7, 5 yıldan uzun zaman önce tanı alan hastaların oranı ise %42.5'tir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Özelliklerine Ait Bulgular (n=221)

Değişken	Kategori	n	%	Değişken	Kategori	N	%
Sigara kullanımı	Evet	100	45.2	Son bir yıl içinde acile KY nedeni ile başvuru	Evet	153	69.2
	Hayır	121	54.8		Hayır	68	30.8
Alkol kullanımı	Evet	44	19.0	Ailede kalp öyküsü	Evet	146	66.1
	Hayır	177	80.1		Hayır	75	33.9
Anjiyo olma durumu	Evet	116	52.5	İlk tanı zamanı	1-3 yıl	79	35.7
	Hayır	105	47.5		4-5 yıl	48	21.7
					5 yıldan fazla	94	42.5
Başka hastalık varlığı	Evet	163	73.8				
	Hayır	58	26.2				

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamasının 55.40 ± 16.83 olduğu aile alt boyutu puan ortalaması 20.54 ± 6.29 , arkadaş alt boyut puan ortalaması 17.49 ± 6.94 , özel insan alt boyut puan ortalaması 17.36 ± 6.51 olarak bulunmuştur. Abdel Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamasının 57.36 ± 14.97 olduğu, ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku alt boyutu puan ortalaması 11.82 ± 4.73 , ölümün beraberindeki fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku alt boyutu puan ortalaması 17.75 ± 4.05 , ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku alt boyutu puan ortalaması 9.19 ± 3.70 , ölümden sonrasına ilişkin korku alt boyutu puan ortalaması 8.80 ± 2.93 , ölme olgusuna yönelik korku alt boyutu puan ortalaması 9.81 ± 2.97 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları (n:221)

Değişken		Min	Max	$\bar{X}$	SS
ÇBASDÖ Toplam Puan		12.00	84.00	55.40	16.83
Alt boyutlar	Aile	4.00	28.00	20.54	6.29
	Arkadaş	4.00	28.00	17.49	6.94
	Özel Bir İnsan	4.00	28.00	17.36	6.51
	AKÖAÖ Toplam Puan	26.00	91.00	57.36	14.97
Alt boyutlar	Ölümle ilişkili görsel uyaranların uyandırdığı korku	5.00	24.00	11.82	4.73
	Ölümün beraberindeki fiziksel ve ruhsal acıya ilişkin korku	7.00	25.00	17.75	4.05
	Ölümü hatırlatan diğer durumlarla ilişkili korku	4.00	19.00	9.19	3.70
	Ölümünden sonrasına ilişkin korku	3.00	15.00	8.80	2.93
	Ölme olgusuna yönelik korku	3.00	15.00	9.81	2.97

$\bar{X}$: ortalama; ss: Standart sapma; AKÖAÖ: Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 4.4 incelendiğinde kadın hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.7 ± 15.5 , erkek hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 54.4 ± 17.9 olup yapılan bağımsız örneklem için t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: 1.021; $p > 0.05$). Evli hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.4 ± 15.7 , bekarların ÇBASDÖ puan ortalaması 51.7 ± 20.5 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: 1.663; $p > 0.05$). Okuma yazma bilmeyen hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 48 ± 13.1 , ilköğretim mezunu hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 53.7 ± 18.1 , ortaöğretim mezunu hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.9 ± 14.9 , lise mezunu hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 58.5 ± 17.2 , üniversite ve üzeri mezunu hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 59.4 ± 15.64 olarak bulunmuştur. Yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 9.091; $p > 0.05$). Sosyal güvencesi olanların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.1 ± 16.6 , olmayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 47.2 ± 17.3 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Z: -2.187; $p < 0.05$). Geliri giderinden fazla olan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 59.5 ± 15.9 , geliri giderinden az olan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 53.9 ± 16.2 , geliri giderine eşit olan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 52.6 ± 17.7 olup yapılan ANOVA testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 3.659; $p < 0.05$). Yalnız yaşayan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 51.2 ± 18.9 , eşi ile yaşayanların ÇBASDÖ

puan ortalaması 55.2 ± 15.8 , eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 59.8 ± 15 olup, yapılan analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($F: 4.364$; $p < 0.05$).

Tablo 4.4. ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	N	$\bar{X}$	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	100	56.7	15.5	t: 1.021
	Erkek	121	54.4	17.9	p: 0.308
Medeni durum	Evli	176	56.4	15.7	t: 1.663
	Bekar	45	51.7	20.5	p: 0.098
Eğitim durumu	Okuryazar değil	24	48	13.1	KW: 9.091 p: 0.059
	İlköğretim	86	53.7	18.1	
	Ortaöğretim	33	56.9	14.9	
	Lise	47	58.5	17.2	
	Üniversite ve üzeri	31	59.4	15.6	
Sosyal güvence	Var	203	56.1	16.6	z: -2.187
	Yok	18	47.2	17.3	p: 0.029
Gelir durumu	^a Geliri giderinden fazla	76	59.5	15.9	F: 3.659 p: 0.027
	^{ab} Geliri giderinden az	68	53.9	16.2	
	^b Geliri giderine eşit	77	52.6	17.7	
	^b Yalnız	65	51.2	18.9	
Yaşadığı ortam	^{ab} Eşi ile	91	55.2	15.8	F: 4.364 p: 0.014
	^a Eşi ve çocukları ile	65	59.8	15	

$a > b$; $\bar{X}$: ortalama; ss: Standart sapma; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; t: Bağımsız gruplarda t testi; F: ANOVA; z: Kruskal Wallis H testi; z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.5 incelendiğinde sigara kullanan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 52.7 ± 17.6 , kullanmayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 57.6 ± 15.9 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: -2.152; $p < 0.05$). Alkol kullanan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 52.3 ± 17.8 , kullanmayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.2 ± 16.5 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -1.359; $p > 0.05$). Daha önce Anjiyo olan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 53.5 ± 16.8 , olmayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 57.5 ± 16.7 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -1.730; $p > 0.05$). Başka bir hastalığı olan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 53.3 ± 16.8 , olmayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 61.2 ± 15.6 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: -3.131; $p < 0.05$). Kalp şikayetiyle Acil servise başvuran hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 52.8 ± 16.9 , kalp şikayetiyle Acil servise başvurmamış hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 61.2 ± 15.3 olup, yapılan analiz

sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: -3.516; $p < 0.05$). Ailede kalp öyküsü olan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 55.1 ± 17.2 , olmayanların ÇBASDÖ puan ortalaması 55.9 ± 16.3 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -.330; $p > 0.05$). Bir-üç yıl önce tanı alan hastaların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.9 ± 14.8 , dört-beş yıl önce tanı alanların ÇBASDÖ puan ortalaması 56.6 ± 18.1 , beş yıldan uzun süre önce tanı almış olanların ÇBASDÖ puan ortalaması 53.6 ± 17.7 olup, yapılan analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (F: .988; $p > 0.05$).

Tablo 4.5. ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Hastaların Sağlıkları ile İlişkili Etmenlerle Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	Anlamlılık
Sigara kullanımı	Evet	100	52.7	17.6	t: -2.152 p: 0.032
	Hayır	121	57.6	15.9	
Alkol kullanımı	Evet	44	52.3	17.8	t: -1.359 p: 0.176
	Hayır	177	56.2	16.5	
Anjiyo olma durumu	Evet	116	53.5	16.8	t: -1.730 p: 0.085
	Hayır	105	57.5	16.7	
Başka hastalık varlığı	Evet	163	53.3	16.8	t: -3.131 p: 0.002
	Hayır	58	61.2	15.6	
Son bir yılda Kalp şikayetiyle Acil servise Başvuru	Evet	153	52.8	16.9	t: -3.516 p: 0.001
	Hayır	68	61.2	15.3	
Ailede kalp öyküsü	Evet	146	55.1	17.2	t: -0.330 p: 0.742
	Hayır	75	55.9	16.3	
İlk tanı zamanı	1-3 yıl	79	56.9	14.8	F: 0.988 p: 0.374
	4-5 yıl	48	56.6	18.1	
	5 yıldan fazla	94	53.6	17.7	

$\bar{X}$: ortalama; ss: Standart sapma; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.6’da görüldüğü üzere; kadın hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 60.3 ± 14.7 , erkek hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 55 ± 14.8 olup yapılan bağımsız örneklemeler için t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: 2.671; $p < 0.05$). Evli hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 58.2 ± 14.4 , bekarların AKÖAÖ puan ortalaması 54.2 ± 16.9 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: 1.605; $p > 0.05$). Eğitim durumu okuryazar olmayan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 58.5 ± 14.6 , ilköğretim

olanların AKÖAÖ puan ortalaması 59.6 ± 15.3 , ortaöğretim olanların AKÖAÖ puan ortalaması 57.1 ± 10.7 , lise olanların AKÖAÖ puan ortalaması 54.4 ± 16 , üniversite ve üzerinde olanların AKÖAÖ puan ortalaması 55.1 ± 16.4 olup, yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (KW: 4.137; $p > 0.05$).

Sosyal güvenceye sahip hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 56.9 ± 14.7 , sosyal güvencesi olmayan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 62.7 ± 17.2 olup, yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (Z: -1.289; $p > 0.05$). Geliri düzeyi giderinden fazla olan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 56.3 ± 14.3 , geliri giderinden az olan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 56.4 ± 15.7 , geliri giderine eşit olan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 59.3 ± 14.9 olup yapılan ANOVA testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (F: .991; $p > 0.05$). Yalnız yaşayan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 55.5 ± 16.3 , eşi ile yaşayanların AKÖAÖ puan ortalaması 57.9 ± 13.4 , eşi ve çocuklarıyla yaşayanların AKÖAÖ puan ortalaması 58.5 ± 15.7 olup, yapılan analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (F: 0.716; $p > 0.05$).

Tablo 4.6. AKÖAÖ Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	100	60.3	14.7	t: 2.671 p: .008
	Erkek	121	55	14.8	
Medeni durum	Evli	176	58.2	14.4	t: 1.605 p: 0.110
	Bekar	45	54.2	16.9	
	Okuryazar değil	24	58.5	14.6	
Eğitim durumu	İlköğretim	86	59.6	15.3	KW: 4.137 p: 0.388
	Ortaöğretim	33	57.1	10.7	
	Lise	47	54.4	16	
	Üniversite ve üzeri	31	55.1	16.4	
Sosyal güvence	Var	203	56.9	14.7	z: -1.289 p: 0.197
	Yok	18	62.7	17.2	
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	76	56.3	14.3	F: 0.991 p: 0.373
	Geliri giderinden az	68	56.4	15.7	
	Geliri giderine eşit	77	59.3	14.9	
	Yalnız	65	55.5	16.3	
Yaşadığı ortam	Eşi ile	91	57.9	13.4	F: 0.716 p: 0.490
	Eşi ve çocukları ile	65	58.5	15.7	

$\bar{X}$: ortalama; ss: Standart sapma; AKÖAÖ: Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği; t: Bağımsız gruplarda t testi; F: ANOVA; z: Kruskal Wallis H testi; z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.7’deki veriler incelendiğinde sigara kullanan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 57.6 ± 15.2 , kullanmayanların AKÖAÖ puan ortalaması 57.1 ± 14.9 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: 0.251; $p > 0.05$). Alkol kullanan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 57 ± 16.6 , kullanmayanların AKÖAÖ puan ortalaması 57.5 ± 14.6 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -0.190; $p > 0.05$). Daha önce Anjiyo olan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 60 ± 13.8 , olmayanların AKÖAÖ puan ortalaması 54.5 ± 15.7 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: 2.749; $p < 0.05$). Başka bir hastalığı olan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 59.3 ± 14 , olmayanların AKÖAÖ puan ortalaması 51.9 ± 16.3 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: 3.311; $p < 0.05$). Kalp şikayetiyle Acil servise başvuran hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 59.4 ± 14.6 , kalp şikayetiyle Acil servise başvurmamış hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 52.9 ± 15 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (t: 3.021; $p < 0.05$). Ailede kalp öyküsü olan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 58.7 ± 14.7 , kalp şikayetiyle Acil servise başvurmamış hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 54.8 ± 15.3 olup, yapılan analiz sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: 1.843; $p > 0.05$). Bir-üç yıl önce tanı alan hastaların AKÖAÖ puan ortalaması 54.2 ± 14.3 , dört-beş yıl önce tanı alanların AKÖAÖ puan ortalaması 55.3 ± 14.4 , beş yıldan uzun süre önce tanı almış olanların AKÖAÖ puan ortalaması 61.1 ± 15.1 olup, yapılan analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (F: 5.408; $p < 0.05$).

Tablo 4.7. AKÖAÖ Puan Ortalamalarının Hastaların Sağlıkları İle İlişkili Etmenlerle Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	Anlamlılık
Sigara kullanımı	Evet	100	57.6	15.2	t: 0.251
	Hayır	121	57.1	14.9	p: 0.802
Alkol kullanımı	Evet	44	57	16.6	t: -0.190
	Hayır	177	57.5	14.6	p: 0.849
Anjiyo olma durumu	Evet	116	60	13.8	t: 2.749
	Hayır	105	54.5	15.7	p: 0.006
Başka hastalık varlığı	Evet	163	59.3	14	t: 3.311
	Hayır	58	51.9	16.3	p: 0.001

Kalp şikayetiyle acil servise Başvuru durumu	Evet	153	59.4	14.6	t: 3.021
	Hayır	68	52.9	15	p: 0.003
Ailede kalp öyküsü	Evet	146	58.7	14.7	t: 1.843
	Hayır	75	54.8	15.3	p: 0.067
	^b 1-3 yıl	79	54.2	14.3	
İlk tanı zamanı	^{ab} 4-5 yıl	48	55.3	14.4	F: 5.408
	^a 5 yıldan fazla	94	61.1	15.1	p: 0.005

$a > b$; $\bar{X}$: ortalama; ss: Standart sapma; AKÖAÖ: Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği; t: Bağımsız gruplarda t testi; F: ANOVA

Tablo 4.8 incelendiğinde yaş ile AKÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (r: 0.097; $p > 0.05$). Çocuk sayısı ile AKÖAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (r: .062; $p > 0.05$). Yaş ile ÇBASDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: -0.290; $p < 0.05$). Çocuk sayısı ile ÇBASDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: -0.163; $p < 0.05$).

Tablo 4. 8. Yaş ve Çocuk Sayısının AKÖAÖ ve ÇBASDÖ Değişkenleri ile İlişkisi

Değişken	AKÖAÖ	ÇBASDÖ
Yaş	r: 0.097	r: -0.290
	p: 0.149	p: 0.000
Çocuk sayısı	r: 0.062	r: -0.163
	p: 0.358	p: 0.015

AKÖAÖ: Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.9 incelendiğinde AKÖAÖ puan ortalaması ile ÇBASDÖ puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r: -0.146; $p < 0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların AKÖAÖ Ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi

Ölçek	Ölüm Anksiyetesi
r	-0.146*
Algılanan sosyal destek	0,030
n	221

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, kalp yetmezliği olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeyini inceleyen araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Yapılan araştırmada ÇBASDÖ puan ortalaması 55.4 ± 16.8 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.3). Ölçekten alınan en yüksek (84 puan) ve en düşük puanlar (7 puan) dikkate alındığında bulunan bu puan ortalamasının üzerinde olduğu ifade edilebilir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Barutçu'nun yaptığı çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamasını 49.34 ± 17.57 olarak saptamıştır (Barutçu, 2011). Benzer şekilde Durmaz ve arkadaşlarının kronik hastalığı olan bireyler ile yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması 66.51 ± 15.40 olarak bulunmuştur (Durmaz ve ark., 2023). Sonucun geçmişten günümüze algılanan sosyal destek puan ortalamalarının çok değişmediğini, hemen hemen aynı düzeyde devam ettiğini göstermektedir.

Yapılan araştırmada AKÖAÖ puan ortalaması 57.4 ± 15 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en yüksek (100 puan) ve en düşük puanlar (20 puan) dikkate alındığında bulunan bu puanın ortalamasının üzerinde olduğu ifade edilebilir (Tablo 4.3). Benzer şekilde Uçar ve arkadaşlarının COVID-19 hastalarıyla yaptıkları çalışmada AKÖAÖ puan ortalaması 52.48 ± 17 olarak hesaplanmıştır (Uçar ve ark., 2023). Doğum ve ölüme dair farkındalığı olan insanoğlunun kontrol edemediği, yıkıcı ve kaçınılmaz olaylar karşısında çaresizlik hissine kapılabilmekte (Çölgeçen 2020) ve dolayısı ile anksiyete yaşayabilmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları cinsiyet açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p > 0.05$). Literatürde bu bulguya ilişkin olarak benzer sonuçların alındığı birçok çalışma belirlenmiştir. Akbulut, hipertansiyon hastalarında algılanan sosyal desteğin cinsiyet ile aralarında anlamlı farklılık oluşturmadığını belirlemiştir (Akbulut, 2019). Aras ve Tel, KOAH hastalığı olan bireylerde cinsiyetlerin, algılanan sosyal destek

düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını bildirmiştir (Aras ve Tel, 2002). Aydıner Boylu ve Günay, yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin cinsiyet durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemiştir (Aydıner Boylu ve Günay, 2018). Ünsal ve Karakurt'un çalışmasına göre sosyal desteğin bir insani ihtiyaç olduğu, erkek ve kadın için benzer duygular içerdiği belirtilmiştir (Ünsal ve Karakurt, 2021). Literatürde farklı olarak Unger ve Jacobs ise çalışmasında KOAH'lı hastalara sağlanan sosyal destekten kadın hastaların daha fazla yararlandıkları, daha az sorun yaşadıkları saptanmıştır (Unger ve Jacobs, 1995). Ünsal ve Karakurt koroner kalp hastalığı olan bireylerde erkek hastaların, arkadaştan gelen sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğunu belirlemiştir (Ünsal ve Karakurt, 2021). Bu durumun toplumumuzun ataerkil bir yapıya sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları medeni durum açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p>0.05$). Literatürde benzer şekilde Aydıner Boylu ve Günay yaşlı ve kronik hastalığı olan bireyler ile yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Aydıner Boylu ve Günay, 2018). Chen ve arkadaşları KOAH hastalarının algıladıkları sosyal desteğin evli olma durumu ile anlamlı bir etkisinin olmadığı saptamıştır (Chen ve ark., 2017). Aras ve Tel, KOAH hastalığı olan bireylerde medeni durumun algılanan sosyal destek ile anlamlı bir farklılık oluşturmadığını bildirmiştir (Aras ve Tel 2002). Tüm bu sonuçlar araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Kalp yetmezliği tanısı almış hastaların eş ve çocuklarından aldığı sosyal destek hastalar açısından oldukça önemlidir. Literatürde farklı olarak Wang ve arkadaşları evli bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Wang ve ark., 2006). Akbulut, hipertansiyon hastalarının tedavi sürecinde sosyal destek etkisini belirlemeye çalıştığı çalışmada evli hastaların, aileden, arkadaştan, aile dışından algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğunu bununda tedaviye olumlu etki ettiğini belirlemiştir (Akbulut 2019). Altunışık ve Doğan, KOAH'lı evli hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Altunışık ve Doğan, 2023). Ünsal ve Karakurt'un çalışmasında evli erkeklerin eş desteğine daha fazla ihtiyaç duyduğunu belirlemiştir, ayrıca sosyal desteğin insani bir ihtiyaç olduğunu bunun erkek ve kadın bireyler için benzer duygular içerdiğini belirtmiştir (Ünsal ve Karakurt, 2021). Bu durumun toplumsal yapıdan kaynaklı

olabileceği, toplumumuzda anne babalarıyla yaşayan bekarların ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin hasta için önemli olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları eğitim durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p>0.05$). Literatürde bu bulguya ilişkin olarak; Aras ve Tel, kronik akciğer hastalığı olan bireylerde eğitim durumları ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (Aras ve Tel, 2002). Ünsal ve Karakurt'un KOAH hastalarının eğitim durumlarıyla algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirlenmiştir (Ünsal ve Karakurt, 2021). Literatürde farklı sonuçların alındığı çalışmalardan Akbulut'un çalışmasında üniversite mezunu hipertansiyon hastalarının aile dışından algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Akbulut, 2019). Aydın Boylu ve Günay, yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin eğitim durumu yükseldikçe algıladıkları sosyal desteğin azaldığını belirlemiştir (Aydın Boylu ve Günay, 2018). Aras ve Tel, KOAH hastalığı olan hastalarda yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin arkadaş desteğinden daha fazla etkilendiğini belirlemiştir (Aras ve Tel, 2009). Altunışık ve Doğan çalışmasında lise ve lisans mezunu olan KOAH'lı hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu okuryazar olmayanların, ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre algılanan sosyal desteğin daha düşük olduğunu ve bu sonucun eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin özgüveninin daha yüksek, iletişime daha açık ve daha geniş sosyal ağa sahip olabileceğine bağlamıştır (Altunışık ve Doğan, 2023). Bu durumun örneklem grubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları sosyal güvencesi olma açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde sosyal güvencesi olanların algıladıkları sosyal desteğin, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun kalp yetmezliği tanısı olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin aile ve çevreden alınan moral desteği gibi sağlık kurumlarından alınan sağlık hizmetini de bir sosyal destek olarak algılaması olarak değerlendirilmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Literatürde bu bulguyu desteklemeye ilişkin çalışma bulunmamıştır. Farklı sonuçların alındığı çalışmalardan; Akbulut hipertansiyon hastalarının sosyal güvencesi olup-olmaması durumunun,

algılanan sosyal destekte anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşmıştır (Akbulut, 2019). Yine Altunışık ve Doğan'ın yaptığı çalışmada KOAH'lı hastaların sosyal güvence olup/olmama durumunun, algıladıkları sosyal destekte anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (Altunışık ve Doğan, 2023).

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları gelir durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde gelir düzeyine göre geliri giderinden fazla olan hastaların, algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bu bulguya ilişkin olarak Akbulut çalışmasında hipertansiyon hastalarında orta ve yüksek gelirli hastaların aileden alınan sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Akbulut, 2019). Bu sonuç araştırma bulgularıyla benzerlik göstermiştir. Turnier ve arkadaşlarına göre; gelir düzeyi yüksek olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Turnier ve ark., 2021). Bu durumun gelir düzeyi yüksek bireylerin çevreden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu, gelir ile sosyal ilişkilerin ilişkilendirildiği şeklinde değerlendirilmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları aile bireylerinin birliktelik durumları açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış yalnız yaşayan hastaların, eşi ile yaşayanların ve eşi ile çocuklarıyla yaşayanlara göre algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatür incelemelerinde aileden algılanan sosyal desteğin önemine ilişkin pek çok çalışma bulunmaktadır. Akbulut çalışmasında, eşi, eşi ve çocukları, diğer akrabalarıyla yaşayan hipertansiyon hastalarının yalnız yaşayan hastalara göre aileden ve arkadaşlarından algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Akbulut, 2019). Murberg ve arkadaşları konjestif kalp yetmezliği tanısı olan hastaların eş, çocuk ve akrabalarından algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (Murberg ve ark., 1998). Güneş ve Altıok'un kalp yetmezliği hastalarının da dahil olduğu kronik hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal desteği inceledikleri çalışmada hastaların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (Güneş ve Altıok, 2009). Wang ve arkadaşları kalp nakli bekleyen hastalarda yaptığı çalışmada, aile ve özellikle eşlerin daha çok destek sağladıklarını bulmuşlardır (Wang ve ark., 2006). Aydın Boylu ve Günay'ın kronik hastalığı olan

yaşlılar ile yaptığı çalışmasında algılanan sosyal desteğin en yüksek ailesiyle birlikte yaşayanlar olduğu saptanmıştır. Ayrıca aile birlikteliği olmasa bile çocuklarıyla sık sık görüşen hastalarında algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu saptanmıştır (Aydiner Boylu ve Günay, 2018). Card ve arkadaşları çalışmasında KOAH'lı hastaların sosyal desteğe en fazla ihtiyaç duyduğu bireylerin eşleri olduğunu, belirlemişlerdir (Card ve ark., 1993). Altunışık ve Doğan KOAH'lı geniş aile yapısına sahip hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Altunışık ve Doğan, 2023). Robinson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda hastaların sosyal desteğe sırasıyla en fazla ailelerinden, sağlık çalışanlarından ve yakın çevresinden gördükleri; ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin bireyleri rahatlattığı bildirilmiştir (Robinson ve ark., 2018). Sayers ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kalp yetmezliği hastalarının algıladıkları sosyal desteğin en fazla arkadaşlarından olduğunu belirtmiştir (Sayers ve ark., 2008). Bu durum aile birlikteliğinden kaynaklı moralin, hastaların algıladıkları sosyal desteği arttırdığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları yaş açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan korelasyon analizine göre istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p<0.05$). Kaçan Softa ve arkadaşları'nın yaptığı çalışmada bireylerin yaşları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir fark görülmüştür (Kaçan Softa ve ark., 2016). Özvurmaz'ın yaptığı çalışmada ise yaş ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Özvurmaz, 2018). Bu durumun yaşlanma süreci ile beraber bireylerde çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelmesi ve buna bağlı olarak sağlık sorunlarının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları sigara kullanma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde sigara kullananların algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum sigara kullanan bireylerin daha da yalnızlaştıklarını ve sosyal destek almaktan çekindiklerini göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarının sigara içme durumunun, tedaviye uyumu ve algılanan sosyal desteği azalttığı belirlenmiştir (Busnel ve ark., 2001; Ünsal ve Karakurt, 2021). Literatürde bu bulguya

ilişkin olarak farklı sonuçların alındığı Akbulut, çalışmasında sigara kullanımı ile algılanan sosyal destek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akbulut, 2019). Altunışık ve Doğan, çalışmasında KOAH'lı hastaların sigara içme durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiş fakat pasif içici olanların aile desteğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Altunışık ve Doğan'ın yaptıkları çalışmada bu durum sigara dumanına maruz kalmamak için sigara içilen ortamlardan uzaklaşma ihtiyacı duymaya bağlanmıştır (Altunışık ve Doğan, 2023). Kamran ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptıkları çalışmada sigara kullananların sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (Kamran ve ark., 2014). Wenn ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da sigara kullanmama önerilerine uyan hastaların algıladıkları sosyal desteğin, sigara kullanan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Wenn ve ark., 2022). Bu durumun sigaraya bağlı gelişebilecek hastalıklar ve bu hastalıklar sebebiyle yaşanabilecek acı, ağrı, özbakımda yetersizlik/bağımlı olma endişesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları alkol kullanma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p>0.05$). Litaratürde benzer sonuçların elde edildiği Akbulut'un çalışmasında, alkol kullanım durumu ile algılanan sosyal destek ölçeği kullanılarak elde edilen puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Akbulut, 2019). Araştırma ile Akbulut'un çalışmasındaki sonuçlar örtüşmektedir. Toplumumuzda alkol tüketiminin normalleşmesi nedeniyle algılanan sosyal desteği etkilemediği düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha önce anjiyo olma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p>0.05$). Litaratürde bu alanda bir bulguya rastlanılmamıştır. Bu sonucun anjiyo işleminin kalp yetmezliği tedavisi gibi uzun soluklu olmaması ve anjiyo işleminin kalp yetmezliği hastalığının seyrine az etki etmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları ek hastalık olup-olmama durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p<0.05$). Litaratürde bu alanda bir bulguya rastlanılmamıştır.

Kalp yetmezliği tanısı olan hastaların ek hastalığa sahip olmasının hasta üzerinde olumsuzluk oluşturduğu ve daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları son bir yıl içinde kalp şikayetiyle acil servise başvurma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; $p<0.05$). Literatürde bu alanda bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Akut gelişen durumların belirsizliği nedeniyle bu sonucun ortaya çıktığı dūřünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları ailede kalp öyküsü olup-olmama durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6; $p>0.05$) Literatürde bu alanda bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Kalp yetmezliği hastalığının genetik kaynaklı olması ve başka aile bireylerinde kalp hastalığının bulunmasının kalp yetmezliği hastalarının algıladığı sosyal desteği etkileyici bir faktör olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Algılanan sosyal destek puan ortalamaları hastalık tanısı süresi açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6; $p>0.05$). Literatürde bu bulguya ilişkin olarak Akbulut'un çalışmasında da tanı alma süresi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Akbulut, 2019). Bu durumun hastalık tanı ve tedavi süresinin uzamasının hasta ve hasta yakınları tarafından kabul gördüğu, bu durumla yaşama devam etme zorunluğu olarak görüldüğu ve zamanla sosyal desteğin azaldığı şekilde yorumlanmaktadır.

Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek ile yaş arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($r:-0.290$; $p<0.05$). Araştırma ile benzer sonuçların alındığı Akbulut ve şahin'in hipertansiyon hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaş arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir (Akbulut, 2019; şahin, 2012). Güneş ve Öner'in kronik hastalığı olan bireylerde algılanan sosyal destek ve ümitsizlik durumlarının yaş ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Güneş ve Öner, 2009). Bu bulguyla ilişkili olarak kalp yetmezliği hastalarıyla ilgili toplumda "genç yaşta ölüm" durumunun daha acı verici bir durum olması nedeniyle daha fazla sosyal destek verildiği şeklinde yorumlanmaktadır.

Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek ile çocuk sayısı arasında negatif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($r: -.163; p<0.05$). Benzer sonuçların alındığı Akbulut'un hipertansiyon hastalarıyla yaptığı çalışmasında sahip olunan çocuk sayısının algılanan sosyal destek ile anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Akbulut 2019). Kronik hastalığı olan bireylerde algılanan sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmalardan; Barutçu'nun ailelerden ve çevreden algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığı, anksiyeteye olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (Barutçu, 2011). Dennis ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalarda algılanan sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu durumun ailedeki birey sayısının artmasıyla algılanan sosyal desteğin de artmasından kaynaklandığı dşnlmektedir (Dennis ve ark., 2008).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları cinsiyet açısından incelendiğinde kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldığı ve gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3, $p<0,05$). Literatür incelendiğinde Yan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da kalp yetmezliği tanısı almış kadınların ölüm anksiyetesi düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yan ve ark., 2022). Yine Soleimani ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Lester ve arkadaşlarının yapmış olduğu metaanalize göre Templer lm Kaygı leği'nin kullanıldığı 40 çalışmanın 37'sinde kadınların ölüm anksiyetesi düzeyinin erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Lester ve ark., 2007). Bu sonuçlar araştırmada elde edilen sonuçlar ile örtüşmektedir Ancak Buruntekin tarafından yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerde bu oranın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Buruntekin 2022). Araştırma bulgularından farklı olarak Buruntekin tarafından yapılan çalışmada, erkeklerin kadınlara göre ölüm anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş, çalışma sonucunun farklılığı ise örneklem grubuna bağlanmıştır (Buruntekin, 2022). Ayrıca literatür incelemelerindeki bu farklılıklara sebep olarak anne ve kadın rlnn gösterilebileceği, kadınların ailesine olan bağlığı ve onlardan kopamama olarak değerlendirilebilir (Yan ve ark., 2022; Kastenbaum, 2007). Genel olarak değerlendirildiğinde ise kadınların ölüm anksiyetesi düzeyinin yüksek olmasının toplumsal değerlerinden, kadının rolünden ve bu role uyma durumundan kaynaklı olabileceği, korku ve anksiyete durumlarında duygusal olarak tepki verdikleri ve duygularını saklamadıklarından kaynaklandığı dşnlmektedir.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları medeni durum açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3, $p>0.05$). Literatür incelemelerinde kalp yetmezliği tanısı alan hastaların ölüm anksiyetesi düzeyinin, medeni duruma göre karşılaştırmasına ilişkin çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat Canlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli bireylerin ölüm anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Canlı ve ark., 2023). Yapılan başka bir çalışmada dul kalmanın ölüm anksiyetesi düzeyini artırdığı saptanmıştır (Kastenbaum, 2007). Türkiye’de yapılan bir çalışmada evli olanların bekar olanlara göre ölüm anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erdoğan ve Özkan, 2007). Yıldız’ın çalışmasında medeni durum ile ölüm anksiyetesi düzeyi arasında bir ilişki bulunmazken (Yıldız,1998), Turgay’ın çalışmasında evli olanların ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Turgay, 2003). Bu durumun yanı sıra çocuk sahibi olmak bireylerde ölüm anksiyetesi düzeyini artırmaktadır. Bireyin çocuğunun olmasının ve bu durumun öldükten sonra bir devamlılık olarak düşünülmesinin ölüm anksiyetesi düzeyi açısından olumlu etkilerinin olduğu savunulmuştur (Ertufan, 2008). Bu farklılıkların sebebi olarak hastalığın ciddiyetinin ve kalp yetmezliği hastalığının toplumsal algısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca eş ve çocuklara sahip kişilerin ölüm anksiyetesi düzeyindeki farklılığı da eş ve çocuklarına karşı duydukları sorumluluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları eğitim durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3; $p>0.05$). Literatür incelendiğinde araştırma bulgularıyla benzerlik gösteren Alioğulları’nın çalışmasında COVID-19 hastalarının ölüm anksiyetesi düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Alioğulları, 2021). İncelenen diğer bir çalışmada yaşlı bireylerin ölüm anksiyetesi düzeyinin eğitim durumu ile farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (Öztürk ve ark., 2011). Araştırmamızdan farklı olarak Erdoğan’nun yapmış olduğu farklı dini inançlara sahip bireyler ile yaptığı çalışmasından elde edilen bulgu sonucuna göre eğitim düzeyinde yükselme oldukça ölüm anksiyetesinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Erdoğan ve Özkan, 2007). Eğitim seviyesi farketmeksizin toplumsal inanç gereği bireylerde ölümün her an gelebileceği algısı, ölüm anksiyetesi düzeyi ile eğitim durumunun ilişkilendirilmediği şeklinde yorumlanabilir.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları sosyal güvenceye sahip olma/olmama durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3; $p>0.05$). Literatür incelemelerinde Kaba'nın huzurevinde yaşayan yaşlılar üzerine yaptığı çalışma sonucuna göre sosyal güvenceye sahip olup-olmama durumu bireylerin ölüm anksiyetesi düzeyinde istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Kaba, 2019). Bu sonuç araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu durumun sosyal güvence olup olmama durumunun ölüm anksiyetesi düzeyini etkilemediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları gelir düzeyi açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3; $p>0.05$). Bu sonuca ilişkin olarak araştırma grubu arasında büyük bir gelir farklılığının bulunması, kültürel ve dini inançlarının gereği ölüm kaygılarının benzer düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde araştırma bulgularıyla benzerlik gösteren çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırma bulgularıyla farklılık gösteren çalışmalardan Aggelopoulou ve arkadaşlarının Yunanistan'da ölüm kaygısı, depresyon ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında düşük gelir düzeyi olan bireylerin, yüksek gelir düzeyine sahip bireylere göre ölüm anksiyetesi düzeyinde anlamlı bir farklılığın olduğu gözlemlenmiştir (Aggelopoulou ve ark., 2018). Aburuz tarafından yapılan çalışmada kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde gelir durumunun ayırt edici bir özellik olduğu, yüksek gelir grubuna sahip hastaların daha iyi tedavi olma imkanlarının olması bireylerin ölüm anksiyetesi düzeyini düşürücü bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Aburuz, 2018). Tümkiye ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada düşük gelir düzeyinin kişilerin yaşam doyumu, depresyon, ölüm kaygısı ve umutlu olma düzeylerini olumsuz etkilediği, yüksek gelire sahip olan kişilerin, iyi tedavi imkanlarına sahip olması nedeniyle ölüm kaygısını daha az deneyimlemeye ve hayata daha sağlıklı bakmalarını sağladığı belirtilmiştir (Tümkiye ve ark., 2007).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları ailenin yaşantı birlikteliği durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3; $p>0.05$). Bu sonuca ilişkin olarak araştırma grubu arasında kültürel ve dini inançlarının gereği ölüm kaygılarının benzer düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde araştırma bulgularıyla benzerlik

gösteren çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırma bulgularıyla farklılık gösteren çalışmalardan Tel, evde yaşayan yaşlılarda ölüm anksiyetesi düzeyini incelediği çalışmasında eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlı bireylerin ölüm anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Tel, 2020). Gündoğan, yaşlılarda algılanan sosyal destek ve ölüm anksiyetesi düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında algılanan sosyal destek açısından aile desteği olan yaşlı hastaların ölüm anksiyetesi düzeyini artıran en önemli sosyal desteğin olduğunu saptamıştır. Bu farklılığın sebebi olarak aile birlikteliği olan hastaların onları yalnız bırakacağı, eş ve çocuklarından ayrılma duygusundan kaynaklı olabileceğini bildirmiştir (Gündoğan, 2022).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları yaş açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p>0.05$). Bu sonuca ilişkin olarak araştırma grubu arasında kültürel ve dini inançlarının gereği ölüm kaygılarının benzer düzeyde olması kalp yetmezliği hastalığı tanısı olan hastaların her yaşta ölümle sonuçlanabileceği genel kabul algısından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde araştırmadan farklı olarak Ebrahimi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ölüm anksiyetesinin yaşlı bireylerde daha yoğun yaşandığı belirlenmiştir (Ebrahimi ve ark., 2018). Yan ve arkadaşları tarafından yapılan yaşlılarda algılanan sosyal destek ile ölüm anksiyetesi düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, ölüm anksiyetesinin yaşlı bireylerde daha yoğun yaşandığı saptanmıştır (Yan ve ark., 2022). Yine aynı şekilde Aburuz tarafından yapılan kalp yetmezliği olan hastalarda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada yaş arttıkça ölüm anksiyetesinin, depresyonun arttığı, yaşam kalitesinin azaldığını saptamış, yaşlılığın ölüm anksiyetesi düzeyini arttırdığını saptamıştır (Aburuz, 2018). Araştırma sonuçlarındaki farklılığın örneklem grubunun yaş ortalamasının, orta yaş grubunda olmasından kaynaklandığı şeklinde değerlendirilmektedir. Tüm araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde ileri yaşlarda ölüm gerçeği ile yüzleşme durumunun daha yüksek olması ölüm kaygılarının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları sigara içme durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo

4.7; $p>0.05$). Literatür incelendiğinde benzer şekilde Bayrak ve arkadaşları ve Buruntekin tarafından yapılan çalışmalarda da kalp yetmezliği tanısı almış bireylerin ölüm anksiyetesi düzeyleri ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bayrak ve ark., 2019; Buruntekin, 2022). Bu sonuç sigara içmenin toplumsal olarak normalleştiği, sigaranın zararlarının bilinmesine rağmen, alışkanlıklardan kurtulma konusunda yeterli özgüvene sahip olmadıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları alkol kullanma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p>0.05$). Bu sonuca ilişkin olarak araştırma grubu arasında kalp yetmezliği hastalığı tanısı olan hastaların alkol kullanım alışkanlığının düşük seviyede olması ve alkol kullanım sıklığının az olmasından, bu alışkanlıktan vazgeçememe durumundan kaynaklandığı, kalp yetmezliği hastalığının sonuçlarını bilmelerine rağmen kendilerini rahatlattığı algısına sahip olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Literatür incelendiğinde benzer şekilde alkol bağımlısı olan hastalarda alkol kullanımına başlama yaşının ve alkol kullanım süresinin ölüm anksiyetesi düzeyi ile arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir (Çiçek, 2021). Bu sonuç araştırma bulgularıyla benzerlik göstermiştir.

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları ailede kalp yetmezliği öyküsünün olma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p>0.05$). Bu sonuç toplumun ölümü yadsımadığı, genetik faktörlerin etkili olduğu bilgisine sahip olduğu bunun ölüm anksiyetesine etkisinin olmayabileceğini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Yılmazın kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısını incelediği çalışmasında ailede benzer hastalık olma durumuna göre ölüm anksiyetesi düzeyi arasında anlamlı bir fark belirtilmemiştir (Yılmaz, 2011).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları daha önce anjiyografi olma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde daha önce anjiyo olan hastaların ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucun kalp yetmezliği hastalarının anjiyo yapılmadan önce hastalığın sonuçlarını deneyimlemesinin ölüm anksiyetesi düzeyini arttırdığı şeklinde değerlendirilmektedir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde anjiyografi yapılan kalp hastalarının

yapılmayanlara göre ölüm anksiyetesi düzeyinin anlamlılık oluşturacak şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir (Yılmaz 2011).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları ek bir hastalığın olma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde ek bir hastalığı olanlarda anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ek bir hastalığı olan hastaların ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığın, kalp yetmezliği hastalığının tedavisi ve sosyal yaşamı etkileyen bir faktör olduğu ve bu durumun hastanın yaşam kalitesini azaltıcı bir etki oluşturduğu ve ölüm anksiyetesi düzeyini yükselten bir etki yaptığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Yılmaz'ın kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısını incelediği çalışmasında ek kronik hastalığı olan kalp hastalarının ölüm anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz, 2011). Elbi ve Sertöz'ün çalışmasında, ek hastalığı olan iskemik kalp hastalarının, ek hastalığı olmayan hastalara göre ölüm anksiyetesi düzeyinin anlamlı şekilde yüksek çıktığı saptanmıştır (Elbi ve Sertöz, 2009). Literatürlerde kronik sağlık sorunlarının ölüme ilişkin kaygı ve korkuları arttırabileceği belirtilmektedir (Elbi ve Sertöz, 2009; Baydoğan ve Dağ, 2008). Sağlık sorunlarına ilişkin kaygı arttıkça ölüm kaygısının da arttığı görülmüştür (Işıl ve Karaca, 2009).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları son bir yılda kalp şikayetiyle acil servise başvurma durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p<0.05$). Son bir yılda kalp şikayetiyle acil servise başvuran hastaların ölüm anksiyetesi düzeyinin başvurmayanlara göre anlamlılık oluşturacak derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca ilişkin olarak acil servise başvurmayı gerektirecek bir durumda hastanın ani gelişen olay anındaki çaresizliği ya da olabilecek en kötü senaryoyu düşünmesinden dolayı ölüm anksiyetesi düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülebilir. Bu bulguya ilişkin olarak hastaların ani kalp rahatsızlığı şikayetinin ölüm anksiyetesini arttırdığı çalışmalar da belirlenmiştir (Yılmaz 2011; Elbi ve Sertöz 2009).

Ölüm anksiyetesi puan ortalamaları hastalık tanı süresi açısından incelendiğinde gruplar arasında yapılan istatistiki analizde anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7; $p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerden hastalık tanı süresine göre tanı

süresi arttıkça ölüm anksiyetesi düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Hastalığın tedavi sürecinin uzun olması hastanın sosyal hayatını, aile ve çevresel ilişkilerini etkileyen önemli bir faktördür. Bu durumun hastanın yaşam kalitesini azaltıcı bir etki oluşturduğu ve ölüm anksiyetesi düzeyini artırıcı bir etki ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Yılmaz'ın çalışmasında kalp ve hemodiyaliz hastalarının hastalık tanısı süresi ile ölüm anksiyetesi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (Yılmaz, 2011).

Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ölüm anksiyetesi puan ortalaması ile algılanan sosyal destek puanı arasında istatistiksel açıdan negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatür incelemelerinde ve araştırma bulgularıyla kalp yetmezliği tanılı hastalara yakın aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık çalışanları tarafından sunulan sosyal desteğin ölüm anksiyetesi düzeyini azalttığı sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca kalp yetmezliği olan hastalara verilen sosyal desteğin hastanın ölüm anksiyete düzeyini olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır. Algılanan sosyal destek arttıkça ölüm anksiyetesi azalmaktadır. Bu sonuç kalp yetmezliği tanılı hastalara aile ve çevreden verilen sosyal desteğin, hastaların ölüm anksiyetesi düzeyini azalttığını göstermektedir. Yan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde; özellikle aile bakımı ve sosyal ekonomik yardım başta olmak üzere algılanan sosyal destek arttıkça ölüm anksiyetesi düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Yan ve ark., 2022). Yine Aburuz tarafından yapılan çalışmada da algılanan sosyal destek arttıkça ölüm anksiyetesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Aburuz, 2018). Literatür incelendiğinde araştırma bulgularından farklı olarak Yılmaz ve Ergun'un yaptıkları çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek ile ölüm anksiyetesi düzeyleri arasında, istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki gözlemlenmemiştir (Yılmaz ve Ergun, 2018). Tagaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, algılanan sosyal desteğin yüksek oluşunun ölüm anksiyetesi düzeyinin azalmasını etkilemediği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra aynı çalışmada, algılanan sosyal desteğin yüksek oluşunun ölüm anksiyetesiyle baş etmeye yardımcı olacağı ifade edilmiştir (Tagaya ve ark., 2000).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek arttıkça ölüm anksiyetesi azalmaktadır.
- Kalp yetmezliği tanısı almış kadınların ölüm anksiyetesi düzeyi erkeklerden daha yüksektir. Diğer taraftan kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ölüm anksiyetesi düzeyi medeni durumuna göre, eğitim durumuna göre, sosyal güvenceye sahip olma/olmama durumuna göre, gelir durumuna göre, birlikte yaşanan bireylere göre değişiklik göstermemektedir.
- Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi sosyal güvenceye sahip olanlarda, olmayanlardan daha yüksektir. Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi geliri giderinden fazla olanlarda daha yüksektir. Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerde en yüksek, yalnız yaşayan bireylerde en düşük düzeydedir. Diğer taraftan kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi cinsiyete göre, medeni durumuna göre, eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir.
- Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ölüm anksiyetesi düzeyi daha önce anjiyo olan bireylerde almayanlardan, başka bir hastalığa da sahip bireylerde, başka hastalığa sahip olmayanlardan, kalp şikayetiyle Acil servise başvurmuş bireylerde, acil servise başvurmayanlardan, beş yıldan uzun süre önce tanı alan bireylerde daha kısa süre tanı almış olanlardan daha yüksektir. Diğer taraftan kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ölüm anksiyetesi düzeyi sigara içme durumuna göre, alkol kullanma durumuna göre ve ailede kalp öyküsü olma durumuna göre değişiklik göstermemektedir.
- Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi sigara içmeyen bireylerde içenlerden, başka bir hastalığa sahip olmayan bireylerde, başka hastalığa sahip olanlardan, kalp şikayetiyle Acil servise başvurmamış bireylerde, acil servise başvuranlardan daha yüksektir. Diğer taraftan kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi alkol kullanma

- durumuna göre, anjiyo olma durumuna göre, ailede kalp öyküsü olma durumuna göre, tanı alınan yıla göre değişiklik göstermemektedir.
- Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde ölüm anksiyetesinin yaş ve sahip olunan çocuk sayısı ile ilişkisi yoktur.
- Kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde yaş ve çocuk sayısı arttıkça algılanan sosyal destek azalmaktadır.

Öneriler

- Kalp yetmezliği olan hastalar için sosyal destek programlarının geliştirilmesi önemlidir. Bu programlar, hasta ve hasta yakınlarının duygusal destek, bilgi paylaşımı ve pratik yardımlaşma imkanları sunabilir.
- Sağlık çalışanları arasında kalp yetmezliği hastalarının psikososyal ihtiyaçlarına odaklanan eğitimler düzenlenmeli ve farkındalık artırılmalıdır. Bu sayede hastaların duygusal destek alma konusundaki gereksinimleri daha iyi anlaşılabilir ve uygun yardım sağlanabilir.
- Kalp yetmezliği olan hastaların ölüm anksiyetesi düzeyini azaltmaya yönelik bireysel ve grup terapileri desteklenmelidir. Bu terapilerde, hasta ve hasta yakınlarının endişeleri ele alınarak sağlıklı başa çıkma mekanizmaları öğretilmeli ve desteklenmelidir.
- Kalp yetmezliği ile başa çıkmayı destekleyen sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının teşvik edilmesi gerekmektedir. Hastalara düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme ve stres yönetimi gibi konularda eğitim verilmeli ve destek sağlanmalıdır.
- Aileler ve yakın çevre, kalp yetmezliği olan hastalara destek olmalı ve onların duygusal ihtiyaçlarını anlayışla karşılamalıdır. Hasta yakınlarına yönelik danışmanlık hizmetleri sunulmalı ve onların da kendilerine öz bakımlarını ihmal etmemeleri teşvik edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A. M. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its Development, Validation and Results in Three Arab Countries. *Death Studies*, 28(5), 435-457.
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death Anxiety in Clinical and Non-clinical Groups. *Death Studies*, 29(3), 251-259.
- Abdel-Khalek, A. M., Lester, D., Maltby, J., and Tomás-Sábado, J. (2009). The Arabic Scale of Death Anxiety: Some Results from East and West. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 59(1), 39-50.
- Aburuz, M. E. (2018). Anxiety and Depression Predicted Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 367-373.
- Acar Demirel, C. (2023). *Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir.
- Adler, E. D., Goldfinger, J. Z., Kalman, J., Park, M. E., and Meier, D. E. (2009). Palliative Care in the Treatment of Advanced Heart Failure. *Circulation*, 120(25), 2597-2606.
- Aggelopoulou, Z., Fotos, N. V., Chatziefstratiou, A. A., Giakoumidakis, K., Elefsiniotis, I., and Brokalaki, H. (2017). The Level of Anxiety, Depression and Quality of Life Among Patients With Heart Failure in Greece. *Applied Nursing Research*, 34, 52-56.
- Akbulut, G. (2019). *Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum* (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Akdemir, N. (Ed.). (2021). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Akademisyen Kitabevi.
- Akıncı, A. Ç., Zengin, N., ve Buğu, Y. (2014). Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 52-61.
- Aksüllü, N., ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
- Akturan, S., Gümüş, B., Özer, Ö., Balandız, H., ve Erenler, A. K. (2019). TÜİK Verilerine Göre Türkiye'de 2009 ve 2016 Yılları Arasındaki Ölüm Oranları ve Nedenleri. *Konuralp Medical Journal*, 11(1), 9-16.
- Albert, N., Trochelman, K., Li, J., and Lin, S. (2010). Signs and Symptoms of Heart Failure: are you Asking the Right Questions?. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 443-452.
- Alioğulları A. (2021) *Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Altunışık B., Doğan N. (2023). KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 25(3), 1-22

- Aneshensel, C. S., and Stone, J. D. (1982). Stress and Depression: A Test of the Buffering Model of Social Support. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1392-1396.
- Aras A., ve Tel H. (2002) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *4.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı*, 25-29 Eylül 2002, Antalya
- Aras, A. ve Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10(2), 63-68.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Avcı, A., Çavuşoğlu, E., ve Yılmaz, M. (2022). Kalp Yetmezliği Olan Hastanın İda Jean Orlando'nun Etkileşim Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(32), 180-186.
- Aydın, A., Kahraman, N., ve Hiçdurmaz, D. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 40-47.
- Aydiner Boylu, A. Günay G. (2018) Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 1351-1363.
- Aydoğan, A. S., Gülseren, Ş., Sarıkaya, Ö. Ö., ve Özen, Ç. (2015). Reliability and Validity of the Turkish Version of Abdel-Khalek's Death Anxiety Scale Among College Students. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 371.
- Bal, U., Çakmak, S., ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Barutçu, C. D., ve Mert, H. (2013). Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 88-92.
- Bayrak, B., Oğuz, S., Karabulut, Z., Çelik, S., ve Kodak, C. (2019). Kalp yetersizliği Hastalarında Ölüm Anksiyetesinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(23), 97-104.
- Bayram, N. (2010). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Amos Uygulamaları*. Ankara: Ezgi Kitabevi.
- Bennett, S. J., Baker, S. L., and Huster, G. A. (1998). Quality of Life in Women With Heart Failure. *Health Care for Women International*, 19(3).
- Bilge, A., Embel, N., ve Kaya, F. G. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(3).
- Bodenheimer, T., and Mason, D. (2016) Registered Nurses: Partners in Transforming Primary Care. In *Preparing Registered Nurses for Enhanced Roles in Primary Care*. Bodenheimer T, Mason D, (Editors). Georgia: Josiah Macy Jr. Foundation.

- Brotons, C., Falces, C., Alegre, J., Ballarín, E., Casanovas, J., Catà, T., and Vidal, X. (2009). Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of A Home-Based Intervention in Patients with Heart Failure: the IC-DOM Study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 62(4), 400-408.
- Buruntekin, F. (2022). *Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Ölüm Anksiyetesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Busnello, R. G., Melchior, R., Faccin, C., Vettori, D., Petter, J., Moreira, L. B., and Fuchs, F. D. (2001). Characteristics Associated with the Dropout of Hypertensive Patients Followed up in an Outpatient Referral Clinic. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76, 352-354.
- Cengiz, Z., Yıldırım, H., ve Gürdap, Z. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Yaşamın Anlamlandırılması ve Ölüm Anksiyete. *Van Tıp Dergisi*, 28(3), 348-353.
- Chang, S.C., Glymour, M., Cornelis, M., Walter, S., Rimm, E.B., Tchetgen Tchetgen, E., Kawachi, I., and Kubzansky, L.D. (2017). Social Integration and Reduced Risk of Coronary Heart Disease in Women: the Role of Lifestyle Behaviors. *Circulation research*, 120(12), 1927-1937.
- Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., and Nguyen, H. Q. (2017). Association Between Social Support and Self-Care Behaviors in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1419-1427.
- Clemens, N. A. (2003). A Psychodynamic Perspective on Anxiety. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(5), 385-387.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Cooper, R. (2002). Disease. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33(2), 263-282.
- Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J. S., Nicklas, J. M., and Cranford, J. A. (2001). Prognostic Importance of Marital Quality for Survival of Congestive Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 88(5), 526-529.
- Çeçen, A. R. (2008). Öğrencilerinin Cinsiyetlerine ve Anababa Tutum Algılarına Göre Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 415-431.
- Çelikel, F. Ç., ve Kumbasar, H. (2008). Kronik Kalp Yetersizliğinde Depresyon ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Cardiology-Special Topics*, 1(2), 143-149.
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., ve Azak, A. (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
- Çınar, N., ve Altınkaynak, S. (2014). Çocukluk Çağında Konjestif Kalp Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 28-33.

- Çiçek, İ. E. (2021). Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Ölüm Anksiyetesi ve İntihar Düşüncesi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), 413-420.
- Çölgeçen, Y., ve Çölgeçen, H. (2020). Covid-19 Pandemisine Bağlı Yaşanan Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Darabi, Z., Najafi, F., Safari-Faramani, R., and Salimi, Y. (2020). Controlled Direct Effect of Psychiatric Disorders on Cardiovascular Disease: Evidence from A Large Kurdish Cohort. *Bmc Cardiovascular Disorders*, 20, 1-9.
- Demir Barutcu, C. (2011). *Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Demir, M. (2008). *Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Deniz, A., Kanadası, M., Demir, M. ve Usal, A. (2013). Miyokard Enfarktüsü Sonrası İmplant Edilen ICD ile Sağ Ventriküler Apikal Pacing'e Bağlı Kalp Yetmezliğinin Kötüleşmesi ve Resenkronizasyon /Miyokart Enfarktüsü ile Tedavisi Sonrasında İmplant Edilen ICD Tarafından Sarkma Ventrikül Uyarılması Bağlı Kotulesen Kalp Yetersizliğinin Resenkronizasyon ile Tedavisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi (Anadolu Kardiyoloji Dergisi)*, 13(3), 281-283.
- Dennis, J. P., Markey, M. A., Johnston, K. A., Vander Wal, J. S., and Artinian, N. T. (2008). The Role of Stress and Social Support in Predicting Depression Among A Hypertensive African American sample. *Heart & Lung*, 37(2), 105-112.
- Dick, S. A., and Epelman, S. (2016). Chronic Heart Failure and Inflammation: What Do We Really Know?. *Circulation Research*, 119(1), 159-176.
- Dickson, V. V., Tkacs, N., and Riegel, B. (2007). Cognitive Influences on Self-Care Decision Making in Persons with Heart Failure. *American heart journal*, 154(3), 424-431.
- Doğan, İ. F. (2019). Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Tatmini ve Özgüven İlişkisi: Göçmenler Üzerinde bir Araştırma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 12, 586-606.
- Dougherty, K., Templer, D. I., and Brown, R. (1986). Psychological States in Terminal Cancer Patients as Measured over Time. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 357.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö., and Türkbay, T. (2008). DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İle Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4), 217-223.
- Ebrahimi, B., Hosseini, M., and Rashedi, V. (2018). The Relationship Between Social Support and Death Anxiety among the Elderly. *Elderly Health Journal*, 4(2), 37-42.
- Eker D., Arkar H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 17-25.

- Ekmekci, A (2020). Kalp Yetmezliği Nedir? Kalp Yetmezliği Belirtileri Nelerdir? Erişim Adresi: <https://www.medicalpark.com.tr/kalp-yetmezligi/hg-2209> Erişim Tarihi: 03.04.2024.
- Elbi H., Sertöz Ö. (2009) İşkemik Kalp Hastalıkları ve Depresyon. *Kalp-Damar Hastalıkları ve Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 143-149.
- Erdoğdu, M. Y., ve Özkan, M. (2007). Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 14(3), 171-179.
- Ertufan, H. (2008). Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Ervin, N. E. (2006). Does Patient Satisfaction Contribute to Nursing Care Quality?. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(3), 126-130.
- Evangelista, L. S., Lombardo, D., Malik, S., Ballard-Hernandez, J., Motie, M., and Liao, S. (2012). Examining the Effects of an Outpatient Palliative Care Consultation on Symptom Burden, Depression, and Quality of life in Patients with Symptomatic Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 18(12), 894-899.
- Feldman, A. M., Combes, A., Wagner, D., Kadakomi, T., Kubota, T., You Li, Y., and McTiernan, C. (2000). The Role of Tumor Necrosis Factor in the Pathophysiology of Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 35(3), 537-544.
- French, C., Greenauer, N., and Mello, C. (2017). A Multifactorial Approach to Predicting Death Anxiety: Assessing the Role of Religiosity, Susceptibility to Mortality Cues, and Individual Differences. *Journal of Social Work in end-of-Life & Palliative Care*, 13(2-3), 151-172.
- Friedmann, E., Thomas, S. A., Liu, F., Morton, P. G., Chapa, D., Gottlieb, S. S., and Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. (2006). Relationship of Depression, Anxiety, and Social İsolation to Chronic Heart Failure Outpatient Mortality. *American heart journal*, 152(5), 940-e1.
- Fortner, V., Robert, A., and Neimeyer, B. (1999). Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. *Death studies*, 23(5), 387-411.
- Galt, C. P., and Hayslip Jr, B. (1998). Age Differences in Levels of Overt and Covert Death Anxiety. *Omega-journal of Death and Dying*, 37(3), 187-202.
- Gibbs, H. W., and Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual Values and Death Anxiety: Implications for Counseling with Terminal Cancer Patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563.
- Goonasekera, S., Rudnicka-Noulin, D., and Isherwood, A. (2020). The Burden of Heart Failure in North America and Western Europe. *Future Cardiology*, 17(4), 637-646.
- Guyatt, G. H., and Devereaux, P. J. (2004). A Review of Heart Failure Treatment. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 71(1).
- Gülseren, ř. (2004) Depresyon ve Anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1, 5-13.
- Gündoğan, S. (2020). Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Yalnızlık ve Sosyal Destek ile İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.

- Güneş, Z. (2009). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 17(1), 24-31.
- Hall, J. E., and Guyton, A. C. (2013). *Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- House, J. S. (1983). *Work Stress and Social Support*. Boston: Addison-Wesley.
- Ibarra-Rovillard, M. S., and Kuiper, N. A. (2011). Social Support and Social Negativity Findings in Depression: Perceived Responsiveness to Basic Psychological Needs. *Clinical psychology review*, 31(3), 342-352.
- Işıl Ö., ve Karaca S. (2009) Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 82-87.
- İçyeroğlu, G. (2012). *Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi* (Yüksek Lisans Tezi), Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Jacob, S., Sebastian, J. C., and Abraham, G. (2003). Depression and Congestive Heart Failure: are Antidepressants Underutilized?. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 399-400.
- Johnson, F. L. (2014). Pathophysiology and Etiology of Heart Failure. *Cardiology Clinics*, 32(1), 9-19.
- Jung, G., Ledbetter, J. A., and Müller-Eberhard, H. J. (1987). Induction of Cytotoxicity in Resting Human T Lymphocytes Bound to Tumor Cells by Antibody Heteroconjugates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 84(13), 4611-4615.
- Kaba Y. (2019) Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Malatya Huzurevi Örneği). (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Kamran, A., Ahari, S. S., Biri, M., Malpour, A., and Heydari, H. (2014). Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(6), 922-927.
- Karakurt, P., ve Ünsal, A. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Moral, Sosyal Destek Durumları ile Depresif Semptomlarının Belirlenmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5 - 8 Kasım, Ankara.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., ve Tamam, L. (2012). Ölüm ve Ölüm Anksiyetesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Karakuşlu, M., ve Öztürk, Ş. (2023). Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 99-106.
- Keele-Card, G., Foxall, M. J., and Barron, C. R. (1993). Loneliness, Depression, and Social Support of Patients With COPD and Their Spouses. *Public Health Nursing*, 10(4), 245-251.

- Kenchiah, S., Evans, J. C., Levy, D., Wilson, P. W., Benjamin, E. J., Larson, M. G., and Vasan, R. S. (2002). Obesity and the Risk of Heart Failure. *New England Journal of Medicine*, 347(5), 305-313.
- Keyvan, A., Balcıoğlu, A., ve Şeker, G. (2021). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Ölüm Anksiyetesi: Bir Literatür Taraması. *Atlas Journal*, 7(40), 1711-1719.
- Kılınç G., Yıldız E., ve Kavak F., (2016). Kalp Yetersizliği Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk Arasındaki İlişki. *Journal of Cardiovascular Nursing August* 2016; 7(13), 114-126
- Korkmaz, H., Korkmaz, S., ve Çakar, M. (2019). Suicide Risk in Chronic Heart Failure Patients and Its Association with Depression, Hopelessness and Self Esteem. *Journal of Clinical Neuroscience*, 68, 51-54.
- Köse, G., Kurutkan, M. N., ve Orhan, F. (2020). Kalp Yetmezliği Konusunda En Çok Atıf Alan İlk 100 Makalenin Bibliyometrik Analizi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 92-104.
- Krumholz, H. M., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C. S., Mendes de Leon, C. F., and Berkman, L. F. (1998). Prognostic Importance of Emotional Support for Elderly Patients Hospitalized with Heart Failure. *Circulation*, 97(10), 958-964.
- Kurt Magrebi, T., ve Akçay, S. (2020). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 19(76).
- Küçükberber, N., Özdiilli, K., ve Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 11, 619-26.
- La Franca, E., Manno, G., Ajello, L., Di Gesaro, G., Minà, C., Visconti, C., and Clemenza, F. (2021). Physiopathology and Diagnosis of Congestive Heart Failure: Consolidated Certainties and New Perspectives. *Current Problems in Cardiology*, 46(3), 100691.
- Labbé, E., Schmidt, N., Babin, J., and Pharr, M. (2007). Coping With Stress: The Effectiveness of Different Types of Music. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32, 163-168.
- Lehrke, M., and Marx, N. (2017). Diabetes Mellitus and Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 120(1), 37-47.
- Lester, David, D.I. Templer and A. Abdel Khalek (2007). A Cross-Cultural Comparison of Death Anxiety: A Brief Note. *Omega: Journal of Death&Dying*, 54 (3) 255-260.
- Lewis, E. F., Claggett, B., Shah, A. M., Liu, J., Shah, S. J., Anand, I., and Pfeffer, M. A. (2018). Racial Differences in Characteristics and Outcomes of Patients with Heart Failure and Preserved Ejection Fraction in the Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure Trial. *Circulation: Heart Failure*, 11(3), e004457.
- Li, Y., Fitzgibbons, T. P., McManus, D. D., Goddeau Jr, R. P., Silver, B., and Henninger, N. (2019). Left Ventricular Ejection Fraction and Clinically Defined Heart Failure

- to Predict 90-Day Functional Outcome After Ischemic Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(2), 371-380.
- Lonetto, R., and Templer, D. I. (1986). *Death Anxiety*. London: Hemisphere Publishing Corp.
- Lowey, S. E., Norton, S. A., Quinn, J. R., and Quill, T. E. (2013). Living with Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the end of Life. *Research in Nursing & Health*, 36(4), 349-358.
- Lucas, R. A. (1974). A Comparative Study of Measures of General Anxiety and Death Anxiety Among Three Medical Groups Including Patient and Wife. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 5(3), 233-243.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., and van Veldhuisen, D. J. (2005). The Importance and Impact of Social Support on Outcomes in Patients with Heart Failure: an Overview of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162-169.
- Madnawat, A. S., and Kachhawa, P. S. (2007). Age, Gender, and Living Circumstances: Discriminating Older Adults on Death Anxiety. *Death Studies*, 31(8), 763-769.
- Maeder, M. T., and Kaye, D. M. (2009). Heart Failure with Normal Left Ventricular Ejection Fraction. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 905-918.
- Manav, F. (2011). Anksiyete Kavramı. *Toplum Bilimleri*. 5 (9), 201-211
- McMordie WR, Kumar A. (1984) Cross-cultural Research on the Templer/McMordie Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 54, 959-963.
- Medin, Ş, Hintistan, S., ve Özorun, Y. (2020). Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7, 262-270.
- Miao Jonasson, J., Hendryx, M., Shadyab, A. H., Kelley, E., Johnson, K. C., Kroenke, C. H., and Luo, J. (2020). Social Support, Social Network Size, Social Strain, Stressful Life Events, and Coronary Heart Disease in Women With Type 2 Diabetes: A Cohort Study Based on the Women's Health Initiative. *Diabetes Care*, 43(8), 1759-1766.
- Mikulincer, M., and Florian, V. (1995). Stress, Coping, and Fear of Personal Death: The Case of Middle-Aged Men Facing Early Job Retirement. *Death Studies*, 19(5), 413-431.
- Mishra, S., Mohan, J. C., Nair, T., Chopra, V. K., Harikrishnan, S., Guha, S., and Bahl, V. K. (2018). Management Protocols for Chronic Heart Failure in India. *Indian Heart Journal*, 70(1), 105-127.
- Murberg, T. A., Bru, E., Aarsland, T., and Svebak, S. (1998). Social Support, Social Disability and Their Role as Predictors of Depression Among Patients with Congestive Heart Failure. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(2), 87-95.
- Neufeldt, D.E., and Holmes, C.B. (1999) Relationship Between Personality Traits and Fear of Death. *Psychological Reports*, 45(3), 907-910.

- Oksel, E., Akbıyık, A., ve Koçak, G. (2016). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8.
- Oman, D., Kurata, J. H., Strawbridge, W. J., and Cohen, R. D. (2002). Religious Attendance and Cause of Death Over 31 Years. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), 69-89.
- Önalgil, S. (2012). *55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Fiziksel Aktivitenin, Algılanan Sosyal Destek ve İyi Olma Durumuna Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Örsal, Ö., Yenilmez, Ç., Çelik, N., Işıklı, B. (2012). Huzurevinde ve Evinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 15(3).
- Özsoy Durmaz, M., Demir, R., Alikan, B., Erçetin, D., Sarı, E., ve Kıran, Y. (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Algıladıkları Sosyal Destek Yaşam Sevgilerini Etkiler mi?. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(4).
- Öztürk, K. Z. (2010) *Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı*. (Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Öztürk, Z., Karakuş, G., ve Tamam, L. (2011). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 37-43.
- Park, M., Cuijpers, P., van Straten, A., and Reynolds, C. F. (2014). The Effects of Psychotherapy for Adult Depression on Social Support: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 600-611.
- Planansky, K., and Johnston, R. (1977). Preoccupation with Death in Schizophrenic Men. *Diseases of the Nervous System*, 38(3), 194-197.
- Ponikowski, P., Anker, S. D., AlHabib, K. F., Cowie, M. R., Force, T. L., Hu, S., and Filippatos, G. (2014). Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide. *ESC Heart Failure*, 1(1), 4-25.
- Rachman, S., and Rachman, S. J. (2019). *Anxiety*. New York: Taylor & Francis Group.
- Rasmussen, C. A., and Brems, C. (1996). The Relationship of Death Anxiety with Age and Psychosocial Maturity. *The Journal of psychology*, 130(2), 141-144.
- Rathbun, A. M., Shardell, M. D., Stuart, E. A., Yau, M. S., Gallo, J. J., Schuler, M. S., and Hochberg, M. C. (2018). Pain Severity As A Mediator of the Association Between Depressive Symptoms and Physical Performance in Knee Osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 26(11), 1453-1460.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., and Leybman, M. (2007). Anxiety Sensitivity Within the Anxiety Disorders: Disorder-specific Sensitivities and Depression Comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1967-1975.
- Robinson, H., Williams, V., Curtis, F., Bridle, C. and Jones, A. W. (2018). Facilitators and Barriers to Physical Activity Following Pulmonary Rehabilitation in COPD: A Systematic Review of Qualitative Studies. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 28(1), 19.

- Rumsfeld, J. S., Havranek, E., Masoudi, F. A., Peterson, E. D., Jones, P., Tooley, J. F., and Cardiovascular Outcomes Research Consortium (CORC) (2003). Depressive Symptoms are the Strongest Predictors of Short-Term Declines in Health Status in Patients with Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1811-1817.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., and Spottswood, D. (2007). Death Anxiety Across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549-561.
- 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.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., and Samaha, F. F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(1), 70-79.
- Schumaker, J.F., Warren, W.G., and Groth-Marnat, G. (1991) Death Anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology*, 131, 511-518.
- Schumaker, J. F., Barraclough, R. A., and Vagg, L. M. (1988). Death Anxiety in Malaysian and Australian University Students. *The Journal of social psychology*, 128(1), 41-47.
- Sezgin, D., ve Mert, H. (2015). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 108-118.
- Shah, A. B., Morrissey, R. P., Baraghoush, A., Bharadwaj, P., Phan, A., Hamilton, M., and Schwarz, E. R. (2013). Failing the Failing Heart: A Review of Palliative Care in Heart Failure. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 14(1), 41-48.
- Shikino, K., Noda, K., and Ikusaka, M. (2020). Instant Orthopnea and Pseudo-Cardiac Dilatation Due to Anterior Mediastinal Tumor. *Journal of General and Family Medicine*, 21(4), 161-162.
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Zarabadi-Pour, S., Motalebi, S. A., Parker, A., and Chan, Y. H. (2020). Predictors of Death Anxiety among Patients with Heart Disease. *Death Studies*, 44(3), 160-167.
- Störk, S., Handrock, R., Jacob, J., Walker, J., Calado, F., Lahoz, R., and Klebs, S. (2017). Epidemiology of Heart Failure in Germany: A Retrospective Database Study. *Clinical Research in Cardiology*, 106, 913-922.
- Suhail, K., and Akram, S. (2002). Correlates of Death Anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26(1), 39-50.
- Şahin, P. (2012). *Hipertansiyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik ile İlişkisinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Şenol, C. (1989). *Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

- Tagay, Ö., Voltan-Acar, N., ve Nalbant, A. (2016). Logoterapide Kullanılan Kavramların ve Tekniklerin Türk Kültürü'nde Uygulanabilirliği. *Ege Eğitim Dergisi*, 17(1), 105-126.
- Tagaya, A., Okuno, S., and Tamura, M. (2000). Social Support and end of Life Issues for Small Town Japanese Elderly. *Nursing and Health Sciences*, 2, 131-137.
- Tanai, E., and Frantz, S. (2011). Pathophysiology of Heart Failure. *Comprehensive Physiology*, 6(1), 187-214.
- Tandoğan, M. (2007) Kardiyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tatar, S. (2020). *Kalp Yetmezliği Hastalarında Diyastolik Global Longitudinal Strain Rate Mortalite, Rehospitalizasyon ve Yatış Süresi ile İlişkili Midir? (Yüksek Lisans Tezi)*. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Tekin, H., ve Polat, Ü. (2018). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algısı ve Bakımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 28(1), 14-22.
- Tel, H., Koç, M., ve Tel Aydın, H. (2020). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yalnızlık, Yaşam Doyumu ve Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-10.
- Templer, D.I. (1970) The Construction and Validation of A Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Thorson, J.A., and Powell, F.C. (1992) A Revised Death Anxiety Scale. *Death Studies*, 507-521.
- Turan Kavrak, S., ve Canlı Özer, Z. (2013). Symptom Management in Patients with a Diagnosis of Heart Failure. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(6), 1-14.
- Turgay, M. (2003). *Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki*. (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Turnier, L., Eakin, M., Woo, H., Dransfield, M., Parekh, T., Krishnan, J. A., and Hansel, N. N. (2021). The Influence of Social Support on COPD Outcomes Mediated by Depression. *Plos One*, 16(3), e0245478.
- Tümekaya, S., Aybek, B. ve Çelik, M. (2007). An Prediction of Hopelessness and State-Trait Anxiety Levels Among Teacher Candidates Before the KPSS Exam. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 7(2), 967- 974.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Unger, D. G., and Jacobs, S. B. (1995). Couples and Chronic Obstructive Airway Diseases: the Role of Gender in Coping and Depression. *Women's Health (Hillsdale, NJ)*, 1(3), 237-255.
- Uslu, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakım Verenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Akdeniz.
- Ünal, B., ve Aslan, Ö. (2006). Koroner Kalp Hastalığı Epidemiyolojisi. *MN Kardiyoloji Dergisi*, 13(4), 5-9.

- Ünsal, A. ve Karakurt, P. (2021). Moral and Social Support Statuses and Depressive Symptoms of Patients Aged 65 and Over Who Have Chronic Obstructive Lung Disease. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6(3), 355-368.
- Van Der Laan, M. J., and Petersen, M. L. (2008). Direct Effect Models. *The International Journal of Biostatistics*, 4(1).
- Vatan, S., ve Gençöz, T. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresif Yakınmaları, Umutsuzluk Düzeyleri ve Ölüm Kaygıları ile İlişkili Özellikler. *Kriz Dergisi*, 15(2), 49-61.
- Wang, L. Y., Chang, P. C., Shih, F. J., Sun, C. C., and Jeng, C. (2006). Self-care Behavior, Hope, and Social Support in Taiwanese Patients Awaiting Heart Transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 485-491.
- Wangsom, A., Othaganont, P. and Ladores, S. (2020). The Factors Predicting the Health-Related Quality of Life Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Public Health Region 4, Thailand: A Mixed-methods Study. *The Open Public Health Journal*, 13, 105-113.
- Wenn, P., Meshoyrer, D., Barber, M., Ghaffar, A., Razka, M., Jose, S., Zeltser, R., and Makaryus, A. N. (2022). Perceived Social Support and its Effects on Treatment Compliance and Quality of Life in Cardiac Patients. *Journal of patient Experience*, 9, 23743735221074170.
- Westlake, C., Dracup, K., Creaser, J., Livingston, N., Heywood, J. T., Huiskes, B. L., and Hamilton, M. (2002). Correlates of Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Heart & Lung*, 31(2), 85-93.
- Williams K.L., Galliher R.V. (2006). Predicting Depression and Self-Esteem from Social Connectedness, Support, and Competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 855-874.
- Wills, T.A., and Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. *In Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. S. Cohen and L.G. Underwood and B.H. Gottlieb, Editors. Oxford: Oxford University.
- Yan, J., Tian, J., Yang, H., Han, G., Liu, Y., He, H., Han, Q., and Zhang, Y. (2022). The Causal Effects of Anxiety-Mediated Social Support on Death in Patients with Chronic Heart Failure: A Multicenter Cohort Study. *Psychology Research And Behavior Management*, 15, 3287–3296.
- Yıldız, K., ve Dirik, D., (2019) Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkide Algılanan Öz Yeterliliğin Rolü. *Spormetre*, 17(2), 132-144.
- Yıldız, M. (2019) *Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma* (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yılmaz, Z. E. (2011) *Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Yılmaz, E. B., ve Ergun, A. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Ölüm Anksiyetesi Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(3), 1-10.
- Yılmaz, M. B., Akar, A.R., Ekmekçi, A., Nalbantgil, S., Sade, L. E., Eren, M., ve Tokgozolu, L. (2016). İleri Evre Kalp Yetersizliği ve Mekanik Destek Cihazlarının Geleceği: Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Uzlaşısı Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 44(2), 175-188.





EKLER

Ek- 1. Kişisel Bilgi Formu

I. Kişisel özellikler:

1. Yaşı:.....
2. Cinsiyeti:.....
3. Medeni durumunuz? () Evli () Bekar
4. Eğitim Durumunuz? () Okuryazar Değil () İlköğretim () Ortaöğretim () Lise
() Üniversite ve üzeri
5. Mesleğiniz: () Memur () İşçi () Çiftçi () Emekli () Serbest Meslek () Çalışmıyor
() Diğer
6. Sosyal güvenceniz: () Var () Yok
7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? () Gelir giderden fazla () Gelir giderden az
() Gelir gidere eşit
8. Çocuk sayınız?
9. Evde kiminle yaşıyorsunuz? () Yalnız () Eşi ile birlikte () Eşi ve çocukları ile birlikte () Diğer

II. Hastalıkla ilgili özellikler :

10. Ne kadar süre önce kalp yetersizliği tanısı aldınız? :
11. Sigara içiyor musunuz? () evet () hayır
12. Alkol kullanıyor musunuz? () evet () hayır
13. Daha önce anjiyografi/bypass oldunuz () evet () hayır
14. Kalp yetmezliği dışında başka hastalıklarınız var mı?.....
15. Kalp yetmezliği nedeni ile acile son bir yıldır başvurduğunuz mu? () evet () hayır
16. Ailenizde birinci derecede (anne, baba, kardeş) kalp hastalığı öyküsü var mı? () evet () hayır
17. İlk kez kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?
a. 1 yıldan az () b. 1-3 yıl () c. 4-5 yıl () d. 5 yıldan daha fazla ()

Ek-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

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

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yardımcı olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sördü, 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 paylaşılabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sördü, 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 yardım 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, sördü, 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 paylaşılabileceğim arkadaşlarım var.

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

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularima önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sördü, 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 Sorunlarima arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

Ek-3. Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok Fazla
1. Ne zaman hasta olsam ölümden korkarım.					
2. Ölüye bakmaktan korkarım.					
3. Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.					
4. Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.					
5. Kalp krizi geçirmekten korkarım.					
6. Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım					
7. Ölümden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.					
8. Bir cesede bakmaktan korkarım.					
9. Kabir azabından korkarım.					
10. Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.					
11. Defin işlemine tanık olmak beni dehşete düşürür.					
12. Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.					
13. Ölümden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.					
14. Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.					
15. Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.					
16. Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.					
17. Ölmekte olan bir insanın görüntüsünü beni korkutur.					
18. Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.					
19. Kansere yakalanmaktan korkarım.					
20. Ölümden korkarım.					

Ek- 4. Etik Kurul İzni



T.C

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	31/08/2022
Protokol No	07-08/16
Araştırma Başlığı	Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Ölüm Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi
Araştırma Türü	Nicel- Tanımlayıcı(Tarama), İlişki Arayıcı Araştırma
Araştırmacılar	Mehmet YILDIZ (Sorumlu Araştırmacı) Doç. Dr. Meryem FIRAT (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama:	1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek-5. Kurum İzin Kararı



T.C.
SİİRT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-71987595-774.07-239561505
Konu : Araştırma İzni/ Mehmet YILDIZ

18.03.2024

SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hemşirelik Esasları Bölümü Alanında araştırma çalışması yapan Mehmet YILDIZ' ın "**Kalp Yetmezliği Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Ölüm Anksiyetesi Düzeyinin Belirlenmesi**" konulu araştırma Müdürlüğümüze bağlı Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması; hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Müdürlüğümüze sunulması ve araştırma uygulaması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla söz konusu araştırmaya müsaade edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Mehmet Şakir ÖZER
Müdür a.
Destek Hizmetleri Başkanı

Ek: Araştırma İzin Belgeleri (12 Sayfa)

Ek-6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Sayın Katılımcı; Bu çalışmada “Kalp Yetmezliği Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Ölüm Anksiyetesi Düzeyinin Belirlenmesi” planlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlar hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı bekler, katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Mehmet Yıldız

☐

Tel:

Mail:

Ek-7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzin Belgesi



Ek-8. Abdel- Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği İzin Belgesi



ÖZGEÇMİŞ

Mehmet YILDIZ, 1995 yılında İstanbul'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini İstanbulda tamamladıktan sonra 2016 yılında Batman Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım bölümünden mezun olduktan sonra dgs sınavı ile yerleştiği Siirt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 2020 yılında mezun olmuştur. 2017 yılından itibaren paramedik ünvanıyla çalışmaktadır. 2021 yılında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda Tezli Yüksek Lisans programına başladı ve 2024 yılında Yüksek Lisansını programını tamamlamıştır.