



**T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISI VE SOSYAL
DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SEFA KARAGÖZ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR**

AKSARAY-2025



**T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISI VE SOSYAL
DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SEFA KARAGÖZ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR**

AKSARAY-2025

ONAY SAYFASI

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Sefa KARAGÖZ tarafından savunulan 'Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' isimli çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı/ İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Güler DURU AŞİRET

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Danışman: Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Üye: Doç. Dr. Emine KARAMAN

Ege Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Bu tez, Aksaray Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

‘Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı yüksek lisans tezinin içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm. Beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

İmza

Sefa KARAGÖZ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca; ilgi ve desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda bulunan, bana bilgi ve deneyimiyle yol gösteren, insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR’a

Tez sürecim boyunca eksikliğini hissettirmeyen ve beni her zaman destekleyen saygıdeğer aileme,

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalarımıza,

Çalışmamı yürüttüğüm Kayseri Şehir Hastanesi Kardiyoloji servisinde görev yapan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Sefa KARAGÖZ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı	3
2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.3. Koroner Arter Hastalığının Fizyopatolojisi.....	4
2.4. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	4
2.4.1 Değiştirilemeyen risk faktörleri	5
2.4.1.1. Cinsiyet	5
2.4.1.2. Yaş	5
2.4.1.3. Genetik faktörler	5
2.4.2. Değiştirilebilen risk faktörleri.....	6
2.4.2.1. Sigara ve tütün kullanımı	6
2.4.2.2. Obezite	7
2.4.2.3. Hipertansiyon.....	7
2.4.2.4. Dislipidemi.....	8
2.4.2.5. Diyabet.....	8
2.4.2.6. Stres.....	9
2.5. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri	9
2.5.1. Anamnez ve fizik muayene	9
2.5.2. Elektrokardiyogram (EKG)	9
2.5.3. Ekokardiyografi (EKO)	10
2.5.4. Stres testi.....	10
2.5.5. Koroner anjiyografi	10
2.5.6. Kan tahlili	11
2.6. Koroner Arter Hastalığı Tedavisi	11
2.7. Ölüm Kaygısı	12
2.8. Koroner Arter Hastalarında Ölüm Kaygısı	12
2.9. Ölüm Kaygısında Hemşirenin Rolü	13
2.10. Sosyal Destek	14
2.11. Kardiyovasküler Hastalığı Olan Bireylerde Sosyal Destek	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.2. Araştırma Soruları ve Hipotezleri	16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	17
3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	17
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.7.1. Bağımlı değişkenler	17
3.7.2. Bağımsız değişkenler.....	18
3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları	18

3.8.1. Tanıtıcı bilgi formu (EK-2)	18
3.8.2. Ölüm kaygısı ölçeği (EK-3).....	18
3.8.3. Kronik hastalıklarda sosyal destek ölçeği (EK-4)	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	20
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR	21
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	21
4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi	23
4.3. Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	26
4.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişkinin Bulguları.....	34
5. TARTIŞMA	36
5.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	36
5.2 Katılımcıların Ölüm Kaygısı Düzeyine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	39
5.3 Katılımcıların Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	43
5.4 Katılımcıların Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	67
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	67
EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU	68
EK-3. ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ	70
EK-4. KRONİK HASTALIKLARDA SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	71
Ek-5. ETİK KURUL İZNİ	73
EK-6. KURUM İZNİ	74
EK-7. ÖLÇEK İZİNLERİ.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	76

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISI VE SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sefa KARAGÖZ

Aksaray Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı/ İç Hastalıkları Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans

Danışman: Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

ÖZET

Bu çalışma, koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu çalışma, Ocak-Eylül 2024 tarihleri arasında kardiyoloji servisinde tedavi alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 230 koroner arter hastalığı olan birey ile yürütülmüştür. Araştırma verileri ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Ölüm Kaygısı Ölçeği’ ve ‘Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve hipotez testlerinden iki kategorili değişkenler için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılırken, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenler için ANOVA testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yarısından fazlası (%68,70) 65 yaş ve altı olup, %54,78’inin kadındır. Çalışmaya katılan bireylerin, Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması $8,20 \pm 4,00$ iken; Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması $174,22 \pm 32,69$ olarak bulunmuştur. İki ölçeğin toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyet, tuz kısıtlama, düzenli ilaç kullanma, kronik hastalık durumu, daha önce hastaneye yatma durumlarının Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışma sonucunda koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ile sosyal destek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0,224$, $p < 0,01$). Koroner arter hastalığı olan bireylerin sosyal destek düzeyleri arttıkça, ölüm kaygısı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının özellikle risk altındaki bireyleri değerlendirerek, onlara psikolojik ve sosyal destek sağlamaları ölüm kaygısını azaltacağı ve iyileşme sürecine olumlu katkı sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, Hemşirelik, Ölüm kaygısı, Sosyal destek.

Nisan, 2025; 76 sayfa

MASTER'S THESIS

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEATH ANXIETY AND SOCIAL SUPPORT IN INDIVIDUALS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Sefa KARAGÖZ

**Aksaray University
Health Sciences Institute
Department of Nursing/Internal Medicine Nursing
Master's Program**

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

ABSTRACT

This study was conducted to examine the relationship between death anxiety and social support in individuals with coronary artery disease. This descriptive and correlational study was conducted with 230 individuals with coronary artery disease who were treated in the cardiology service between January and September 2024 and met the inclusion criteria. Research data were collected using the 'Introductory Information Form', 'Death Anxiety Scale' and 'Social Support Scale in Chronic Diseases'. In the evaluation of the data; number, percentage, arithmetic mean and hypothesis tests, the significance test of the difference between two means was used for variables with two categories, while ANOVA test was used for variables with more than two categories. Pearson correlation analysis was used in the correlation analysis. More than half of the individuals who participated in the study (68.70%) were 65 years of age and under, and 54.78% were female. While the total Death Anxiety Scale score average of the individuals who participated in the study was 8.20 ± 4.00 ; The total mean score of the Social Support Scale in Chronic Diseases was found to be 174.22 ± 32.69 . It was determined that the total mean score of the two scales was high. It was found that the participants' age, gender, marital status, education status, diet, salt restriction, regular medication use, chronic disease status, and previous hospitalization status affected the total mean scores of the Death Anxiety Scale and the mean scores of the Social Support Scale in Chronic Diseases ($p < 0.05$). As a result of the study, a weak negative relationship was found between death anxiety and social support in individuals with coronary artery disease ($r = -0.224$, $p < 0.01$). It was determined that as the social support levels of individuals with coronary artery disease increased, their death anxiety levels decreased. It is thought that health care professionals should evaluate individuals at risk in particular and provide them with psychological and social support, which will reduce death anxiety and contribute positively to the recovery process.

Keywords: Coronary artery disease, Nursing, Death anxiety, Social support.

April, 2025; 76 pages

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	21
Çizelge 4.2. Katılımcıların Sağlık Hastalık ile ilgili Özellikleri.....	22
Çizelge 4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan Ortalaması.....	23
Çizelge 4.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İncelenmesi.....	23
Çizelge 4.5. Katılımcıların Hastalık ve Sağlık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İncelenmesi.....	25
Çizelge 4.6. Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeğinin (KHSDÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Dağılımı.....	27
Çizelge 4.7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KHSDÖ Puanlarının İncelenmesi.....	28
Çizelge 4.8. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre KHSDÖ Puanlarının İncelenmesi.....	30
Çizelge 4.9. Katılımcıların Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam ve KHSDÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	35

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHA	American Heart Association/Amerika Kalp Derneği
CABG	Koroner Arter Bypass Greft
CRP	C-reaktif Protein
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyogram
EKO	Elektrokardiyografi
ESC	European Society Of Cardiology/Avrupa Kardiyoloji Derneği
HDL	High Density Lipoprotein / Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
ICN	International Council of Nursing/Uluslararası Hemşireler Konseyi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KHSDÖ	Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
KY	Kalp Yetersizliği
LDL	Light Densty Lipoprotein/Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
ÖKÖ	Ölüm Kaygısı Ölçeği
SPSS	Statiscial Package For Social Sciences
SVO	Serebrovasküler Olay
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ce Risk Faktörleri Çalışması
TEMED	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TDK	Türk Dil Kurumu
TKD	Türkiye Kardiyoloji Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH), kronik hastalıklar içinde yüksek ölüm oranı ve hastalık sıklığı ile her geçen yıl ülkemizde ve dünyada birçok insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (WHO, 2021; ACC/AHA 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayınladığı verilere göre; kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle dünyada yaklaşık 18 milyon kişinin yaşamını kaybettiği bildirilmektedir (WHO, 2023). Ülkemizde ise 2022 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) çalışma sonuçlarına göre KVH sebebiyle yaşamını yitiren bireylerin oranı yaklaşık %35.4 olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2023). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF) tarafından 2012 yılında bildirilen çalışmaya göre ise, ülkemizde her sene yaklaşık olarak 420.000 koroner durum meydana gelmekte olup bunlardan 120.000'inin sebebinin koroner arter hastalığı olduğu belirtilmiştir (Onat vd., 2015).

Koroner arter hastalığı olan bireyler öncesinde göğsünde ağrı, terleme, halsizlik, zorlu nefes alma, bilinç kaybı, iştahsızlık, endişe ve ölüm korkusu gibi semptomlar yaşamaktadır. Bu semptomlar ise hastalığın kabulü ve tedavisindeki zorluklarla baş etmede bireyin psikososyal, bilişsel ve fiziksel hayatını etkileyebilmektedir (Erciş, 2016). Bunlardan önemli olanlardan biri de bireyin bu zorluklar ile mücadele ederken hayatını kaybedip yaşamının son bulacağı düşüncesi ve ölüm ile yüzleşmesi olarak ifade edilmektedir (Khaledi, 2020). Ölüm eylemi karşısında kişinin bütün hayatını etkileyen hislerinden birisi de ölüm kaygısıdır. Bireyler varlıklarına tehdit olarak algıladıkları ölüm kavramına kaygı, korku yada endişe gibi duygularla yaklaşmaktadır (Erciş vd., 2016). Ölüm kaygısı, bireyi psikolojik ve sosyal konularda kötü yönde etkilemesi ve çevresine adapte olmasında zorlanmalara neden olması sebebiyle önemli bir tanım olarak ortaya çıkmaktadır (Karakuş vd., 2012). Psikolojik ruh hali, sorunların ve endişenin kardiyovasküler hastalıklarının ortaya çıkmasında önemli bir etiyoloji olduğu gibi bu hastalıkların bir sonucu olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Çetinkaya (2019)'nın yaptığı bir çalışmada yüksek düzeyde kaygısı olan kalp hastalarında ölüm riski 3-6 kat artmaktadır (Çetinkaya vd., 2019). Ölüm kaygısına neden olan bir diğer durumlardan biri ise sosyal destek yetersizliğidir. Yapılan bir çalışmada yeterince sosyal destek göremeyen bireylerde ölüm kaygısını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Ron, 2004).

Sosyal destek, stres varlığında bireye eşi, ailesi, arkadaşları yardımıyla sağlanan, yetersizliğinde maddi ve manevi olarak bireyin sağlığını önemli derecede etkileyen bir durumdur (Aras, 2009). Sosyal desteği yüksek düzeyde hissedebilen bireyler yeterli ilgiyi gördüklerine, kıymetli bir birey olduklarını hissedebildiklerine ve ihtiyaç duydukları anlarda yardım alabilecekleri insanların olduğunu bildiklerinden dolayı günlük hayatlarında karşı karşıya kaldıkları problemler ile daha kolay başa çıkmaktadırlar. Bu bireyler herhangi bir anksiyete durumunda karşılaştıkları olayı daha az tehdit edici olarak değerlendirebilmekte ve daha iyi baş edebilmektedirler. Böylece psikolojik ve fiziksel olarak daha sağlıklı olabilmektedirler (Schawerzer vd., 1991). Yapılan bir çalışmada da huzurevinde yaşayan yaşlılara gösterilen sosyal desteğin ölüm kaygısını azalttığı sonucuna varılmıştır (Örsal vd., 2012). Koroner arter hastalığı olan bireylerde hastalığa ve tedaviye uyum süreci, ilaç kullanımı ile psikolojik ve sosyal problemler sosyal destek ihtiyacını arttırmaktadır (Krumholz vd., 1998; Rector vd., 2006). Kalp hastalarıyla ilgili yapılan bir çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça hastalığa psikolojik ve sosyal olarak uyumlarının da arttığı sonucuna varılmıştır (Çetinkaya, 2019). Koroner arter hastalığı olan bireylere yapılan başka bir çalışmada ise sosyal desteğin hastalarda diyet yapma durumu, egzersiz, ilaç kullanımı ve tedaviye uyum durumlarında olumlu anlamda etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Boutin, 2005). Literatür incelendiğinde koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı (Kavradım vd. 2022; Soleimani vd., 2020) yada sosyal destek (Neumann vd., 2021; Çetinkaya, 2019) ile ilgili ayrı ayrı çalışmalar olsa da, koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu nedenle koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesinin literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kardiyovasküler hastalıkları; koroner arter hastalığı (KAH), damar hastalıkları, aritmiler, serebrovasküler hastalıklar (SVO), kalp yetersizliği (KY), bazı romatizmal kalp hastalıkları gibi kalbin ve kan damarlarının yapısında meydana gelen bozukluklar olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022). Koroner arter hastalığı ise, koroner arterlerde darlık veya darlığa bağlı olmayan bazı nedenlerden dolayı aterosklerotik plak birikimi ile meydana gelen patolojik bir durumdur (ESC, 2021). Koroner arter hastalığı olan bireyler, kalbin miyokard tabakasında meydana gelen iskemik bir durum sonucu kalbin metabolik faaliyetlerini yerine getirememesine bağlı göğüsste başlayan ağrı, nefes darlığı ve yorgunluk nedeniyle günlük fiziksel ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük yaşamakta, ortaya çıkan bu güçlükler ile birlikte kişiler bir takım psikososyal ve fiziksel problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (FLJ vd., 2021; Murphy vd., 2023; Türen vd., 2015).

2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Kalp hastalıkları günümüzde birçok insanın hayatını kaybetmesine neden olan küresel bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 18 milyon birey kalp ve damar hastalıkları nedeniyle yaşamını yitirmektedir (WHO, 2023).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan bir rapora göre, 2022 yılında görülen ölüm sebeplerinin yaklaşık %35,4'ünü dolaşım bozukluğu ve hastalıkları oluşturmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelen ölümlerin yaklaşık %42,3'ünü iskemik kalp hastalıkları, yaklaşık %19,2'sini SVO ve %23'ünü geriye kalan diğer mevcut kalp rahatsızlıklarının oluşturduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2023). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan "Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasına göre yaşa bağlı koroner arter hastalığının oranları; 45-54 yaş aralığında %6, 55-64 yaş aralığında %17 ve 65 yaşın üzerinde olan bireylerde %28 olarak ortaya konulmuştur. Çalışma sonuçlarında KAH görülme oranı yaşa bağlı olarak yükselmekte olup ayrıca erkeklerde kadınlara oranla daha fazla KAH görüldüğü belirtilmiştir (Onat vd., 2017).

2.3. Koroner Arter Hastalığının Fizyopatolojisi

Koroner arter hastalığı aterosklerozun neden olduğu kronik bir hastalıktır ve zamanla ilerleyici özellik göstermektedir (Onat, 2017). Koroner arterler aterosklerotik plak oluşumuna yatkın (dallanmalar, çatallanmalar ve eğrilikler) alanlara sahiptir. Koroner arterlerin damar şekli ve yapısının bu özellikte olması ile kan akışı sırasında meydana gelen fiziksel kuvvetin etkisi sonucu damar endotel hücreleri hasar görebilmektedir. (Gimbrone vd., 2016).

Koroner arterlerin endotel hücrelerden oluşan katmanı her hangi bir hasar ve inflamasyon durumunda kaybolabilen ve azalabilen lipoproteinler gibi, transendotelial taşınmaya katılan proteoglikanlar ve hücre dışı bileşenlerden oluşan bir katman olarak glikokaliks ile kaplıdır. Normal kan akışı sırasında endotel hücreleri nitrik oksit, prostasiklin, t-PA ve antitrombin-III maddelerini salgılayarak trombosit oluşumunu buna bağlı olarak kanın pıhtılaşmasını ve lökositlerin yapışmasını önlemektedir (Mussbacher vd., 2022). İnflamasyon meydana geldiğinde lökositlerin endotel tabakasından infiltrasyonuna katılan adezyon moleküllerinin (E-selektin, ICAM, VCAM) sayısında bir artış olmaktadır (Michiels, 2003). Lökositler ile birlikte lipoproteinler de endotele nüfuz eder ve subendotelial boşlukta tutunmaktadır (Deanfield, 2007). Böylelikle koroner arterlerde vazokonstriktif ve kanın pıhtılaşmasına elverişli bir ortamın oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Mussbacher vd., 2022).

Lipoprotein geçirgenliğinin artması, oksidasyon, lökosit yapışması ve birikmesi ile bunların tümünün varlığı arter duvarında artmaktadır. Bu kontrolsüz değişiklikler sonucunda makrofajlar, kolesterol ve inflamatuvar hücreler bu bölgeye ulaşmakta ve arterlerin şekilsel yapısı ve kan akımı sırasında oluşan mekanik kuvvetlerin etkisiyle ateroskleroz olarak bilinen durum meydana gelmektedir (Gimbrone vd., 2016).

2.4. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığı birçok faktörden etkilenen çok boyutlu bir olgudur. Koroner arter hastalığına sebep olan faktörler değiştirilebilir risk faktörleri ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır (Koyama vd., 2023; Brown vd., 2020).

2.4.1 Değiştirilemeyen risk faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörleri içerisinde; cinsiyet, yaş ve genetik faktörler yer almaktadır.

2.4.1.1. Cinsiyet

Koroner arter hastalığı oluşumunda cinsiyete göre risk faktörleri değişiklik göstermektedir. Kadınlarda genellikle yüksek kan basıncı, diyabet, yetersiz fiziksel aktivite, fazla oranlarda yüksek yoğunluklu lipoprotein (LDL) değeri ile ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde ise bu durum sigara ve tütün kullanımı, fazla kilo, yüksek trigliserid ve az oranlarda düşük yoğunluklu lipoproteinler (HDL) ile kendini göstermektedir (Onat vd., 2010; Bajaj vd., 2016). Ayrıca kadınlarda bulunan östrojen hormonu plazma lipit düzeyinde etkisi olmasından dolayı ateroprotektif bir yarar sağlamakta, anjiyojenez ve damar lümeninde genişlemeyi sağlayarak fibrozis ile reaktif-oksidatif etkileri kontrol etmekte ve bu sayede kardiyoprotektif bir özellik göstererek yarar sağlamaktadır (Iorga vd., 2017; Enç vd. 2019). Yapılan bir çalışmada erkeklerin sigara kullanımını bırakma ve kadınların fiziksel aktivitelere katılmalarını sağlayacak eğitim programlarının geliştirilmesinin KAH'ı önlemede önemli bir etken olacağı sonucuna varılmıştır (Tülüce vd., 2021).

2.4.1.2. Yaş

Yaş, koroner arter hastalığını etkileyen önemli bir faktördür. Tüm dünyada özellikle gelişmiş ölkelerde yaşlanmakta olan popölasyonun hızlı bir şekilde artması ile kalp ve damar hastalıklarının görölme sıklığında artış görölmüştür (Onat, 2017). Türkiye'de yapılmış bir çalışmaya göre 15 yaş ve üzerinde KAH görölme sıklığı erkeklerde yaklaşık %4 ve kadınlarda ise yaklaşık %2,5 olarak ortaya çıkmıştır. Erkeklerde, görölme sıklığı yaşa bağlı olarak artmakta ve 75 yaş ve üzerinde yaklaşık %2 oranında görölmektedir (Ünal, 2013). Ülkemizde TEKHARF çalışması sonuçlarına göre ise koroner kalp hastalığı 45-54 yaşları arasında %6 olarak, 55-64 yaş arasında %17 olarak ve 65 yaşın üstündeki kişilerde ise %28 oranında göröldüğü açıklanmıştır (Onat, 2017).

2.4.1.3. Genetik faktörler

Genetik faktörler ve aile öyküsü kardiyovasküler hastalıkların meydana gelmesinde önemli bir neden olmakta ve bu hastalığın önlenmesi durumu ile tedavi aşamasında dikkate alınması önemlidir (Sidney vd., 2016). Ailesinde koroner arter hastalığı bulunanlarda KAH görülme riskinin 12 kat arttığı bildirilmektedir (Ceylan vd., 2011).Yapılan bir çalışmada PON 55 geni ile KAH arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Taşkiran vd. 2009).

2.4.2. Değiştirilebilen risk faktörleri

Değiştirilebilen risk faktörleri içerisinde; sigara ve tütün kullanımı, obezite, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, stres gibi faktörler yer almaktadır.

2.4.2.1. Sigara ve tütün kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre, sigara ve tütün kullanımı başta solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olmak üzere yaklaşık 9 milyon bireyin mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu mortalitenin 7,5 milyonu direkt olarak sigara ve tütün kullanımından kaynaklanırken, yaklaşık 1,5 milyonun ise pasif içicilik olarak adlandırılan ve doğrudan sigara ve tütün kullanımı ile ortaya çıkmayan ölüm nedeni olarak ortaya çıkmaktadır (WHO, 2021). Sigara kullanımının LDL kolesterolün koroner arterlerde oksidasyonu ve trombotik olayları arttırmada gösterdiği etkileri nedeniyle ateroskleroz oluşum süreci ve miyokard infarktüsü de dahil tüm safhalarda kendini gösterdiği bildirilmektedir (Dülek vd. 2018). Yapılan bir çalışmada sigara ve tütün kullanımının, kalp ve damar hastalıkları nedeniyle meydana gelen ölüm olaylarının %10'unu kapsadığı ortaya konulmuştur (Rodgers vd., 2019). Yine yapılan başka bir çalışmada sigara ve tütün kullanımına bağlı olarak kişilerde KAH görülme riski 4 kata kadar artmakta bu durum da bireylerde periferik damar hastalığı, aort anevrizması, SVO gibi hastalıkların oluşumuna sebebiyet verdiği belirtilmektedir (Aruni, 2022).

2.4.2.2. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi insan sağlığı için tehlike oluşturacak düzeyde vücutta anormal ve fazla miktarlarda biriken yağ tabakası olarak tanımlamaktadır (WHO, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 yılı raporuna göre, 18 yaş ve üstü 650 milyon bireyde obezite varlığı bildirilmiştir (WHO, 2021) Obezite oranının en fazla olduğu bölgenin yaklaşık %30 ile Amerika bölgesi olurken onu %23 Avrupa ve % 21 ile Doğu Akdeniz bölgesi takip etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı araştırma sonuçlarına göre ülkemizde kadınların yaklaşık %25'i obez ve %30,5'i aşırı kilolu; erkeklerde ise obezite oranının %17,3 ve yaklaşık olarak %40'ının ise aşırı kilolu olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2022).

Obezite, koroner arter hastalığı için değiştirilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmekte olup; önüne geçilmediği takdirde hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi gibi hastalıklara neden olmaktadır (WHO, 2021). Yapılan bir çalışmaya göre obez bireylerde fazla kilonun koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği gibi hastalıklar ile kalp ve damar sistemi üzerinde meydana gelebilecek diğer etkilerinden dolayı ani ölüm de dahil birden fazla kardiyak olaya sebebiyet vereceği belirtilmektedir (Yaylalı vd., 2013).

2.4.2.3. Hipertansiyon

Kalbin kanı vücuda pompalarken arter damar duvarına yaptığı basınca hipertansiyon (kan basıncı) denilmektedir. Yetişkin bireylerde hipertansiyonun normal değer aralıkları sistolik olarak en fazla 140 mmHg, diyastolik olarak ise en az 90 mmHg olduğu bildirilmiştir (WHO, 2013; TEMD, 2022). Hipertansiyonun KAH ve diğer kalp damar hastalıklarının ortaya çıkmasında önemli bir rolü bulunmaktadır (Abacı, 2011). Hipertansiyon durumunda damar çeperinde meydana gelen gerginliğin artması ve inflamasyon ile geçirgenliğin artışı ile onarım sürecinin uzaması koroner arter hastalığının oluşumuna sebebiyet vermektedir (Dülek vd. 2018). Yapılan bir çalışmada hipertansiyon ile birlikte kardiyovasküler hastalığıda bulunan bireylerin yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (Wee vd., 2005).

2.4.2.4. Dislipidemi

Dislipidemi, plazmada yüksek yoğunluklu lipoproteinler (HDL) düşüklüğü ve trigliserid/düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) yüksekliği ile karakterize olup KAH içinde önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Dülek vd., 2018). Düşük yoğunluklu lipoproteinlerin (LDL) artması KAH riskini arttırmakta ve yüksek yoğunluklu lipoproteinlerin (HDL) artması ise KAH riskini azaltmaktadır (Beştepe 2020; Dülek vd., 2018). Yapılan bir çalışmada yüksek yoğunluklu lipoproteinlerin KAH ile ters orantılı olduğu ortaya konulmuştur (Oscar vd., 2014). Başka bir araştırmaya göre ise düşük HDL kolesterol seviyelerinin ateroskleroz gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu ve KAH tanısında önemli bir kriter olarak takip edilmesinin yararlı olacağı belirlenmiştir (Pearson, 1979). Ting Sun ve ark. 2022 yılında yaptığı başka bir çalışmaya göre ise LDL/HDL oranının KAH bulunan bireylerde daha yüksek olduğu KAH bulunmayan bireylerde ise bu oranın daha düşük olduğu bulunmuştur (Sun vd., 2022).

2.4.2.5. Diyabet

Diyabet, kalp ve damar hastalıklardan kaynaklı ölüm sebebiyle ilişkili insülin salgılanması ya da insülinin etki mekanizmasında bir takım sorunlar bulunması nedeniyle hiperglisemi olarak adlandırılan ve plazmada yüksek glukoz düzeyinin görülmesine sebebiyet veren kronik metabolik bir sağlık sorunudur (Gazino, 2017; TEMD, 2022). İnsülin varlığında damarların endotelinden salgılanan nitrik oksit damar çeperini korumaktadır. İnsüline karşı direnç geliştiği veya insülin eksikliği durumunda endotel ve damardaki diğer kas hücrelerinde disfonksiyon meydana geldiğinden damar endotelinde lökosit varlığı artmakta ve nitrik oksit salınımı azaldığından ateroskleroz meydana gelmektedir (Işık vd., 2009). Yapılan bir çalışmada diyabet ve koroner arter hastalığına sahip bireylerin kan glukoz düzeyleri ilaç tedavisi ile normal sınırlarda tutulduğunda koroner arter hastalıklarının daha iyi kontrol edildiği sonucuna varılmıştır (Arnold vd., 2020). Yapılan başka bir araştırmaya göre ise, HbA1C düzeyi %7'den fazla olan bireylerde kalp hastalığına bağlı mortalite oranı, HbA1C düzeyi %7'den daha az olan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır (Cavero vd., 2017).

2.4.2.6. Stres

Stres ve anksiyete sadece ruhsal bir hastalık olarak değil aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırlayarak, kalp krizi, aritmiler, kalp yetmezliği ve diğer kalp hastalıklarının da nedeni olarak görülmektedir (Russel vd. 2018; Dolan, 2007). Otonom sinir sistemi stres uyarını karşısında adrenalin ve adrenal korteksten epinefrin ve nörepinefrin salgılanmasını arttırarak solunumun hızlanması, kalp atışının hızlanması, kan damarlarında vazokonstrüksüyona neden olarak kan basıncının artmasına sebebiyet vermektedir. Bu durum karşısında koroner arterlerde kan basıncı artışına bağlı olarak ateroskleroz meydana gelmekte ve KAH'a bağlı olarak miyokard infarktüsü gelişmektedir (Oğuz vd., 2018; Gerring vd., 2012) Yapılan bir çalışmada deprem sonrasında yoğun stres durumuna bağlı kalp krizi, kardiyak aritmiler gibi istenmeyen durumların meydana geldiği saptanmıştır (Dakhil vd., 2023).

2.5. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri

Koroner arter hastalığının incelenmesinde; ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, elektrokardiyogram (EKG), ekokardiyografi (EKO), stres testi, koroner anjiyografi ve kan tahlili gibi yöntemler kullanılmaktadır.

2.5.1. Anamnez ve fizik muayene

Koroner arter hastalığı ile başvuran bireylerden alınacak olan anamnez belirti ve bulgulara yönelik olmalıdır. Bu hastaların %80'inde göğüs ağrısı görülmektedir (Rashiti vd., 2023). Göğüs ağrısı dışında dispne, taşikardi, terleme, ölüm kaygısı gibi belirtiler de görülmektedir (Sohail vd., 2023). Fizik muayenede ise, pulmoner ve kardiyak dinlemeler önemli olup yaşam bulgularının takip edilerek kaydedilmesi önem arz etmektedir (Hartikainen vd., 2023).

2.5.2. Elektrokardiyogram (EKG)

Elektrokardiyogram, koroner arter hastalığının tanınmasında kullanılan son derece kolay ve faydalı bir tanı yöntemi olarak kullanılmaktadır. Elektrokardiyogram ile kardiyak iletim sisteminin elektriksel aktivitesi incelenmektedir (Siccari vd., 2017). Kalbin hem fizyolojisi hem de anatomisi hakkında bilgi veren bu tanı yönteminde test yapıldıktan sonra yazdırılan kağıt üzerinde kalbin belirli konumu ile ilişkili oniki uç bulunmaktadır. Elektrokardiyogramda dikkat edilmesi gereken en önemli noktalar

kalbin hızı, ritmi, ve elektriksel aktivitenin doğru eksen üzerinde olmasıdır. Koroner arter hastalığında ST segmenti ve T dalgasındaki değişiklikler görülebilmektedir (Kubica vd. 2022; Siccarı vd., 2017).

2.5.3. Ekokardiyografi (EKO)

Ekokardiyografi (EKO), kalbin ultrason ile görüntülenmesi yöntemiyle yapılan bir tanılama işlemidir. Ekokardiyografi ile kalbin duvar hareketi, kapak yetersizliği ve darlığı, enfektif veya otoimmün lezyonlar, atrium ve ventrikül boyutları ile ejeksiyon fraksiyonu hakkında bilgi edinilmektedir (Malagoli vd. 2020; Siccarı vd., 2017).

2.5.4. Stres testi

Stres testi, koroner arter hastalığını tanılamak için kullanılan ve invaz olmayan tanı yöntemlerinden bir tanesidir. Test sırasında kalp suni olarak strese maruz bırakılmaktadır. Stres testinde hasta, yaşının öngördüğü en fazla kalp atış hızının %85'ine ulaşana kadar koşu bandında koşmaktadır (Bamouni vd., 2018). İşlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrasında hastanın EKG'leri alınır ve hasta herhangi bir belirti yönünden sürekli gözlem altında tutulur. Hastanın solunumunda, tansiyonunda veya ST segmentinde belirli bir EKG değişikliği ile karşılaşırsa koroner arter hastalığı teşhisi konulmaktadır. İşlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrasında hastanın EKG'leri alınır ve hasta herhangi bir belirti yönünden sürekli gözlem altında tutulur (AHA, 2023; Bamouni vd., 2018).

2.5.5. Koroner anjiyografi

Koroner anjiyografi, çeşitli boyutlarda tasarlanan kateterler ile invaziv olarak kalbin koroner arterine kadar ilerletilmesi ile yapılan bir tanı yöntemidir (Heidaranlu, 2021). Koroner anjiyografi ile koroner artere radyoopak madde verilerek damarın incelenmesi ve tanının konulması hedeflenmektedir (Yel, 2020). İncelenen koroner arterin görüntüsü bir CD (Compact Disc) içerisine aktararak kaydedilmekte ve hastada yeniden semptomlar ortaya çıktığında kayıtlar izlenerek eski ve şimdiki durumu hakkında karşılaştırma yapılabilmektedir (Yel, 2020; Yalçın vd, 2006;).

2.5.6. Kan tahlili

Kan tahlili koroner arter hastalığı için tanı konulmada yararlanılan yöntemlerden bir tanesidir. Kan tahlili ile kardiyak enzimler ve B tipi natriüretik peptidler (BNP) incelenmektedir. B-tipi natriüretik peptid kardiyolojik olarak kalbe aşırı hacim yüklenmesi sonucunda kanda artması ile karakterize bir nörohormondur (Shimohata vd., 2024). Kreatin kinaz ve troponin gibi kardiyak enzimlerin kan tahlilinde yükselmesi ve lipid panelinde izlenen LDL, HDL değerleri koroner arter hastalığı hakkında bilgi sağlamaktadır. Bunların yanında C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), tanı koymada önemli değerlerdendir (Brown vd., 2020; Vehid vd., 2018).

2.6. Koroner Arter Hastalığı Tedavisi

Koroner arter hastalığı tedavisindeki öncelikli amaç morbidite ve mortaliteyi en aza indirerek sağ kalım oranını yükseltmek ve bununla beraber bireylerin yaşam kalitelerini de arttırmaktır (ESC, 2023). Koroner arter hastalığında tedavi; yaşam tarzı değişiklikleri, etiyoloji kontrolünün sağlanması, hasta eğitimi ile beraber koroner arter girişim işlemi, koroner arter by-pass greftleme ve diğer farmakolojik tedavi yöntemlerinden oluşmaktadır (Işık vd., 2009). Yaşam tarzı değişiklikleri ve etiyolojinin kontrolünde; sigaranın bırakılması, diyet ile kilo kontrolü, egzersiz, kan kolesterol düzeyinin yönetimi, tansiyonun normal seviyelerde tutulması, diyabet kontrolü, psikolojik yönetim yer almaktadır (Kalyoncuoğlu vd., 2017). Farmakolojik tedavide ise beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, antihipertansifler, antitrombositler ve antilipidemikler kullanılmaktadır (ESC, 2023; Işık vd., 2009). Koroner arter by-pass grefti (CABG), koroner arter hastalığı tespit edilen bireylerde bu hastalığı tedavi etmek için tercih edilen cerrahi bir yöntemdir. Bu cerrahi yöntem ile tıkalı bir damar üzerine yerleştirilen sağlıklı bir arter veya ven ile damarın kullanılması amaçlanmaktadır. Bu cerrahi yöntemde en sık kullanılanı safen ven greftleridir (Yerokun vd., 2023; Caliskan vd., 2023).

2.7. Ölüm Kaygısı

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre, ölüm kelimesi farklı anlamları bulunan bir sözcük olmakla beraber en çok 'ebedi uyku, irtihal, memat, vefat' olarak kullanılmaktadır. (TDK, 2022). Ölüm, insanların ve diğer canlıların hastalıklara veya hastalıklara bağlı olmaksızın hayatını kaybetmesi durumudur. Hayatını kaybetmek, yaşamla bağının kopacak olmasını bilmek, ölümün kaçınılmazlığı ve bir gün mutlaka bununla yüzleşilecek olunması insanların korku ve endişe duymalarına neden olabilmektedir (Khademi, 2020). Ölüm evrensel bir olgu olarak görülse de bireylerin kendi ölümleri hakkındaki tutum ve düşünceleri ile bu gerçeklik ile başetme yolları kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Simith vd., 2014). Bireylerin başetme süreçlerinin büyük bir bölümünü ölüm ve ölümden sonrasını düşünmeleri ile meydana gelen bu korku ve panik duygusuna ölüm kaygısı denilmektedir (Khademi, 2020; Lehto, 2009). Yapılan bir çalışmada ileri yaştaki bireylerde yalnızlık ve sosyal ortamlarda kendilerine gösterilen desteğe göre ölüm kaygılarının değişiklik gösterdiği sonucuna varılmıştır (Gündoğan vd., 2023). Yine Kubler-Ross'un 1997 yılında yaptığı bir çalışmasına göre ölüm kaygısı ve ölüm süreci; ölümü reddetme, öfke, pazarlık, yas dönemi ve kabul etme olarak beş farklı periyoddan oluşmaktadır (Ross, 1997). Ayrıca literatürdeki bir diğer çalışma incelendiğinde ölüm kaygısının farklı boyutlardan meydana geldiği görülmektedir (Karaca, 2000).

2.8. Koroner Arter Hastalarında Ölüm Kaygısı

Koroner arter hastalarında özellikle miyokard infarktüsü sırasında ortaya çıkan göğüs ağrısı, taşikardi, yorgunluk, terleme gibi bir çok faktör ölüm kaygısını da beraberinde getirmektedir (Bagheri vd., 2014). Bireyler bu süreç içerisinde birçok değişikliklerle karşı karşıya kalmakta ve buna bağlı olarak cerrahi operasyon geçirme durumu da ortaya çıkmaktadır. Koroner arter hastalarının CABG gibi cerrahi operasyonlarla yüzleşebilecek olmaları onlarda büyük bir kaygı nedeni olarak bilinmektedir. Bu kaygı durumu da hastalığın seyrini değiştirebilmektedir (Ramesh vd., 2017). Bu faktörlere ek olarak cerrahi bir girişim sonrasında yaşanan anksiyete ve depresyon durumu da tedavi, iyileşme dönemi ve hastaların yaşam kalitelerinde azalmaya neden olmaktadır (Ramesh vd., 2017; Shahrabaki vd., 2017). Hastaların, yaşam kalitesi ve fiziksel durumunda gittikçe kötüye giden bir tablo söz konusu olduğunda kendi öz bakımlarını yönetmekte zorlanmakta ve buna bağlı olarak akut ataklar ve ölüm kaygısı yaşamaları

kaçınılmaz olmaktadır (Murray vd., 2007; Shahrabaki vd., 2017). Yapılan bir çalışmaya göre depresyon ile kardiyovasküler sistem hastalıkları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Thakur vd., 2024). Başka bir çalışma da depresyon ile koroner arter hastalığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Ning, 2024). Bunlara ek olarak, yalnızlık duygusu hisseden bireylerde de ölüm kaygısı ortaya çıkma durumu bulunmaktadır (Ross, 1997). Özellikle koroner yoğun bakım ünitelerinde tedavi alan bireylerin yalnızlık durumu ele alınarak yalnızlık hissedip hissetmedikleri değerlendirilmeli, kaygıya neden olabilecek bütün faktörler ele alınarak hastaların baş etme davranışlarının desteklenmesi ve bütüncül olarak hemşirelik bakımının verilmesi koroner arter hastaları için önem arz etmektedir (Kapucu vd., 2018; Özdemir vd., 2014). Yapılan bir çalışmada koroner arter bypass greft sonrası yoğun bakımda aileleri ile beraber bulunan hastalarda yalnız kalan hastalara göre stres yanıtının ve hastanede kalma sürelerinin daha az olduğu ve bu durumun hastaların iyileşmelerinde olumlu yönde katkıda bulunduğu sonucuna varılmıştır (Koyuncu, 2019).

2.9. Ölüm Kaygısında Hemşirenin Rolü

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği: kişinin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyarak fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bireyi bütüncül olarak ele alıp hastalık halinde iyileştirmeyi hedefleyen sağlık meslek grubu olarak tanımlamaktadır (WHO, 1978). Bu yönlerden bir tanesi olan psikolojik bakım, beklenmedik bir anda bir hastalık veya kaza ile karşı karşıya kalan bireyin karşılaştığı bu durum ile mücadele ederken ona yardımcı olmak ve destek sağlamak amacıyla verilen tedavi yöntemidir (Kocaman, 2005). Psikolojik bakımda amaç bireyin yaşadığı tüm duyguları ve hastalığı ile ilgili düşüncelerini aktarabilmesi için cesaretlendirmek ve kişinin karşı karşıya kaldığı anksiyete, korku, huzursuzluk ve ölüm kaygısı durumunda ona destek vererek sosyal çevresi ile ilişkisini kuvvetlendirmektir (Bahar, 2007; Kocaman 2005).

Ölüm ve ölmekte olan birey ile her zaman karşılaşabilen hemşireler, ölüm olayını yakından yaşarken bunun öncesinde de bireye ve ailesine bakım verme görevini yürütmektedir (Eues, 2007; Brosche, 2007). Yaşamı tehdit eden ve tedaviye her hangi bir cevap alınamayan hastalık varlığı ile hastalığa bağlı olarak geçmeyen ağrı durumunda ölüm kaygısı ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2010). Ölüm kaygısı bulunan bireylere yaklaşımda hemşireler öncelikle bireyin ölüme karşı duygu ve düşüncelerini

ifade etmesine olanak sağlamalı ayrıca bireyi sosyal, duygusal ve fiziksel olarak hazırlayarak beslenme, uyku ve vital bulguları ile kaygı düzeylerini inceleyip bu yönde girişimler planlamalıdır (Kapucu, 2018; Bilge vd., 2004). Hemşireler hastaya bakım verirken hasta birey ile göz teması kurup, açık ve anlaşılabilir bir iletişim sağlayarak, empati kurabildiğini hastaya aktarmalı hastanın kaygı düzeyini azaltırken, güçlü terapötik iletişim metotları ile de hastanın iyileşmesine yardımcı olmaktadır (Işık, 2008; Akdemir, 2013). Yapılan çalışmalarda nitelikli hemşirelik bakımı veren hemşirelerin bireye yanında olduğunu hissettirerek onlarla iletişime geçmesi, fiziksel olduğu kadar psikososyal olarak da hastaların güvende olma duygularının artmasını sağlamıştır (Hernandez vd., 2021; Ren-Ying vd., 2022). Başka bir çalışmada ise, miyokard infarktüsü tanısı almış bireylerde orta ve ağır düzeyde ölüm kaygısı ortaya çıkmış olup, hemşirelerin başa çıkma tutumları konusunda bireylere eğitim vermesi ve danışmanlık sağlamasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kavradım vd., 2022).

2.10. Sosyal Destek

Bireylerin doğdukları andan itibaren anne-bebek ilişkisiyle başlayan sosyal çevreleri ilerleyen zamanlarda aile, yakın arkadaş, akrabalar ve diğer yetişkinleri de kapsayan geniş bir alana yayılmaktadır (Gökler, 2007). Böylelikle bireyler zamanla sosyal grupları, toplumu, aileyi ve arkadaşlığı içeren sosyal destek kaynaklarına sahip olmaktadır (Meral, 2012). Sosyal destek, bir insanın sosyal çevresinden özümsemediği, sorumluluk ve iletişime ihtiyaç duyan, fiziksel, sosyal ve emosyonel yardımlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Yan vd., 2022). Bir diğer ifade ile sosyal destek, bireylere statü, stresle baş etme ve duygusal durumlarda yardım sağlayan kişilerarası ilişkilerdir (Gao vd., 2014). Kişilerin zor zamanlarında ya da stres faktörü ile karşılaştıkları anlarda yardımını, onayını, takdirini alacakları ve sevgisini hissedecekleri bireylerle etkileşim içinde olması sosyal destek ile karakterize bir durumdur. Bu dönemlerde bireyler ruh, karakter, mizaç gibi özelliklerden etkilenmekte ve buna bağlı olarak benlik saygılarında değişimler gözlenebilmektedir (Lepore, 1991; Özgür, 1991). Yapılan bir çalışmada deprem sonrasında bireylere gösterilen sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Nalbantoğlu, 2024). Yapılan bir diğer çalışmada ise sigara kullanan ergenlerde aile desteği ile nikotin bağımlılık düzeyi envanteri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Omar, 2024). Sosyal destek en çok stres ve hastalık durumlarında kişinin ihtiyaç duyduğu bir kavram olmaktadır. Bireylerin

karşı karşıya kaldıkları stres durumuna bağlı olarak algıladıkları sosyal destek yine bireyler üzerindeki stresin zararlı etkilerinde azalmalara neden olmaktadır. Kişilerin aile ortamlarından ve akranlarından gördükleri sosyal destek onları psikolojik yönden olumlu etkilediği, ayrıca sağlıklı bir yaşam sürmeleri yönünden de yardımcı olduğu için bu kavram vazgeçilmez bir gereksinim olarak ifade edilmektedir (Yıldırım vd., 2017; Ardahan 2006). Yapılan bir çalışmada hastalarda sosyal destek düzeylerinin arttıkça kaygı durumlarında azalma olduğu sonucuna varılmıştır (Öztürk vd., 2024). Yapılan bir diğer çalışmada ise kanser hastalarının ölüm kaygısı ile başa çıkma durumlarında manevi bakımı ve maneviyatı güçlü bir kaynak olarak gördükleri sonucu ortaya çıkmıştır (Kurnaz, 2022). Hasta ve sağlıklı öğrenciler ile yapılan bir çalışmada da sosyal desteğin sağlığı direkt olarak olumlu yönde etkilediği ve ayrıca hayatın getirdiği strese karşı da bireylerin sağlığını kısmi olarak koruduğu sonucuna varılmıştır (Sorias, 1992).

2.11. Kardiyovasküler Hastalığı Olan Bireylerde Sosyal Destek

Fiziksel hastalık durumu, bireylerin psikolojik stres kaynaklarından bir tanesini olarak bilinmektedir (Wenn vd., 2022). Dünya üzerinde ciddi bir ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar bireylerde depresyon, kaygı ve stresi beraberinde getirmektedir. Bir döngü olarak stres, kaygı ve depresyonla beraber ortaya çıkabilen hastalıklardan bir tanesi olan koroner arter hastalığı da yine bireyler üzerinde önemli bir mortalite nedenidir (Hare vd., 2014; Utriyaarasit vd., 2010). Yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyetenin CABG ameliyatından sonra önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olduğu ortaya çıkmıştır (Connerney vd., 2010). Başka bir çalışmada ise sosyal izolasyon ve yalnızlığın kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Natalie vd., 2022). Bu bağlamda kişilerin sosyal çevrelerinden ve aile bireylerinden gördükleri sosyal destek onların yaşam kaliteleri üzerinde, ruhsal olduğu kadar fiziksel hastalıklar anlamında da önemli bir rol olmaktadır (Wenn vd., 2022). Sosyal çevreleri ve aile üyeleri kadar hemşirelerde kişiler üzerinde etkin rollerde bulunarak onların kaygı düzeylerini belirleyip çeşitli destek gruplarına katılımlarını sağlama görevleri bulunmaktadır. Hemşireler liderlik rolleri ile bu gruplar içerisinde ve bireyler arasında iletişimi sağlayıp onların kişisel deneyimlerini aktarmalarında öncü olmaktadır. Ayrıca hemşireler diğer sağlık disiplinleri ile koordineli olarak bakımı planlamakta ve etkin bir iletişim ağının oluşmasına da katkı sağlamaktadırlar (Öztürk vd., 2024; Okanlı vd., 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Bu çalışmada, koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
- Koroner arter hastalığı olan bireylerde sosyal destek düzeyi nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
- Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında ilişki var mıdır?

Bu çalışmada, incelenen değişkenler arasındaki ilişkileri test etmeye yönelik hipotezler ise şunlardır;

- H_0 : Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- H_1 : Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak – Eylül 2024 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi kardiyoloji servisinde koroner arter hastalığı tanısı ile tedavi alan 230 birey ile yürütülmüştür. Kardiyoloji/Anjio servisinde toplam 24 hemşire çalışmakta olup, kardiyoloji servisinde 22, anjio servisinde 18 yatak bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak – Eylül 2024 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi kardiyoloji servisinde tedavi alan bireyler oluşturmuştur. Çalışma örneklemini ise, çalışmanın yapıldığı zaman aralığında Kayseri Şehir Hastanesi kardiyoloji servisinde tedavi alan; 18 yaş ve üzeri, en az üç ay önce koroner arter hastalığı tanısı almış, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri veri toplama formunu cevaplamaya uygun, Türkçe bilen ve iletişim kurmayı engelleyecek konuşma, işitme sorunu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 230 birey oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü 2023 yılı içerisinde KAH tanısı ile hastaneye başvuran toplam 435 bireyden, evreni bilinen örneklem sayısı yöntemiyle (toplam sayı: 435) %5 hata payı, %95 güven aralığında 205 kişi olarak hesaplanmış olup, olası veri kaybı ve değişkenler arasındaki ilişkinin daha iyi açıklanması göz önünde bulundurularak 230 birey ile çalışma tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu araştırmaya aşağıdaki kriterleri sağlayan bireyler dahil edilmiştir;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az üç ay önce koroner arter hastalığı tanısı almış olan,
- İletişim kurmayı engelleyecek konuşma, işitme gibi sorunu olmayan,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri veri toplama formunu cevaplamaya uygun,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Türkçe konuşup, anlayabilen gönüllüler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Aşağıdaki özelliklere sahip bireyler çalışma dışında bırakılmıştır;

- Son altı ay içinde by-pass geçirmiş olan,
- Koroner arter hastalığına ek olarak çalışmanın sonucunu etkileyebilecek akut ağrısı olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı değişkenler: Ölüm kaygısı ve sosyal destek bağımlı değişkenlerdir.

3.7.2. Bağımsız değişkenler: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile klinik ve hastalık özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Ölüm Kaygısı Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği” ile yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta odasında araştırmacının okuyup kayıt etmesiyle yaklaşık 15-20 dakikada toplanmıştır.

3.8.1. Tanıtıcı bilgi formu (EK-2)

Tanıtıcı bilgi formu; ilgili literatür ışığında (Pala B., 2023; Sönmez E., 2022; Satıcı İ., 2022) oluşturulmuş bir formdur. Bu formda hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.) klinik ve hastalık özelliklerine (sigara, alkol kullanımı, kronik hastalık, diyet, egzersiz vd.) ilişkin 21 soru yer almaktadır.

3.8.2. Ölüm kaygısı ölçeği (EK-3)

Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), Templer tarafından 1970 yılında geliştirilmiş bir formdur (Templer, 1970). Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Şenol tarafından 1989 yılında yapılmıştır (Şenol, 1989). Ölçeği 2008 yılında Köse ve Akça geliştirmek için tekrar farklı gruplara uygulamış ve yeniden geçerlik ve güvenirlik çalışması ortaya koymuşlardır (Akça ve Köse, 2008). Kişinin kendi ölümü ve ölüm ile ilgili kaygı ve endişelerini inceleyen 15 soruluk, doğru-yanlış olarak cevap verilen bir ölçektir. Ölçekteki 1., 4., ve 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14. maddelere verilen her “Evet” cevabı için “1”, “Hayır” cevabı için ise “0”, diğer 2., 3., 5., 6., 7., 15. maddelere verilen her “Hayır” cevabı için “1”, “Evet” cevabı için ise “0” puan verilmiştir.

Ölçekten alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını göstermektedir. Ölçekten toplamda 0-15 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça ölüm kaygısının da arttığı kabul edilmektedir, 7 ve üzeri puan alanların ölüm kaygısı yüksek

kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,79 olarak hesaplanmıştır (Akça vd., 2008). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur.

3.8.3. Kronik hastalıklarda sosyal destek ölçeği (EK-4)

Kronik hastalıklarda sosyal desteği incelemek için 1990 yılında Hilbert-McAllister tarafından geliştirilen bir ölçektir (Hilbert-McAllister, 2003). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Şenuzun ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır (Şenuzun vd., 2014). Ölçek; yakın etkileşim, rehberlik, geri bildirim, somut yardım ve pozitif sosyal etkileşim olmak üzere 5 alt boyuttan ve 38 maddeden oluşmaktadır. Yakın etkileşim alt ölçeği 1-10. Maddeler arası, Rehberlik alt ölçeği 11-17 ve 30-36. Maddeler arası, geri bildirim alt ölçeği 18-20, 37 ve 38 maddeler, Somut yardım alt ölçeği 21-24 maddeler arası ve pozitif sosyal etkileşim alt ölçeği 25-29 maddeler arasında incelenmektedir.

Ölçeği yanıtlayanlar her ifade ile ilgili onay derecelerini “memnun değilim = 1” ile “çok memnunum = 6” arasında değişen altılı likert ölçeğinde belirtmektedirler. Ölçekten alınan puanlar 38 ile 228 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar olumlu sosyal desteği göstermektedir (Şenuzun vd., 2014). Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Cronbach alfa değeri; yakın etkileşim alt boyutunda 0,89, rehberlik alt boyutunda 0,92, geri bildirim alt boyutunda 0,84, somut yardım alt boyutunda 0,32, olumlu sosyal alt boyutunda 0,33 bulunmuş olup, ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır (Şenuzun vd., 2014). Bu çalışmada yakın etkileşim alt boyutunda 0,96, rehberlik alt boyutunda 0,90, geri bildirim alt boyutunda 0,89, somut yardım alt boyutunda 0,85, olumlu sosyal alt boyutunda 0,91 bulunmuş olup ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0,96 olarak hesaplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 22.0, IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanılmıştır. Hipotez testlerinden iki kategorili değişkenler için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılırken, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenler için ANOVA testi kullanılmıştır. Alkol kullanımının dağılımına göre grup başına düşen denek sayısı

30'un altında olduğu için (alkol kullanan 14, kullanmayan 216) bu değişkende non-parametrik test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma, Helsinki Deklarasyonu'nun gerektirdiği şekilde bilgilendirilmiş onam formları ile hastalardan izin alınarak ve gönüllülük esasına dayanarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için, Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar no: 2023/22-14, Karar tarih: 23/11/2023) etik kurul onayı alınmıştır. Verilerin toplanması için ayrıca Kayseri şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (Sayı no: 76398771/, Karar no: 78, Karar tarihi: 27/12/2023) yazılı izin alınmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayalı olup, katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılacak ölçekler için ölçek sahiplerine mail ile ulaşılmış ve ölçek izinleri alınmıştır. Toplanan alışma verileri, katılımcı bilgileri kodlanarak yalnızca bu çalışmada kullanılmış olup, hiçbir üçüncü kişi veya kurumla paylaşılmamıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi nedeniyle araştırma sonuçlarının tüm evrene ve ülkeye genellenememesi de çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Bununla birlikte, verilerin katılımcı bildirimlerine dayalı olması ve çalışmanın kesitsel desende olması, değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerini kesin olarak belirlemeyi zorlaştırmakta ve yorumu güçleştirebilmektedir.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları, araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri, tanımlayıcı özelliklerine göre ÖKÖ ve KHSDÖ puan ortalamaları ve bazı değişkenlerin karşılaştırılması ile Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişkinin analizi şeklinde sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Katılımcıların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımları Çizelge 4.1.'de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %68,70'inin yaşları 65 yaş ve altı, %54,78'inin kadın ve yarısından fazlası (%68,70) evlidir. Katılımcıların %56,09'unun okur-yazar olmadığı ve ilkokul mezunu ve %72,17'sinin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri (n=230)

Değişkenler	n	%
Yaş		
65 yaş ve altı	158	68,70
66 yaş üzeri	72	31,30
Cinsiyet		
Kadın	126	54,78
Erkek	104	45,22
Medeni Durum		
Evli	158	68,70
Bekar	72	31,30
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil, ilkokul	129	56,09
Ortaokul ve üzeri	101	43,91
Gelir Durumu		
Geliri giderinden fazla	31	13,48
Geliri giderine eşit	166	72,17
Geliri giderinden az	33	14,35
Kilo		
54-75 kg	118	51,30
76-112 kg	112	48,70

Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlık ve hastalık ile ilgili özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.2.'de gösterilmektedir. Buna göre bireylerin %70,9'unun sigara, %93,9'unun ise alkol kullanmadığı saptanmıştır. Katılımcıların, %78,3'ünün düzenli ilaç kullandığı, çoğunluğunun (%80) kronik hastalığının olduğu, %57'sinin diyet yaptığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin yarıdan fazlasının (%53,9) günlük tuz tüketimini kısıtladığı, %73,9'unun düzenli egzersiz yapmadığı, %63,9'unun düzenli doktor kontrollerine gittiği, %82,6'sının göğüs ağrısı yaşadığı, %58,7'sinin koroner arter ile ilgili hastane yattığı ve %57,4'ünün ailesinde kalp hastası olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık İle İlgili Özellikleri (n=230)

Değişkenler	n	%
Sigara Kullanma Durumu		
Yok	163	70,9
Var	67	29,1
Alkol Kullanma Durumu		
Yok	216	93,9
Var	14	6,1
Düzenli Kullanılan İlaç Durumu		
Evet	180	78,3
Hayır	50	21,7
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	184	80,0
Hayır	46	20,0
Diyet Yapma Durumu		
Evet	131	57,0
Hayır	99	43,0
Günlük Tuz Kısıtlama Durumu		
Evet	124	53,9
Hayır	106	46,1
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	60	26,1
Hayır	170	73,9
Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumu		
Evet	147	63,9
Hayır	83	36,1
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Yaşadığınız Şikayet		
Göğüs ağrısı	190	82,6
Yorgunluk, çarpıntı ve nefes darlığı	40	17,4
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	135	58,7
Hayır	95	41,3

Çizelge 4.2(Devam). Katılımcıların Sağlık ve Hastalık İle İlgili Özellikleri(n=230)

Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumu		
Evet	132	57,4
Hayır	98	42,6
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Bilgilendirme/Eğitim Alma Durumu		
Evet	115	50,0
Hayır	115	50,0

4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çizelge 4.3.'de Katılımcıların ÖKÖ toplam puan ortalaması, Çizelge 4.4.'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması ve Çizelge 4.5'de katılımcıların hastalık ve sağlık özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının dağılımları yer almaktadır

Çizelge 4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) Toplam Puan Ortalaması

Ölçek/ Alt Boyutlar	$\bar{x} \pm SS$	Min.	Maks.
Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan	8,20±4,00	1	15

X: Ortalama, SS: standart sapma, *min*: en küçük değer, *maks*: en büyük değer

Katılımcıların Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması bulguları Çizelge 4.3.'te yer almaktadır. Buna göre, ÖKÖ toplamına ilişkin puan ortalamalarının 8,20 ±4,00 olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Değişkenler	Toplam ÖKÖ	Test değeri
	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş		t=4,397
65 yaş ve altı	8,95±3,99	p<0,001
66 yaş üzeri	6,54±3,54	
Cinsiyet		t=3,865
Kadın	9,10±4,01	p<0,001
Erkek	7,11±3,73	
Medeni Durum		t=-0,333
Evli	8,13±3,81	p=0,740
Bekar	8,33±4,42	

Çizelge 4.4 (Devam). Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Eğitim Durumu		t=0,224 p=0,823
Okur-yazar değil, ilkokul	8,25±3,88	
Ortaokul ve üzeri	8,13±4,17	
Gelir Durumu		t=5,604 p=0,004 (2-3)
Geliri giderinden fazla	7,61±4,49	
Geliri giderine eşit	8,69±3,93	
Geliri giderinden az	6,27±3,27	
Kilo		t=-3,302 p=0,001
54-75 kg	7,36±3,78	
76-112 kg	9,07±4,06	

Çizelge 4.4.'te katılımcıların Ölüm Kaygısı Ölçeği'nde yer alan maddelere ilişkin cevaplarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Buna göre katılımcıların yaşına ve cinsiyetine göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinin toplam puanının yaşa ve cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Katılımcılardan 65 yaş ve altı bireylerde ve kadınlarda ölüm kaygısı toplam puanının 66 ve üzeri yaşa sahip bireylere ve erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyo-demografik değişkenlerden medeni duruma ve eğitim durumuna göre ölüm kaygısı toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği de tespit edilmiştir.

Gelir durumuna göre ise toplam ölüm kaygısı puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Geliri giderine eşit olan bireylerin ölüm kaygısı toplam puanının geliri giderinden fazla olan bireylere ve geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kiloya göre ölüm kaygısı toplam puanının farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve kiloya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre 76-112 kg arasında olan bireylerin ölüm kaygısı toplam puanının 54-75 kg arasındaki bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.5. Katılımcıların Hastalık ve Sağlık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Değişkenler	Toplam ÖKÖ $\bar{x} \pm SS$	Test değeri
Sigara Kullanma Durumu		t=-0,177
Yok	8,17±3,91	p=0,860
Var	8,27±4,26	
Alkol Kullanma Durumu		U=1452,00
Yok	115,22	p=0,803
Var	119,79	
Düzenli Kullanılan İlaç Durumu		t=-3,314
Evet	7,74±3,88	p=0,001
Hayır	9,82±4,06	
Kronik Hastalık Durumu		t=-2,286
Evet	7,90±3,90	p=0,023
Hayır	9,39±4,21	
Diyet Yapma Durumu		t=-0,420
Evet	8,10±3,99	p=0,675
Hayır	8,32±4,03	
Günlük Tuz Kısıtlama Durumu		t=1,717
Evet	8,61±3,88	p=0,087
Hayır	7,71±4,10	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		t=0,122
Evet	8,25±4,32	p=0,903
Hayır	8,18±3,90	
Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumu		t=-0,715
Evet	8,05±3,77	p=0,476
Hayır	8,46±4,39	
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Yaşadığınız Şikayet		t=1,916
Göğüs ağrısı	8,43±4,03	p=0,057
Yorgunluk, çarpıntı ve nefes darlığı	7,10±3,72	
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		t=-3,655
Evet	7,41±3,79	p<0,001
Hayır	9,32±4,05	
Ailede Kalp Hastası Olma Durumu		t=-3,402
Evet	7,44±3,82	p=0,001
Hayır	9,21±4,03	
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Bilgilendirme/Eğitim Alma Durumu		t=-7,928
Evet	6,34±3,32	p<0,001
Hayır	10,05±3,77	

*= Mann Whitney U testi sıra ortalaması verilmiştir.

Çizelge 4.5.'te katılımcıların sağlık ve hastalık özelliklerine göre toplam ölüm kaygısı puanının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Buna göre sigara ve alkol kullanımına, diyet yapma durumuna, düzenli egzersiz yapma durumuna ve düzenli doktor kontrolüne gitmeye göre ölçek toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Düzenli ilaç kullanmaya, kronik hastalık olma durumuna ve daha önce hastaneye yatma durumuna göre toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu değişkenlerden düzenli ilaç kullanmayanların, kronik hastalığı olmayanların ve daha önce koroner arter ile ilgili hastaneye yatmayanların ölüm kaygısına ilişkin toplam puanlarının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ailede kalp hastası olma durumuna göre toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre ailesinde kalp hastası olmayanların toplam puan ortalamalarının ailesinde kalp hastası olanlara göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Koroner arter ile ilgili bilgilendirme veya eğitim alma durumuna göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve toplam puanın bilgilendirme veya eğitim alma durumuna göre istatistiksel farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce koroner arter ile ilgili bilgilendirme veya eğitim alan bireylerin ölüm kaygısı puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çizelge 4.6.'da katılımcıların Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması, Çizelge 4.7.'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması ve Çizelge 4.8.'de katılımcıların sağlık ve hastalık özelliklerine göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamasının dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyutlarının Dağılımı

Ölçek/ Alt Boyutlar	$\bar{x} \pm SS$	Min.	Maks.
Yakın Etkileşim Boyutu	46,04±9,56	10	60
Rehberlik Boyutu	63,78±12,09	14	84
Geri Bildirim Boyutu	23,16±4,64	5	30
Somut Yardım Boyutu	18,56±4,10	4	24
Pozitif Sosyal Etkileşim Boyutu	22,69±4,40	5	30
Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan	174,22±32,69	38	228

$\bar{X}$:Ortalama, SS: standart sapma, *min*: en küçük değer, *maks*: en büyük değer

Katılımcıların Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği'ne ilişkin cevaplarının dağılımı Çizelge 4.6.'da yer almaktadır. Buna göre katılımcıların Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği'nin toplamına ilişkin puan ortalamalarının 174,22 ±32,69 olduğu bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları da tabloda sunulmuştur ve yakın etkileşim boyutunun puan ortalamasının 46,04±9,59, rehberlik boyutunun 63,78±12,09, geri bildirim boyutunun 23,16±4,64, somut yardım boyutunun 18,56±4,10 ve pozitif sosyal etkileşim boyutunun 22,69±4,40 olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.7. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Değişkenler	Yakın Etkileşim Boyutu	Rehberlik Boyutu	Geri Bildirim Boyutu	Somut Yardım Boyutu	Pozitif Sosyal Etkileşim Boyutu	Toplam KHSDÖ
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş						
65 Yaş ve altı	47,39±8,84	65,16±10,78	23,67±4,12	18,86±3,97	23,22±4,08	178,30±29,93
66 Yaş üzeri	43,07±10,53	60,75±14,17	22,03±5,48	17,90±4,33	21,53±4,87	165,28±36,71
t	3,236	2,348	2,270	1,650	2,558	2,637
p	0,001	0,021	0,025	0,100	0,012	0,010
Cinsiyet						
Kadın	45,07±9,61	63,14±12,14	22,72±4,54	18,48±4,16	22,35±4,48	171,76±32,79
Erkek	47,21±9,48	64,55±12,04	23,68±4,72	18,66±4,04	23,10±4,29	177,20±32,47
p	-1,692	-0,877	-1,568	-0,344	-1,283	-1,258
p	0,092	0,381	0,118	0,731	0,201	0,210
Medeni Durum						
Evli	49,42±6,71	67,90±8,52	24,74±3,29	19,80±3,08	24,09±3,02	185,96±21,81
Bekar	38,61±10,75	54,74±13,79	19,68±5,25	15,83±4,71	19,60±5,31	148,46±37,60
t	7,868	7,475	7,530	6,544	6,707	7,880
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Eğitim Durumu						
Okur yazar değil, ilkokul	43,67±10,24	61,12±13,17	22,12±4,96	17,61±4,34	21,71±4,79	166,22±35,21
Ortaokul ve üzeri	49,06±7,73	67,18±9,58	24,49±3,81	19,77±3,42	23,94±3,48	184,44±25,92
t	-4,543	-4,038	-4,092	-4,220	-4,093	-4,516
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Gelir Durumu						
Geliri giderinden fazla	42,10±9,77	60,48±13,75	21,61±4,39	17,23±4,38	21,58±5,19	163,00±34,58
Geliri giderine eşit	46,90±8,96	64,35±11,17	23,52±4,32	18,72±3,98	22,85±4,02	176,34±30,36
Geliri giderinden az	45,39±11,64	64,00±14,60	22,79±6,04	19,03±4,29	22,91±5,35	174,12±40,33
F	3,442	1,346	2,353	1,999	1,135	2,197
p	0,034 (1-2)	0,262	0,097	0,138	0,323	0,113
Kilo						
54-75 kg	45,21±10,00	63,31±12,98	22,97±5,01	18,50±4,13	22,71±4,46	172,70±34,44
76-112 kg	46,91±9,09	64,28±11,10	23,35±4,23	18,63±4,08	22,66±4,36	175,82±30,80
t	-1,346	-0,611	-0,613	-0,231	0,088	-0,722
p	0,180	0,542	0,541	0,818	0,930	0,471

Çizelge 4.7’de katılımcıların Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği’nde yer alan maddelere ilişkin cevaplarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Buna göre katılımcıların yaşına göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği’nin hem toplam puanının hem de somut yardım boyutu dışındaki tüm alt boyutların puanının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). 65 yaş ve altı bireylerde sosyal destek toplam puanının ve yakın etkileşim, rehberlik, geri bildirim, pozitif sosyal etkileşim alt boyutlarına ilişkin puanlarının 66 ve üzeri yaşa sahip bireylere ve kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet ve kiloya göre kronik hastalıklarda sosyal destek toplam puanının ve alt boyutların puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Medeni durum ve eğitim durumuna göre ise hem kronik hastalıklarda sosyal destek toplam puanının hem de tüm alt boyutların puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Buradan hareketle evli olanların bekar olanlara göre ortaokul ve üzeri mezun olanların ilkokul ve altı olanlara göre sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gelire göre sosyal destek toplam puanının ve tüm alt boyutların puanının farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve sadece yakın etkileşim alt boyutunun gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Geliri giderine eşit olanların yakın etkileşim alt boyutu puanlarının, geliri giderinden fazla olan bireylere ve geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.8. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Değişkenler	Yakın Etkileşim Boyutu	Rehberlik Boyutu	Geri Bildirim Boyutu	Somut Yardım Boyutu	Pozitif Sosyal Etkileşim Boyutu	Toplam KHSDÖ
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Sigara Kullanma Durumu						
Yok	45,50±9,81	63,46±12,17	22,97±4,65	18,63±3,97	22,47±4,52	173,04±33,07
Var	47,34±8,97	64,55±11,93	23,61±4,61	18,39±4,43	23,21±4,09	177,10±31,80
t	-1,325	-0,622	-0,955	0,409	-1,154	-0,857
p	0,187	0,535	0,341	0,683	0,250	0,392
Alkol Kullanma Durumu*						
Yok	114,26	114,97	115,36	114,25	113,97	114,23
Var	134,61	123,75	117,61	134,79	139,04	135,04
U	1244,50	1396,50	1482,50	1242,00	1182,50	1238,50
p	0,267	0,632	0,902	0,261	0,170	0,257
Düzenli Kullanılan İlaç Durumu						
Evet	45,03±9,58	62,69±12,50	22,74±4,76	18,21±4,17	22,36±4,51	171,04±33,17
Hayır	49,66±8,78	67,68±9,60	24,64±3,88	19,84±3,58	23,86±3,81	185,68±28,33
t	-3,074	-3,028	-2,902	-2,750	-2,147	-3,110
p	0,002	0,003	0,005	0,007	0,033	0,003
Kronik Hastalık Durumu						
Evet	44,83±9,68	62,26±12,39	22,60±4,79	18,10±4,18	22,24±4,53	170,04±33,26
Hayır	50,87±7,55	69,85±8,47	25,37±3,16	20,39±3,18	24,46±3,36	190,93±24,11
t	-4,565	-4,902	-4,735	-4,078	-3,705	-4,837
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Diyet Yapma Durumu						
Evet	44,27±9,92	61,98±12,96	22,31±4,94	17,89±4,22	22,29±4,41	168,73±34,31
Hayır	48,38±8,62	66,15±10,43	24,28±3,95	19,45±3,77	23,21±4,36	181,48±29,01
t	-3,293	-2,701	-3,371	-2,922	-1,578	-3,049
p	0,001	0,007	0,001	0,004	0,116	0,003

Çizelge 4.8 (Devam). Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Günlük Tuz Kısıtlama Durumu						
Evet	46,67±9,48	65,06±12,20	23,50±4,39	18,77±4,05	23,16±4,50	177,16±32,47
Hayır	45,30±9,70	62,28±11,83	22,75±4,90	18,31±4,16	22,13±4,24	170,78±32,75
t	1,079	1,742	1,216	0,853	1,776	1,479
p	0,282	0,083	0,225	0,394	0,077	0,141
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu						
Evet	50,03±7,28	68,30±9,47	24,93±3,56	19,57±3,78	23,90±3,21	186,73±25,48
Hayır	44,63±9,92	62,18±12,52	22,53±4,82	18,21±4,16	22,26±4,69	169,81±33,85
t	4,469	3,935	4,077	2,230	2,993	4,040
p	0,000	<0,001	<0,001	0,027	0,003	<0,001
Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumu						
Evet	45,92±8,89	63,71±11,90	23,06±4,38	18,52±3,93	22,78±4,12	173,99±30,80
Hayır	46,25±10,76	63,89±12,49	23,33±5,09	18,64±4,41	22,52±4,89	174,63±35,98
t	-0,254	-0,107	-0,414	-0,216	0,436	-0,141
p	0,800	0,915	0,679	0,830	0,663	0,888
Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Yaşadığımız Şikayet						
Göğüs Ağrısı	45,38±10,03	62,95±12,67	22,91±4,90	18,33±4,22	22,34±4,48	171,91±34,12
Yorgunluk, çarpıntı ve nefes darlığı	49,18±6,30	67,73±7,80	24,33±2,89	19,68±3,29	24,33±3,65	185,23±21,95
t	-3,076	-3,107	-2,446	-2,233	-2,622	-3,125
p	0,003	0,003	0,016	0,029	0,009	0,002
Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu						
Evet	44,25±9,82	61,51±12,90	22,27±4,90	17,82±4,13	22,00±4,59	167,86±33,96
Hayır	48,58±8,67	67,00±10,05	24,41±3,93	19,61±3,84	23,66±3,95	183,26±28,60
t	-3,449	-3,623	-3,661	-3,329	-2,941	-3,719
p	0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,004	<0,001

Çizelge 4.8 (Devam). Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Ailede Kalp Hastası Olma Durumu						
Evet	46,11±8,86	63,61±11,80	23,19±4,45	18,72±3,87	22,99±3,97	174,61±30,91
Hayır	45,95±10,54	64,01±12,52	23,11±4,91	18,35±4,40	22,28±4,92	173,69±35,10
t	0,123	-0,250	0,124	0,681	1,223	0,211
p	0,903	0,803	0,901	0,496	0,223	0,833
Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Bilgilendirme/Eğitim Alma Durumu						
Evet	45,97±9,46	63,65±12,66	23,10±4,66	18,51±4,04	22,50±4,52	173,72±32,91
Hayır	46,11±9,75	63,90±11,54	23,22±4,64	18,61±4,18	22,88±4,29	174,72±32,59
t	-0,117	-0,158	-0,199	-0,177	-0,658	-0,232
p	0,907	0,875	0,843	0,860	0,511	0,817

*= Mann Whitney U testi sıra ortalaması verilmiştir. t: Bağımsız örneklem t testi

Çizelge 4.8.'de katılımcıların sağlık ve hastalık özelliklerine göre toplam kronik hastalıklarda sosyal destek puanının ve alt boyutların puanının farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır.

Buna göre sigara ve alkol kullanımına, günlük tüketilen tuz kısıtlaması durumuna, düzenli doktora gitme durumuna, ailede kalp hastası olmaya ve koroner arter hastalığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre ölçek toplam ve alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Düzenli ilaç kullanmaya, kronik hastalık olma durumuna, düzenli egzersiz yapmaya, koroner arter ile ilgili şikayet durumuna ve hastaneye yatma durumuna göre hem toplam puanın hem de tüm alt boyutların puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Düzenli ilaç kullanma değişkenine göre; düzenli ilaç kullanmayanların, düzenli ilaç kullananlara göre sosyal destek ölçeği toplam puanlarının ve tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalık olma değişkenine göre, kronik hastalığı olmayanların, kronik hastalığı olan bireylere göre sosyal destek ölçeği toplam puanlarının ve tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Düzenli egzersiz yapma değişkenine göre; düzenli olarak egzersiz yapanların, düzenli olarak egzersiz yapmayanlara göre sosyal destek ölçeği toplam puanlarının ve tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Koroner arter hastalığı şikayet durumu değişkenine göre; koroner arter ile yorgunluk, çarpıntı ve nefes darlığı gibi şikayet yaşayanların, göğüs ağrısı şikayeti yaşayanlara göre sosyal destek toplam puanlarının ve tüm alt boyut toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Koroner arter ile ilgili daha önce hastaneye yatma değişkenine göre; koroner arter hastalığı ile ilgili daha önce hastaneye yatmayanların, daha önce hastaneye yatanlara göre sosyal destek toplam puanlarının ve diğer alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Düzenli diyet yapma durumu değişkenine göre sosyal destek toplam puanının ve pozitif sosyal etkileşim dışındaki diğer tüm alt boyutların puanının istatistiksel olarak

anlamli farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre düzenli diyet yapmayanların sosyal destek puanlarının düzenli diyet yapanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişkinin Bulguları

Çizelge 4.9.'da araştırmada kullanılan Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeğine ilişkin korelasyon katsayıları yer almaktadır. Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde;

KHSDÖ toplam puanı ile alt boyutları arasında ilişki katsayılarının 0,832 ile 0,970 değeri arasında değiştiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla KHSDÖ toplam puanı ile alt boyutları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ($p<0,01$) ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KHSDÖ alt boyutları arasında ilişki katsayıları incelendiğinde yakın etkileşim boyutu ile rehberlik boyutu arasındaki ilişki katsayısının 0,896 değeri ile en yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm alt boyutlar arasındaki ilişki katsayılarının pozitif yönlü yüksek düzeyli olduğu görülmüştür ($p<0,01$).

ÖKÖ toplam puanı ile KHSDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki katsayıları incelendiğinde ise ilişki katsayılarının $r=-0,224$ (toplam ÖKÖ ile toplam KHSDÖ) ile $r=-0,200$ (Toplam ÖKÖ ile yakın etkileşim boyutu arasında) arasında değer aldığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla ölçekler arasında negatif yönlü zayıf ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak yapılan korelasyon analizinde katılımcıların ÖKÖ toplam puanı ile KHSDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,224$, $p<0,01$). Yani, koroner arter hastalığı olan bireylerin sosyal destek düzeyleri arttıkça, ölüm kaygısı düzeylerinin azaldığı söylenebilir.

Çizelge 4.9. Katılımcıların ÖKÖ Toplam ve KHSDÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Toplam ÖKÖ	Toplam KHSDÖ	Yakın Etkileşim Boyutu	Rehberlik Boyutu	Geri Bildirim Boyutu	Somit Yardım Boyutu	Pozitif Sosyal Etkileşim Boyutu
Toplam ÖKÖ	1						
Toplam KHSDÖ	-0,224**	1					
Yakın Etkileşim Boyutu	-0,200**	0,960**	1				
Rehberlik Boyutu	-0,213**	0,970**	0,896**	1			
Geri Bildirim Boyutu	-0,214**	0,939**	0,892**	0,890**	1		
Somit Yardım Boyutu	-0,218**	0,832**	0,764**	0,757**	0,758**	1	
Pozitif Sosyal Etkileşim Boyutu	-0,216**	0,906**	0,840**	0,864**	0,826**	0,701**	1

* p<0,05; ** p<0,01

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirildiği araştırma;

- Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesi,
- Katılımcıların ölüm kaygısı düzeyine ilişkin bulgularının değerlendirilmesi,
- Katılımcıların sosyal destek düzeyine ilişkin bulguların değerlendirilmesi,
- Katılımcıların ölüm kaygısı ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik bulguların değerlendirilmesi başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Koroner arter hastalığı görülme oranının genel olarak yaş ilerledikçe arttığı bildirilmektedir (Dülek, 2018). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan bir çalışmada ülkemizde koroner arter hastalarının yaş grubuna göre dağılımı; 45-54 yaş aralığında %6, 55-64 yaş aralığında %17 ve 65 yaşın üzerinde olan bireylerde %28 olarak ortaya konulmuştur (Onat vd., 2017). Bu çalışmada katılımcıların %68,7'sinin 65 yaş ve altında olduğu bulunmuştur. Karasu ve Aksu (2024) tarafından koroner arter by-pass sonrası hastaların sağlık algısı ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada da katılımcıların %63,2'sinin 65 yaş ve altında olduğu bulunmuştur (Karasu ve Aksu, 2024). Er ve ark. (2020) tarafından koroner arter hastalarıyla ilgili yapılan bir çalışmada da katılımcıların yarıdan fazlasının 65 yaş altında olduğu bulunmuştur (Er vd., 2020). Al-Maskari ve ark. (2021) koroner arter by-pass greft operasyonu geçiren bireylerde öğrenme ihtiyaçlarını değerlendirdiği çalışmada da katılımcıların çoğunluğunu 65 yaş ve altında ki bireyler oluşturmaktadır (Al-Maskari vd., 2021). Çalışma bulguları literatür bilgisi ile uyumlu bulunmuştur.

Koroner arter hastalığının erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilse de kadınlarda daha kötü klinik sonuçlara sebebiyet verdiği bilinmektedir (Goodarzynejad vd., 2023). Bu çalışmada katılımcıların %54,78'inin kadın olduğu sonucuna varılmıştır. Tutumlu (2024)'nın koroner arter hastalığı tanılı 65 yaş üzeri servis hastalarının nütrisyonel

durumu ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında da katılımcıların %53,52'sinin kadın olduğu sonucuna varılmıştır (Tutumlu, 2024). Yine koroner arter hastalığı olanlarla ilgili yapılan bir çalışmada da katılımcıların %52,4'ünün kadın olduğu sonucuna varılmıştır (Terziu, 2019). Bu çalışmadan farklı olarak erkek katılımcıların yüksek olduğu çalışmalarda bulunmaktadır. Gür ve ark. (2017) koroner arter hastalığı olan bireyler ile ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların %63'ünün erkek olduğu bulunmuştur (Gür vd., 2017). Dinlegör ve ark. (2018) tarafından yoğun bakımda tedavi gören kalp hastaları ile ilgili yaptıkları çalışmada da katılımcıların %70,1'inin erkek olduğu bulunmuştur (Dinlegör Sekmen ve Ünsar, 2018). Literatürde ki bu farklılığın bireylerin yaşadıkları bölgelere göre hastaneye başvurma durumu değişikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %68,7'si evli olup, Pala (2023)'nin koroner arter hastaları ile ilgili yaptığı bir çalışmada da katılımcıların %87,2'sinin evli olduğu sonucuna varılmıştır (Pala, 2023). Bluvstein ve ark. (2013) tarafından koroner arter hastalığı olan bireylerle ilgili yaptığı bir çalışmada da katılımcıların %73,2'sinin evli olduğu sonucuna varılmıştır (Bluvstein vd., 2013). Yine Top (2023) tarafından koroner arter cerrahi hastaları ile ilgili yapılan bir çalışmada da katılımcıların %81,7'sinin evli olduğu bulunmuştur (Top, 2023). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzun literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Bunun nedeninin çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların %56,09'unun ortaokul altında eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Adsay ve Dedelin (2015)'nin hastaların yoğun bakım deneyimlerine ilişkin görüşlerini incelediği çalışmada katılımcıların %65'inin ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (Adsay ve Dedelin, 2015). Yine benzer olarak, Akar'ın (2023) yaptığı çalışmasında da katılımcıların % 66,9'unun ilkokul mezunu olduğu sonucuna varılmıştır (Akar, 2023). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin koroner arter hastalığı ile ilgili bilgiye daha kolay ulaşacakları ve yaşam stillerini buna göre değiştirecekleri bunun yanında koroner arter hastalığına karşı daha erken önlem alacakları düşünülmektedir. Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük olan koroner arter hastalarının sayıca daha fazla olması da bu düşüncemizi desteklemektedir. Bu çalışmada katılımcıların gelir durumu %72,17 olarak gelirim giderime denk olarak

bulunmuştur. Bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgenin ekonomik ve çalışma koşulundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Koroner arter hastalığında sigaranın bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (WHO, 2021). Bu çalışmada katılımcıların %70,9'unun sigara kullanmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Büber ve Sevgican (2022) tarafından koroner arter hastalığı olanlarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu değerlendirdikleri çalışmada da katılımcıların %62,9'unun sigara kullanmadığı ortaya çıkmıştır (Büber ve Sevgican, 2022). Alkol kullanımı koroner arter hastalığı için önemli bir risk faktörüdür (Patel vd., 2012). Bu çalışmada katılımcıların %93,9'unun alkol kullanmadığı bulunmuştur. Çataldeğirmen (2021)'in yaptığı çalışmada da katılımcıların %97,9'unun alkol kullanmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Çataldeğirmen, 2021). Çalışma sonuçları mevcut literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuş olup, sigara ve alkolün koroner arter hastalığı üzerinde bir risk faktörü olarak bilinmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Koroner arter hastalığı oluşumunda en önemli risk faktörlerinden bir tanesi de ailesel yatkınlıktır. Ailede koroner arter hastalığı olması hastalığın ortaya çıkma oranını arttırmaktadır (Yalçın, 2006). Bu çalışmada katılımcıların %57,4'ünün ailesinde kalp hastalığı olduğu sonucu bulunmuştur. Çalışkan (2018) yaptığı çalışmada da ailesinde kalp ve damar hastalığı hikayesi bulunan katılımcıların oranı %57,6 olarak bulunmuştur (Çalışkan, 2018). Dülek ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada da kalp hastalıklarının ailesinde pozitif kalp hastalığı öyküsü olanlarda daha sık görüldüğü sonucu ortaya çıkmıştır (Dülek vd., 2018). Çalışma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

İlaçlarını düzenli kullanmayan bireylerde koroner arter hastalığı görülme riski artmaktadır (Yılmazel ve Ahçıoğlu, 2021). Bu çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan katılımcıların oranı %78,3 olarak bulunmuştur. Sevin (2019)'in yaptığı çalışmasında da ilaçlarını düzenli kullananların oranı %80 olarak bulunmuştur (Sevin, 2019). Yıldiran (2023)'in koroner arter hastalığı olanlarla ilgili yaptığı çalışmasında da ilaçlarını düzenli kullananların oranı %78,9 olarak bulunmuştur (Yıldiran, 2023). Literatür bilgileri ve çalışma bulguları incelendiğinde çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalıklar özellikle diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi vb. koroner arter hastalığı oluşumunda rol oynayan önemli hastalıklardır (Murray vd., 2018). Bu çalışmada katılımcıların %80'inde ek bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Dirimeşe ve ark. (2016) tarafından koroner arter by-pass greft öncesi hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçiminin incelendiği çalışmada da katılımcıların %68,6'sının kronik herhangi bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (Dirimeşe vd., 2016). Tunç'un (2022) çalışmasında da katılımcıların büyük bir çoğunluğunda kronik hastalık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tunç, 2022). Bunun nedeninin katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Koroner arter hastalığından korunmak için düzenli beslenmek ve tuz kısıtlamasına dikkat etmek gerekmektedir (Kasapoğlu ve Enç, 2017). Bu çalışmada katılımcıların %57'sinin diyet yaptığı, %53,9'unun tuz kısıtlayan diyet uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Yıldiran (2023)'ın KAH'lı bireylerle ilgili yaptığı çalışmasında katılımcıların %75,4'ünün yemeklerini az tuzlu ve tuzsuz tercih ettikleri sonucu çıkmıştır (Yıldiran, 2023). Özkan ve Erginbaş (2022) tarafından koroner arter hastalarının Akdeniz diyetine bağlılıklarının incelendiği çalışmada katılımcıların %56,03'ünün düşük düzeyde diyetlerine uydukları sonucu ortaya çıkmıştır (Özkan ve Erginbaş, 2022). Literatürde ki bu farklılığın hastaların yaşadığı bölge, kültürel özellikleri ve kendi beyanlarında ki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %82,6'sının en sık yaşadığı şikayetin göğüs ağrısı olduğu bulunmuş olup, Gür (2017)'ün koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada da en sık yaşanan şikayetin göğüs ağrısı olduğu tespit edilmiştir (Gür, 2017). Benzer olarak Pala (2023)'nın yaptığı çalışmada da göğüs ağrısı şikayeti yaşayan katılımcı oranı %71,2 bulunmuştur (Pala, 2023). Çalışma sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

5.2 Katılımcıların Ölüm Kaygısı Düzeyine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Koroner arter hastalarında göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı gibi belirtilerin ortaya çıkması onlarda ölüm kaygısına neden olmaktadır (Bagheri vd., 2014). Bu çalışmada katılımcıların Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması $8,20 \pm 4,00$ (min:0, max:15) olarak bulunmuş olup, ölüm kaygısı düzeyinin 7 ve üzerinde olması ölüm kaygılarının yüksek olduğunu dikkate alındığında katılımcıların ölüm kaygısı düzeyinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Öztürk ve ark. (2011)'nin yaşlı

bireylerde ölüm kaygısı ile ilgili yaptıkları çalışmada da katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği toplam puan ortalaması $7,7\pm3,8$ olarak bulunmuştur (Öztürk vd., 2011). Cömert (2024)'in yaptığı bir çalışmada da bireylerin ölüm kaygısı toplam puan ortalaması $7,63\pm2,24$ bulunmuştur (Cömert, 2024). Çalışma bulgularından farklı olarak Şafak (2019)'ın miyokard infarktüsü geçiren bireylerle ilgili yaptığı bir çalışmada katılımcıların Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması $6,25\pm2,54$ olarak bulunmuştur (Şafak, 2019). Gündoğan ve Gümüş (2023) tarafından yaşlı bireylerde ölüm kaygısı ile ilgili yapılan bir çalışmada da katılımcıların ölüm kaygısı toplam puan ortalaması $6,65\pm3,56$ olarak bulunmuştur (Gündoğan ve Gümüş, 2023). Literatürdeki bu farklılığın katılımcıların mevcut hastalıkları ve hastalık şiddetiyle, hastalıklarına bağlı olarak yaşamı algılayış biçimlerindeki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada herhangi bir kronik hastalığı olmayanların Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek bulunması da bu düşüncemizi desteklemektedir.

Bireylerin yaşları arttıkça hayattan beklentileri ve onları motive edecek, ilgilerini çekecek durumlar da azalmaktadır (Kandemir, 2020). Bu çalışmada yaş değişkeni ile Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre 65 yaş ve altında olan katılımcıların ölüm kaygısı düzeyi, 66 yaş ve üzeri olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Şafak (2019)'ın yaptığı çalışmasında da 66 yaş ve üzerinde olanların ölüm kaygısı daha düşük bulunmuştur (Şafak, 2019). Şenol (1989) yılında yaptığı çalışmasında da 60-64 yaş arasındaki bireylerin ölüm kaygısı düzeyleri, 65-69 yaş arasındaki bireylerden ve 70 yaş ve üzerinde bulunan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Şenol, 1989). Bu durumun sebebinin yaş ilerlemesine bağlı olarak ölümün kaçınılmaz bir son olduğunu kabul etmeye bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyet değişkeni ile Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, kadınların erkeklere göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cengiz ve ark. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada da kadınların ölüm kaygısı düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Cengiz vd., 2021). Çalışma bulgusu literatür ile uyumlu olup bunun nedeninin cinsiyet rollerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların

duygularını aktarmada daha rahat olması, toplum tarafından daha çok desteklenmesi ve erkeklerin yadırganmasından da kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada, katılımcıların gelir durumu değişkeni ile Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, geliri giderine eşit olanların ölüm kaygısı puan ortalamasının, geliri giderinden fazla olanlardan ve geliri giderinden az olanların ölüm kaygısı puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cömert (2024)'in yapmış olduğu çalışmada da ekonomik durumu orta seviyede olanların ölüm kaygısı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Cömert, 2024). Genel olarak gelir durumu arttıkça sağlık hizmetlerine ulaşım da artacağından ölüm kaygısının azalacağı düşünülmektedir.

Fazla kilo ve obezite koroner arter hastalığı için bir risk faktörü olduğu ve bununla birlikte bireylerde miyokard infarktüsü ile ölüme neden olacağı bilinmektedir (Yaylalı, 2013). Bu çalışmada katılımcıların kilo değişkeni ile Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, daha kilolu (76 kilo ve üzerinde) olanların ölüm kaygısı, 75 kilo altında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kutlu ve ark. (2016) tarafından kardiyoloji yoğun bakımda tedavi alan hastalarla ilgili yaptıkları bir çalışmada da fazla kilolu olan bireylerin anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Kutlu vd., 2016). Literatür çalışması ile çalışma bulgumuz uyumlu bulunmuş olup, bunun sebebinin obezitenin kalp hastalıkları için bir risk faktörü olarak bilinmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların düzenli ilaç kullanma değişkeni ile Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, düzenli ilaç kullanmayanların ölüm kaygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Korkut ve Sevinç (2021)'in ölüm kaygısı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında da ölüm kaygısı ile düzenli ve doğru dozda ilaç kullanımı arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Rao ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmalarında da katılımcıların ölüm kaygısı düzeyi arttıkça düzenli ilaç kullanma durumlarının azaldığı tespit edilmiştir (Rao vd., 2022). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu bulunmuştur. Bunun nedeninin düzenli ilaç kullanmayan bireyde stres ve korkuya bağlı olarak ölüm kaygısı düzeyinin arttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalık değişkenine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, kronik hastalığı olan katılımcıların ölüm kaygısı düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Kasar ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin kronik hastalığının ölüm kaygısına neden olmadığı tespit edilmiştir (Kasar vd., 2016). Bu çalışmadan farklı olarak Kaçan ve ark. (2011) yaptıkları bir çalışmada kalp hastalığı bulunan bireylerde ölüm kaygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Kaçan vd., 2011). Şamal ve Hamarta (2019) tarafından yapılan bir çalışmada da kronik hastalık ve kullanılan ilaç miktarı arttıkça ölüm kaygısının arttığı belirlenmiştir (Şamal ve Hamarta, 2019). Literatürdeki bu farklılığın katılımcıların sosyodemografik ve sağlık hastalık özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada düzenli olarak ilaç kullananların ölüm kaygısı düzeyinin daha düşük bulunması da bu düşüncemizi desteklemektedir.

Bu çalışmada koroner arter hastalığı ile ilgili daha önce hastaneye yatma değişkenine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, daha önce hastaneye yatmayanların ölüm kaygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin daha önce hastaneye yatmayanların tanı ve tedavi sürecine ilişkin bilinmezlik korkusu yaşadıkları ve daha önce deneyimlemedikleri bir duruma karşı kaygı duyma durumundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ailesinde kardiyovasküler hastası bulunma ve daha önce koroner arter hastalığı ile ilgili eğitim alma değişkenleri ile Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, ailesinde kalp hastalığı olmayanların ve herhangi bir eğitim almayanların ölüm kaygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Cengizhan (2018) tarafından yapılan bir çalışmada hasta eğitiminin ölüm kaygısını azaltmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Cengizhan, 2018). Benzer olarak, Yılmaz ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada da hasta eğitiminin hastaların anksiyeteleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Yılmaz vd., 2012). Kalp hastalığı olan bir yakını ile aynı evde yaşayanların bilgiye ulaşım ve risk faktörlerinin daha farkında ve bilgisinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3 Katılımcıların Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Kalp hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin hastalığa uyumu, hastalıkla baş etme ve kaygı düzeylerini etkilediği bilinmektedir (Nehir ve Çam, 2010). Bu çalışmada katılımcıların Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması $174,22 \pm 32,69$ olarak bulunmuş olup, sosyal destek düzeylerinin ortalamasının üstünde olduğu söylenebilir. Ayrıca, ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları da $18,56 \pm 4,10$ ile $63,78 \pm 12,09$ arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Güngör (2021)'ün aynı ölçek ile kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı farklı bir çalışmada da katılımcıların sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması $160,17 \pm 51,87$ olarak bulunmuş olup, sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Güngör, 2021). Karagöz (2019)'ün farklı bir ölçek ile kalp yetersizliği olan bireylerde yaptığı çalışmasında da kişilerin sosyal destek düzeyleri orta düzeyin üzerinde bulunmuştur (Karagöz, 2019). Çalışma bulgusunun literatür bilgileri ile benzer olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bireylerin yaş değişkeni ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı, yakın etkileşim alt boyutu, rehberlik alt boyutu, geri bildirim alt boyutu ve pozitif sosyal etkileşim alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, 65 yaş ve altında yaşa sahip olan bireylerin sosyal destek düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaçan ve ark. (2018) tarafından farklı ölçeklerle yaptıkları çalışmada da bireylerin yaşları arttıkça sosyal destek düzeylerinin azaldığı sonucuna varılmıştır. (Kaçan vd., 2018). Çalışma bulgusu literatür bilgisi ile uyumlu bulunmuş olup, bunun nedeninin yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişimlerle beraber bireylerin sosyal destek ihtiyacının farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada medeni durum ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı, yakın etkileşim boyutu, rehberlik boyutu, geri bildirim boyutu, somut yardım boyutu ve pozitif sosyal etkileşim boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, evli bireylerin bekar bireylere göre sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer olarak Akbulut (2019) tarafından hipertansiyonu olan bireyler ile ilgili farklı bir ölçekle yaptığı çalışmada da evli bireylerin sosyal destek düzeyi yüksek bulunmuştur (Akbulut, 2019). Yine Altunışık ve Doğan (2023) tarafından farklı bir ölçekle yapılan başka bir çalışmada da evli bireylerin sosyal destek düzeyleri bekar bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur

(Altunışık ve Doğan, 2023). Güngör (2019) tarafından aynı ölçekle yapılan farklı bir çalışmada da evli bireylerin sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Güngör, 2021). Bu çalışmadan farklı olarak Osamor (2015)'un Nijerya'da yaptığı bir çalışmada ise bekar bireylerin sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Osamor, 2015). Çalışmalar arasında ortaya çıkan bu farklılığın katılımcıların sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin değişiklik göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumu ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı, yakın etkileşim alt boyutu, rehberlik alt boyutu, geri bildirim alt boyutu, somut yardım alt boyutu ve pozitif sosyal etkileşim alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olan bireylerin okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan bireylere göre sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Altunışık ve Doğan (2023)'ın farklı bir ölçekle yaptıkları çalışmalarında da okuryazar olmayanların sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuş ve eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal desteğin de arttığı belirtilmiştir (Altunışık ve Doğan, 2023). Akbulut (2019)'un yaptığı çalışmasına göre de üniversite mezunlarının aile dışından algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Akbulut, 2019). Çalışma bulgusu literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuş olup, bunun nedeninin bireylerde eğitim düzeyi yükseldikçe algılama ve anlama düzeylerinin de yükselmesi ve buna bağlı olarak kişilerarası iletişimde daha etkin roller oynayarak daha iyi sosyal destek aldıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada ekonomik durum ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği yakın etkileşim boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup, geliri giderine denk olan katılımcıların sosyal destek düzeyi geliri giderinden yüksek olanlardan ve geliri giderinden düşük olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Ahmed ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada ekonomik durumu yüksek olan bireylerde sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ahmed vd., 2020). Yine Atchison ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada da gelir durumu yüksek olan bireylerin sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuş olup bu bireylerin sosyal destek kaynağına daha çabuk ulaştıkları sonucuna varılmıştır (Atchison vd., 2020). Çalışma bulgusu ile literatür arasındaki farklılığın geliri giderine denk olan bireylerin bu çalışmada daha fazla oranda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yetersiz sosyal destek gören bireylerde tedaviye uyum problemleri görülmekte ve bu durum bireylerin iyileşme süreçlerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Kelleci, 2011). Hu ve ark. (2015) yaptıkları çalışmalarında ailenin bireye sosyal desteği ile düzenli ilaç kullanma durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Hu vd, 2015). Bu çalışmada ise şaşırtıcı olarak düzenli ilaç kullanan bireylerin sosyal destek düzeyleri kullanmayanlardan daha düşük bulunmuş olup bu durumun bireylerde ilaç ve tedaviye uyuma daha çok yönelmeye bağlı sosyal destek ihtiyacını görmezden gelme/perdeleme durumundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar; bireylerin sosyalleşmesi, sosyal aktivitelere katılması ve bireyler ile iletişim kurmada onların yaşamını etkileyen önemli hastalıklardır. Bu çalışmada kronik hastalık değişkenine göre sosyal destek toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup, kronik hastalığı bulunan bireylerin sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bakır ve Zengin (2023) tarafından diyabetli bireylerde yapılan bir çalışmada da bir kronik hastalık olarak diyabeti bulunan bireylerde sosyal destek düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (Bakır ve Zengin, 2023). Bu çalışma bulgusu literatür bilgisi ile uyumlu bulunmuş olup, kronik hastalığı olan bireylerde kendini damgalama ve sosyal çevreleri ile yeterince ilişki içine girememeye bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu çalışmadan farklı olarak Durmaz ve ark. (2023) tarafından yapılan kronik hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin yaşam sevgilerine etkilerini inceledikleri çalışmada yüksek sosyal desteğe sahip olan kronik hastalığı olan bireylerin yaşam sevgileri de daha yüksek bulunmuştur (Durmaz vd, 2023). Çalışma bulgusu ile literatür arasında farklılık bulunmuş olup, sosyal desteğin bireylerde yaşama enerjisi, tedaviye uyum ve psikososyal olarak onları etkilemesi yönünden önemli bir faktör olması bireylere verilecek sosyal desteğin onları olumlu etkilediği bu çalışmada ölüm kaygısı daha düşük olan bireylerde sosyal destek düzeyinin daha yüksek bulunması ile bu durumu desteklemektedir.

Bu çalışmada diyet yapma değişkeni ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ve yakın etkileşim alt boyutu, rehberlik alt boyutu, geri bildirim alt boyutu ve somut yardım alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre, diyet yapanların sosyal destek düzeyi diyet yapmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak, Özkoca (2018)'ın yaptığı

bir çalışmada diyet tedavisine başlayan obez bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin tedavinin başlangıcından altıncı aya kadar yükselerek arttığı tespit edilmiştir (zkoca, 2018). Çalışma bulgusu ile literatür arasındaki farklılığın bireylerin hastalığı algılama, önemseme ile birlikte sosyokültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada egzersiz yapma değişkeni ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek leği toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup egzersiz yapan bireylerin sosyal destek düzeyleri egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer olarak Omoniye ve ark. (2023) tarafından inme sonrasında bireylerde sosyal destek, egzersiz ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada da bireylerin egzersiz yapma ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Omoniye vd., 2023). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu bulunmuş olup egzersiz yapan kronik hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin yüksek olması bunun devamının sağlanması ve özellikle koroner arter hastalığı olan bireylerde egzersizin koroner arter hastalığını önlemede bireyler ve sosyal destek kaynakları tarafından iyi bilindiği tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada koroner arter hastalığı ile ilgili daha önce hastaneye yatma değişkenine göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek leği toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup, daha önce hastaneye yatmayanların sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin daha önce koroner arter hastalığı ile ilgili herhangi bir tedavi almayanların ve hastalıkla karşılaşmayanların vrelerinden bekledikleri sosyal destek ihtiyaının arttığı ve bu duruma bağlı olarak sosyal destek düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Bu çalışmada koroner arter hastalığı ile ilgili ilk defa hastaneye yatanlarda ölüm kaygısının daha yüksek bulunması da bu düşüncemizi desteklemektedir.

Bu çalışmada koroner arter hastalığı ile ilgili yaşadığınız şikayet değişkeni ile Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek leği toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup yorgunluk, çarpıntı ve nefes darlığı yaşayanların sosyal destek düzeyleri göğüs ağrısı yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde aynı ölçek ile aynı hasta grubunda benzer değişkeni inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış olup bu durumun göğüs ağrısı yaşayan bireylerde aldıkları analjezik tedaviye ya da ağrıyı yönetme yöntemlerine başvurma

durumuna bağılı olarak çevrelerinden sosyal destek görme ihtiyacı düzeylerinde azalma görülmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

5.4 Katılımcıların Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Koroner arter hastalığı olan bireylerde görölen kaygı, kardiyovasköler hastalıkların tekrarlamaşı, ölüm riskini arttırması ve bireylerin çevresine olan uyumu zorlaştıırarak psikososyal yönden de onları olumsuz etkilemektedir (Murphy vd., 2023; Karakuş vd., 2012). Bu çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğı tespit edilmiştir. Buna göre, koroner arter hastalığı olan bireylerde sosyal destek düzeyi arttıkça, ölüm kaygısının azaldığı söylenebilir. Literatürde aynı ölçeklerle yapılmış benzer bir çalışmaya ulaşılamamıştır, ancak benzer olarak Hussain ve ark. (2022) tarafından kardiyovasköler hastalığı olan kişiler ile yaptıkları bir çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin ölüm anksiyetesi düşük bulunmuştur (Hussain vd., 2022). Yine, Yan ve ark. (2024) tarafından koroner arter hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon, hastalığın ilerlemesi korkusu ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada da hastalarda bulunan anksiyete ve depresyon ile sosyal destek arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Yan vd., 2024). Bukhari ve ark. (2022) tarafından yapılan başka bir çalışmada da bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ve ölüm kaygısının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Bukhari vd., 2022). Gündoğan ve Gümüş (2023) tarafından farklı bir grupla yaptıkları çalışmada da ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (Gündoğan ve Gümüş, 2023). Çalışma bulguları literatür ile uyumlu bulunmuş olup, kardiyovasköler hastalıkların dünyada ölüm nedeninde ilk sıralarda yer alması ve bunun da bireylerde kaygıya yol açması ile beraber bireylerin çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin bu kaygıları üzerinde olumlu etkisinin olduğı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Buna göre;

- Katılımcıların %68,7'sinin 65 yaş ve altı, %54,78'inin kadın, %68,7'sinin evli, %43,91'inin ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların %80'inin kronik bir hastalığının olduğu, %78,3'ünün düzenli bir ilaç kullandığı, %57,4'ünün ailesinde kalp hastalığı olduğu, %82,6'sının koroner arter hastalığı ile ilgili göğüs ağrısı şikayeti yaşadığı ve katılımcıların yarısının KAH ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları bulunmuştur.
- Çalışmada katılımcıların ÖKÖ toplam puan ortalaması $8,20 \pm 4,00$ (min:0, max:15) olarak bulunmuştur.
- Çalışmada katılımcıların KHSÖ toplam puan ortalaması $174,22 \pm 32,69$ (min:38, max: 228) olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların ölüm kaygısı düzeylerinin yüksek, sosyal destek düzeylerinin de ortalamanın üstünde olduğu söylenebilir.
- Bu çalışmada 65 yaş ve altı olanların, 66 yaş ve üzeri olanlara ve kadınların, erkeklere göre ÖKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Bu çalışmada geliri giderine eşit olanların, geliri giderinden fazla ve geliri giderinden az olanlara göre ÖKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Bu çalışmada 76-112 kilo arasında olanların, 54-75 kilo arasında olanlara göre ÖKÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bu çalışmada düzenli ilaç kullanmayanların, kullananlara göre ve kronik hastalığı olmayanların, olanlara göre ÖKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Bu çalışmada KAH ile ilgili daha önce hastaneye yatmayanların, yatanlara göre, ailesinde kalp hastalığı bulunmayanların, kalp hastalığı bulunanlara göre ve KAH ile ilgili eğitim almayanların, eğitim alanlara göre ÖKÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların; medeni durum, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı, diyet, egzersiz ve doktor kontrollerine gitme değişkenlerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

- 65 yaş ve altı bireylerin yakın etkileşim boyutu, rehberlik boyutu, geri bildirim boyutu, pozitif sosyal etkileşim boyutu puanı ve Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek ölçeği toplam puanının 66 yaş ve üzeri olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Bu çalışmada evli olan katılımcıların tüm alt boyut puanının ve KHSDÖ toplam puanının, bekar olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Bu çalışmada ortaokul ve üzeri mezunu olanların tüm alt boyutlarının puanı ve KHSDÖ toplam puanının, okur yazar olmayan/ilkokul mezunu olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bu çalışmada ilacını düzenli kullanmayanların tüm alt boyutlarının puanının ve KHSDÖ toplam puanı, ilacını düzenli kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bu çalışmada kronik hastalığı olmayanların olanlara göre tüm alt boyut puanı ve KHSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Diyet yapmayanların, tüm alt boyutlarının puanı ve KHSDÖ toplam puanı diyet yapanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Düzenli egzersiz yapanların tüm alt boyutlarının ve KHSDÖ toplam puanının egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Gelir durumu değişkenine göre sadece yakın etkileşim boyutu puan ortalamasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmakta olup, geliri giderine denk olanların puan ortalaması geliri giderinden az veya fazla olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların; cinsiyet, kilo, sigara ve alkol kullanımı, tuz kısıtlaması, doktor kontrollerine gitme, ailede kalp hastası olması ve KAH ile ilgili eğitim alma değişkenlerine göre Kronik Hastalıklarda Sosyal Destek Ölçeği toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur.
- Koroner arter hastalığı olan bireylerin sosyal destek düzeyi arttıkça ölüm kaygısı düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Sonuç olarak:

- “Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki yoktur.” olarak belirlenen H_0 hipotezi reddedilmiştir.
- “Koroner arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasında bir ilişki vardır.” olarak belirlenen H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Bu sonuçlara göre öneriler şu şekilde sıralanabilir;

- Düşük sosyal destek ile ölüm kaygısı ilişkili bulunmuş olup, koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlık çalışanlarının ölüm kaygısını azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak için bireylere sosyal ve psikolojik destek yöntemleri ile destek olması,
- Koroner arter hastalığına karşı risk grubunda olan bireyler yakından izlenerek hastalığın oluşumuna neden olan faktörlerin izlenmesi,
- Diyet, sigara kullanımı, düzenli egzersiz ve düzenli ilaç kullanımının koroner arter hastalığı üzerindeki etkileri konusunda bireylere eğitimler verilmesi,
- Sağlık çalışanlarının, bireylerde ki ölüm kaygısını azaltmaya yönelik psiko-sosyal destek yöntemleri ile bakımı bu doğrultuda sağlayacakları eğitim programlarına katılmaları,
- Hastaların sosyal destek durumlarının değerlendirilmesi ve sosyal desteğe ihtiyacı olan bireylere yönelik gerekli girişimlerde bulunulması,
- Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Daha net bilgilere ulaşmak için farklı örneklem grupları ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu, *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*;39 Suppl 4:1-5.
- Ahmed, F., Ahmed, N. E., Pissarides, C. ve Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*, 5(5), Article e240.
- Akbulut, G. (2019). Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum. Yüksek Lisans Tezi. Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tekirdağ.
- Akça, F., Köse, İA. (2008) Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Klinik Psikiyatri Dergisi.*; 11:7-16.
- Akdemir, N.B. (2013). Hastaların yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Al-Maskari, A., Nounami, HA, Al-Omari, K, Al Maskari, M. (2019). Patients' and nurses' perceptions of post-coronary artery bypass graft learning needs in two omani hospitals. *Sultan Qaboos Univ Med J*; 19(2): 122-128.
- Altunışık, B., Doğan, N. (2023). KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 25(3), 1-22
- American Heart Association (AHA). (2023, Eylül, 23). Why do people need stress tests?<https://www.heart.org/-/media/Files/Health-Topics/Answers-by-Heart/What-Is-a-StressTest.pdf>
- American Heart Association and American Stroke Association. (2017). AHA Heart Disease, Stroke and Research Statistics At-a-Glance.
- Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*. 10:63-80.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr, Virani, S. S., Williams, K. A., Sr, Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596–e646.

- Arnold, S.V., Bhatt, D.L., Barsness, G.W., Beatty, A.L., Deedwania, P.C., Inzucchi, S.E., Kosiborod, M.N., Leiter, L.A., Lipska, K.J., Newman, J.D., & Welty, F.K. (2020). Clinical Management of Stable Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 141(19).
- Aruni, B. (2022). Cardiovascular Disease Risk of Nicotine and Tobacco Products. In: Braunwald's Heart Disease: *A Textbook of Cardiovascular Medicine*. p. 28, 525–30.
- Atchison, C. J., Bowman, L., Vrinten, C., Redd, R., Pristera, P., Eaton, J. W. ve Ward, H. (2020). Perceptions and behavioral responses of the general public during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of UK adults. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.04.01.20050039>
- Aykar, F.Ş., Bilge, A., Mermer, G., Şahin, S. (2014). Validity and reliability of the social support scale in chronic diseases-TR (SSCII-TR). *European Geriatric Medicine* 5, 21-25.
- Bagheri-Nesami, M., Shorofi, S.A., Zargar, N., Sohrabi, M., Gholipour-Baradari, A, ve Khalilian, A. (2014). The effects of foot reflexology massage on anxiety in patients following coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(1): 42–47.
- Bahar, A. (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1); 105-111.
- Bamouni, J., Naibe, D.T., Yameogo, R.A., Mandi, D.G., Millogo, G.R.C., Yameogo, N.V., Kologo, J.K., Thiam-Tall, A., Nébié, L.A.V., Zabsonré, P. (2018)[Contribution of stress test to the treatment of ischemic heart disease. *Pan Afr Med J.* 31:229.
- Beştepe, N., Dönderici, Ö., ve Demirkan, B. (2020). Evaluation of major risk factors and metabolic syndrome criteria in predicting coronary artery disease risk. *Ankara medical journal*, 20 (4), 844-857.
- Bluvstein, I., Moravchick, L., David, S., Schriber, S. & Bloch, M. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20: 164-172. DOI.org/10.1007/s10880-012-9318-z.
- Boutin, C. (2005). Getting to heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung* 34 (1), 22-29.
- Brosche, T.A. (2007). Grief team within a healthcare system. *Dimens Crit Care Nurs* 26.

- Brown, J.C., Gerhardt, T.E., Known, E. (2020). Study Guide From Statpearls Publishing, *Treasure Island (FL)*,
- Bukhari, S. R., Khurshid, M. S., Haider, M., ZahraGillani, M. S., Riaz, M. K., Batool, M. A., ... & Arshad, M. S. (2022). Impact of Perceived Social Support on Quality of Life and Death Anxiety in Patients with Coronary Heart Disease. *International Journal Of Special Education*, 37(3).
- Büber, İ., Sevgican, Cİ. (2022). Koroner arter hastalığı olanlarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*; 15:239-250.
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G.-A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. 83 A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., Zeppenfeld, K. (2023). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, ehad191.
- Caliskan, E., De Souza, D. R., Boening, A., Liakopoulos, O. J., Choi, Y. H., Pepper, J., Gibson C. M., Perrault L. P., Wolf R. K., Kim K. B. & Emmert, M. Y. (2020). Saphenous vein grafts in contemporary coronary artery bypass graft surgery. *Nature Reviews Cardiology*, 17(3), 155-169.
- Cavero-Redondo, I., Peleteiro, B., Álvarez-Bueno, C., Rodriguez-Artalejo, F. & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Glycated haemoglobin A1c as a risk factor of cardiovascular outcomes and all-cause mortality in diabetic and non-diabetic populations: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(7), e015949.
- Cengiz, Z., Yıldırım, H., Gürdap, Z. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerde yaşamın anlamlandırılması ve ölüm kaygısı. *Van Tıp Dergisi*; 28(3) 348-353.
- Cengizhan, Ş. (2018). Anjiyografi öncesi planlı hasta eğitiminin durumluk, süreklilik ve ölüm kaygısı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Ceylan, Y., Kaya, Y., Tuncer, MJVTD. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*; 18(3):147-54.
- Connerney, I., Sloan, RP., Shapiro, PA., et al. (2010). Depression is associated with increased mortality 10 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosom Med.*, 72: 874– 881.
- Cömert, K. (2024). Acil servise başvuran hipertansiyon hastalarının öz-etkililikleri ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Çalışkan, E. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler risk farkındalığının ve kalp sağlığını koruyucu davranışların değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

- Çataldeğirmen, G. (2021). Hipertansiyon Hastalarının Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve İlaç Uyumluları ile İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Adana.
- Çetinkaya, A., Eşlik, M., (2019). Self-efficacy perceptions in coping of the patients' post-coronary artery bypass graft surgery. *J. Cardiovasc. Nurs.*, ;10(22):41-9.
- Çetinkaya, S. (2019). Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Dakhil, ZA., Farhan, HA., Faraz, F., Skuk, MR., Al-Jorani, MS., Rehman, MEU. (2023). Impact of earthquake on cardiovascular health: What should cardiovascular healthcare providers anticipate after the devastating earthquakes in Turkey and Syria? *Curr Probl Cardiol.* 48(9): 101800.
- Deanfield, J.E.; Halcox, J.P.; Rabelink, T.J. (2007). Endothelial function and dysfunction: Testing and clinical relevance. *Circulation*, 115, 1285–1295.
- Dinlegör Sekmen, I., Ünsar, S. (2018). Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi, *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 9(20):113–119, DOI: 10.5543/khd.2019.20982.
- Dirimeşe, E., D Korkmaz, F. ve O., Alcan, A. (2016). Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*: 5(2) 56-61.
- Dolan, B. (2007). Soul searching: a brief history of the mind/body debate in the neurosciences. *Neurosurgical Focus*. 23(1):1-7.
- Dülek, H., Tuzcular Vural, Z., & Gönenç, I. (2018). Risk factors in cardiovascular diseases. *The journal of turkish family physician*, 9 (2), 53-58.
- Enç, N., & Öz Alkan, H. & Kalkan Uğurlu, Y. (2019). Akut koroner sendromlar. Enç, N. (Ed.), *Kardiyovasküler hemşirelik* İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 59-73.
- Er, T., Kurçer, M., & Erdoğan, Z. (2020). Koroner Arter Hastalarında Fiziksel ve Cinsel Aktiviteden Kaçınma Davranışını Etkileyen Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 234-242.
- Erciş, A., Kotan, G., Türk, B. (2016) Ölüm kaygısının tüketici tutumları üzerine etkileri, Süleyman Demirel Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 1(23): 117-34.
- ESC Cardiovasc Risk Collaboration & SCORE2 working group. (2021). SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal*, 42(25), 2439-2454.

- Eues, SK. (2007). End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag*, 12: 339-44.
- Franklin, SS., Larson, MG., Khan, SA., Wong, ND., Leip, EP, Kannel, WB. et al. (2001) Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? *The Framingham Heart Study*;103(9):1245-9.
- Gao, LL., Sun, K., Chan, SW-C. (2014). Social support and parenting self efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Journal of Midwifery*. 30(5): 532-38.
- Gaziano, TA. (2017) Lifestyle and cardiovascular disease: More work to do. *J Am Coll Cardiol*;69:1126-1128.
- Gerrig, RJ., Zimbardo, Phillip, G. Psychology and life Çeviren: Sart G. (2012). *Psikoloji ve Yaşam.19.basım*, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Ankara;380–382.
- Gimbrone, M.A., J.; García-Cardena, G. (2016). Endothelial Cell Dysfunction and the Pathobiology of Atherosclerosis. *Circ. Res.* 118, 620–636.
- Goodarzynejad, H., Sheikh Fathollahi, M., & Shafiee, A. (2023). Editorial: The role of sex in coronary artery disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10.
- Gökler, I. (2007). Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği türkçe formunun uyarlama çalışması: Faktör yapısıy geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14(7): 90-9.
- Gündoğan, S., & Gümüüş, A. B. (2023). Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ile Hastalık Özellikleri, Yalnızlık ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2), 81-92.
- Güneysel Bakır, G., & Zengin, N. (2023). Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9–17.
- Güngör, G. (2023). Kronik hastalıklarda tedaviye uyum ile ilaç inançları ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Gür, G. (2017). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Medipol Üniversitesi. İstanbul.
- Hare, DL., Toukhsati, SR., Johansson, P., Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J.*, 35: 1365-72.
- Hartikainen, T., Sörensen, N., Haller, P., Goßling, A., Lehmacher, J., Zeller, T. (2023). Acute Myocardial Infarction. *Euro Heart J* [Internet]. 41(23):2209-16. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459269/>

- Heidaranlu, E., Goyaghaj, N. S., MoradiA., & Ebadi, A.(2021). The efficacy of an intervention program for pain intensity reduction in patients undergoing arterial sheath removal after coronary artery angioplasty. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 16(3), 102-108.
- Hernandez, C. R., Urquiza, J. G., Hernandez, L., Roman, K. V., Martos, N., Garcia, L., Fuente, G. C. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis *Journal of Advanced Nursing* 77 (8), 3274-3285.
- Hilbert-McAllister, GA. (2003). The social support in chronic illness inventory. In: Strickland OL, Dilorio C, editors. Measurement of nursing outcomes. 2nd ed., Self care and coping, vol. 3. New York: Springer Publishing Company; p. 173–81.
- Hu, H., L , G., Arao, T. (2015). The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension*, 29:198–203
- Hussain, W., Hashim, M., Azim, W., Rehman, U.F., Salam, A., Rafique, M.(2022). Quality of life, perceived social support and death anxiety among people having cardiovascular disorders: A cross-sectional study. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences* 16(4), 460-460.
- Iorga, A., Cunningham, C.M., Moazeni, S., Ruffenach, G., Umar, S., and Eghbali, M. (2017). The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. *Biology of Sex Differences*, 8(1),33-48.
- İ ık, M. (2008) Genel ve Teknik İletişim, Eğitim Akademi Yayınevi, Konya; 45- 49.
- İ ık, S., Deliba , T., Berker, D., Aydın, Y., & Güler, S. (2009). Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi. *Anadolu Kardiyol Dergisi*; 9(1):238- 47.
- Jamal, A., Phillips, E., Gentzke, AS., Homa, DM., Babb, SD., King, BA., Neff, LJ. (2018). Current cigarette smoking among adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 67(2):53-59.
- Kalao lu  zt rk, Z. (2010). Ya lı bireylerde ölüm kaygısı. Uzmanlık Tezi.  ukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adana.
- Kalyoncuo lu, M.,  zt rk, S., Durmuş, G., Keskin, B., & Can, M. M. (2017). Güncel Tedavi Kılavuzları I ı ında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, 55(2).
- Kandemir, F. (2020). Bazı demografik değişkenler bağlamında covid-19 pandemi neslinin dindarlık ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine ampirik araştırma. *Tokat İlmîyat Dergisi*; 8(1), 99-129.
- Kapucu, S., Ahyar, İ. ve Korkmaz, F. (2018). Pearson hemşirelik tanıları el kitabı. J. M. Wilkinson ve L. Barcus, Ed. 11. basım Ankara: Pelikan Yayınevi; p: 226-235.

- Esen, D. E. R. Y. A. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 4(1-2), 67-79.
- Karaca, F. (2000). Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları. İstanbul.
- Karagöz, E. (2019). Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal desteğin ilaç uyumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Derg.* 21(1):42-79.
- Karasu, V. E., & Çiğdem, A. K. S. U. (2024). Koroner arter bypass sonrası hastaların sağlık algıları ve yaşam kalitesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical and Health Sciences*, 9(3), 394-402.
- Kasapoğlu, E. S. & Enç, N. (2017). Koroner arter hastaları için bir rehber. 8(15), 1-7.
- Kavradım Turan, S., Sert, M., Özer, Z. (2022). Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi. *Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing*. 13(31):65-73.
- Kelleci, M., Ata, E.E. (2011). Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3):105-110
- Khademi, F., Moayedi, S., Golitaleb, M., Karbalaie, N. (2020). The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *Int J Ment Health Nurse* 1: (1) 30.
- Kocaman, N. (2005). “Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3); 107-118.
- Koenig, W. High-sensitivity C-reactive protein and atherosclerotic disease: from improved risk prediction to risk-guided therapy. *Int J Cardiol.* 15;168(6):586-34.
- Korkut B. ve Sevinç N. (2021). Ölüm kaygısı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Jour Turk Fam Phy* 12 (2): 76-83. Doi: 10.15511/tjtfp.21.00276.
- Koyama S., Cho j., Honigberg M., Surakka I., Haidermota S., Ganesh A., Patel A., Bhattacharya R., Lee H., Kim H., Natajara P. (2023). Genetic, sociodemographic, lifestyle and clinical risk factors of recurrent coronary artery disease events: a population-based cohort study. *European Heart Journal* 44(369, 3456-3465.
- Koyuncu, A. (2019). Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası uyanma sürecinde yoğun bakımda aile varlığının cerrahi stres yanıtına etkisinin incelenmesi. Doktora tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Krumholz, H., Philips, R., Hamel, M., Teno, J., Bellamy, P., Broste, S., Califf, R., Vidialitte, H., Davis, R., Muhlbaire, L., Connors, A., Lynn, J., Goldman, L. (1998).

- Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from the support Project. *Circulation* 98 (7), 648-655.
- Kubica, J., Adamski, P., Ładny, JR., Kaźmierczak, J., Fabiszak, T., Filipiak, KJ., vd. (2022). Pre-hospital treatment of patients with acute coronary syndrome: Recommendations for medical emergency teams. Expert position update ;29(4):540-52.
- Kurnaz, F. (2022). Kanser hastalarının ölüm kaygısı ve manevi bakım gereksinimleri: Çanakkale örneği. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Çanakkale.
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Gök, H., Işıklar Özberk, D. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 24, 4, 672-679.
- Lehto, IR., Stein, K. (2009). Deathanxiety: An Analysis Of An Evolvingconcept.
- Leiter, Kasia J Lipska, Jonathan D Newman, Francine K Welty, American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health and Council on Clinical Cardiology. Clinical management of stable coronary artery disease in patients with type 2 diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 141 (19), e779-e806, 2020
- Lepore, S., Evans, G., Schneider, M. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology* 61(6), 899.
- Malagoli, A., Fanti, D., Albini, A., Rossi, A., Ribichini, F. L., & Benfari, G. (2020). Echocardiographic strain imaging in coronary artery disease. *Cardiology clinics*, 38 (4), 517-526.
- Mendelsohn, M.E., and Karas, R.H. (1999). The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *The New England Journal of Medicine*, 340(23),1801-1811.
- Meral, BE., Cavkaytar, A. (2012). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin psikometrik özelliklerinin otizmlı çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. *E-International Journal of Educational Research* :3(4):2
- Michiels, C. (2003). Endothelial cell functions. *J. Cell. Physiol*, 196, 430–443
- Murphy, B. M., Rogerson, M. C., Hesselson, S., Iismaa, S. E., Hoover, V., Le Grande, M., ... & Jackson, A. C. (2023). Prevalence of anxiety, depression, and distress in SCAD and non-SCAD AMI patients: a comparative study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 43(5), 338-345.
- Murray, MIK., Thalmann, IN., Mossialos, EA., Zeiher, AM. (2018). Comorbidities of Coronary Heart Disease and the Impact on Healthcare Usage and Productivity Loss in a Nationally-Based Study. *Epidemiology (Sunnyvale)*8(347): 2161-1165.

- Murray, S.A., Kendall, M., Worth, A., Benton, T.F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.
- Mussbacher, M.; Schossleitner, K.; Kral-Pointner, J.B.; Salzmann, M.; Schrammel, A.; Schmid, J.A. (2022). More than Just a Monolayer: The Multifaceted Role of Endothelial Cells in the Pathophysiology of Atherosclerosis. *Curr. Atheroscler. Rep.*; 24, 483–492.
- Nalbantoğlu, İ., Çalışkan, AŞ., Akdağ, S., Toklucu, AT. (2024). Kahramanmaraş depremi sonrasında depremzedelerin algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 8(1), 63-77.
- Natalie, M. G., Andrea, Z. L., Job, G. G., Matthew, A. A., JoAnn, E. M., Jennifer, J. K., Julie, C. W., Jennifer, W. B., Lorena, G., Candyce, H. K., Nazmus, S., Brad, C., Steve, N., John, B. (2022). Evolution of social isolation, loneliness and cardiovascular disease among older women in the US. *JAMA Network Open*; 5(2).
- Nehir, S., Çam, O. (2010). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 26(3), 73-84.
- Neumann, J.T., Freak-Poli, R., Ryan, J., et al. (2021). Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. *BMC Geriatr* 21, 711. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02602-2>
- Ning, Z. (2024). Association between level of depression and coronary heart disease, stroke risk and all-cause and cardiovascular mortality. *Journal of Atherosclerosis*; 395(1), 118276.
- Oğuz, S., Bayrak, B., Genç, A., Çamcı, G. (2018) The Effect of Sad Text on Blood Pressure. *Pakistan Heart Journal*;51:204–10.
- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4 (2), 98
- Omar, TA. (2024). Sigara kullanan ve kullanmayan ergenlerin, algılanan sosyal destek ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Avrasya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Trabzon.
- Omoniye, O., Awotidebe, T. O., Ademoyegun, A. B., Falokun, I. G., Omisore, O. B., Kolade, A. A., ... & Adedoyin, R. A. (2023). İnme sonrasında sosyal destek, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: Bir vaka kontrol çalışması. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*; 29(1), 38-45.
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, NE., Kaya, A., ve ark. (2017). Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük, TEKHARF 2017 Çalışması. [Elektronik Sürüm]. Logos Yayıncılık. İstanbul.

- Onat, A., Can, G. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevelansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. (2017) (ed) Onat A. “TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük” Logos yayıncılık Tic. A.Ş:21-28. İstanbul.
- Onat, A., Karakoyun, S., Akbaş, T. ve ark. (2015). TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 43 (4): 326-332.
- OSAMOR, P.E. (2015). Social support and management of hypertension in South-west Nigeria. *Cardiovascular journal of Africa*. 26(1): 29
- Óscar Pérez-Méndez, Héctor González Pacheco, Carlos Martínez-Sánchez, Martha Franco. (2014). HDL-cholesterol incoronary artery disease risk: function or structure?*Clinica Chimica Acta* 429, 111-122,
- Öngider, N., Özışık, ES. (2012). “Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması”, *Klinik Psikiyatri*. ,16; 34-46.
- Örsal, O., Yenilmez, Ç., Çelik, N., Işıklı, B. (2012). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki, *Turkish Journal at Geriatrics*; 15(3): 332-8.
- Özdemir, K. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Özgür, G. (1991). Bornova bölgesinde oturan emeklilerde, emeklilik, sağlık ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Özkan, PÖ., Erginbaş, Ç. (2022). Koroner arter hastalarının Akdeniz diyetine bağlılık durumunun değerlendirilmesi, *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 18: 123-135.
- Özkoca, Ö. (2018). Obez bireylerde yeme tutumu, algılanan sosyal destek ile psikopatolojilerinin değerlendirilmesi ve motivasyonel süreç yönünden ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Özsoy Durmaz, M., Demir, R., Alikan, B., Erçetin, D. S., vd. (2023). Kronik hastalığı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek yaşam sevgilerini etkiler mi? *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*; 10(4), 535-542. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1241034>
- Öztürk, D., Aldemir, K. (2024). Erişkin hastaların ameliyat öncesi algıladıkları sosyal destek ile cerrahi kaygı arasındaki ilişki: Tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*; 16(1).
- Öztürk, D., Atmaca Aldemir, K. (2024). Erişkin hastaların ameliyat öncesi algıladıkları sosyal destek ile cerrahi kaygı arasındaki ilişki: Tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 16(1):26-34.

- Öztürk, Z., Karakuş, G., & Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 37-43.
- Pala, B. (2023). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Patel, A., Zaman, MJ., Jan, S., Et Al. (2012). Socioeconomic distribution of cardiovascular risk factors and knowledge in rural India. *Int J Epidemiol* [IEA]; 41(5):1302-14.
- Ramesh, C., Nayak, BS., Pai, VB., George, A., George, LS. ve Devi, ES. (2017). Pre-operative anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery- A cross- sectional study. *International Journal of Africa Nursing Science* DOI.org/10.1016/j.ijans.2017.06.003
- Rao, S., Asad, S., & Latif, A. (2022). Death Anxiety, Social Support and Medication Adherence in People Living with HIV/AIDS in Pakistan. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 37(4), 697-715.
- Rashiti, P., Rashiti – Bytyçi, A., Haradinaj, K., Dermaku, E., Berisha, V., Bellanica, V., vd. (2023). Using the HEART score in patients with chest pain in the emergency department of Kosovo as an important triage criterion for treatment and hospitalization. *Annals of Medicine & Surgery*; 85(7):3318-22.
- Rector, T., Anand, I., Chon, J. (2006). Relationships between clinical assessments and patients perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of cardiac failure* 12 (2), 87-92.
- Ren-ying, Z., Hong, C., Yue-Juan, G., Zhi-Han, P., Jiu-Ying, W. (2022). Effects of psychological nursing care on anxiety and depression in perioperative patients with lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medicine* 101(29).
- Rodgers, JL, Jones, J, Bolleddu, SI, Vanthenapalli, S., Rodgers, LE., Shah, K., et al. Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2019 Jun 1;6(2).
- Ron, P. (2004). Depression Homelessness and Suicidal ideation among the elderly: A Comparison Between men and Women Living in Nursing Homes and in the Community. *Journal Gerontol Social Work*. 2(3):97-116.
- Ross, K. (1997). Ölüm ve ölmek üzerine. In: Banu Büyükal, Ed. Boyner Holding yayınları. İstanbul.
- Russel, AL., Tasker, JG., Lucion, A., Fiedler, J., Munhoz, CD., Wu, JT. (2018). Factors promoting vulnerability to dysregulate stress reactivity and stress-related disease. *Journal of Neuro endocrinology*.30(10): e12641.

- Satıcı, İ. (2022). Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Şanlıurfa.
- Sayın Kasar, K., Karaman, E., Say Şahin, D., Yıldırım, Y., vd. (2016). Yaşlı Bireylerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 48-55.
- Schwarzer, R., ve Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationship*, 8, 99-127.
- Shahrbabaki, P. M., Nouhi, E., Kazemi, M., ve Ahmadi, F. (2017). Spirituality: A panacea for patients coping with heart failure. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(1), 38.
- Shimohata, H., Usui, J., Tawara-lida, T. (2024). NT-pro BNP level at dialysis initiation is a useful biomarker for predicting hospitalization for ischemic heart disease. *Clin Exp Nephrol* 28, 457-464.
- Sicari, R, Cortigiani, L. (2017). The clinical use of stress echocardiography in ischemic heart disease. *Cardiovasc Ultrasound*;15(1):7.
- Sidney, S., Quesenberry, C. P., Jaffe, M. G., Sorel, M., Nguyen-Huynh, M. N., Kushi, L. H., ... & Rana, J. S. (2016). Recent trends in cardiovascular mortality in the United States and public health goals. *JAMA cardiology*, 1(5), 594-599.
- Simith, LM, Kasser, TC. (2014). “Mortality Salience Increases Defensive Distancing From People With Terminal Cancer”, *Death studies*, 38(1); 44-53.
- Softa, H.K., Bayraktar, T., Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*.9(1):1-12
- Sohail, H., Ram, J., Hulio, AA., Ali, S., Khan, MN., Soomro, NA, vd. (2023). Prodromal Symptoms in Patients Presenting With Myocardial Infarction. *Cureus* [Internet]. 15(8). Erişim adresi: /pmc/articles/PMC10505830/.
- Soleimani, M.A., Bahrami, N., Zarabadi-Pour, S., Motalebi, S.A., Parker, A., Chan, Y.H. (2020). Predictors of death anxiety among patients with heart disease. *Death Studies*. 44(3):160-167.
- Sorias, O. (1992). Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Psikoloji-Seminer. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 9: 33-49.
- Sönmez E. (2022). Koroner Arter Hastalarında WEB Tabanlı Eğitimin Hastalığa Uyuma ve Öz Bakıma Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Enstitüsü. İzmir.

- Stein-Parbury J, McKinley S. (2000). Patients experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American Journal of Critical Care* 20-27.
- Şafak, M. (2019). Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Şanal Karahan, F., Hamarta, E. (2019). Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi* 21 8–13.
- Şenol, C. (1989). Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Şenuzun Aykar, F. ve ark., Validity and reliability of the social support scale in chronic diseases– TR (SSCII-TR), *European Geriatric Medicine* 5 (2014) 21-25.
- TA Pearson, BH Bulkley, SC Achuff, PO Kwiterovich, L Gordis (1979). The association of low levels of HDL cholesterol and arteriographically defined coronary artery disease. *American Journal of Epidemiology*; 109 (3), 285-295.
- Taşkıran, P., Çam, S., Şekuri, C., Tüzün, N., Alioğlu, E., Altıntaş, N., Berdeli, A. (2009). Paraoksanaz geninde Leu-Met (55) ve Gln-Arg (192) polimorfizimleri ile koroner arter hastalığı arasındaki ilişki *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi* 37 (7), 473-478.
- Templer, DI. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *J Gen Pyshol.* 82: 165-177.
- Terziu, S. (2019). Koroner arter hastalığı olan ve olmayan tip-2 diyabetli bireylerin diyabet öz bakım davranışlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi. İzmir.
- Thakur, B., Strenth, C., Arnold, E. M., Schneider, F. D. (2024). Sex diffirences in the association of depression symptoms and cardiovascular disease in adukts in the United States. *American Journal of Health Promotion.* 38(8).
- Timmis, A., Townsend, N., Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M, et al. (2017). European Society of Cardiology: CardiovasAkbulut ve Kahraman, Koroner Arter

- Hastalığı Eğitim Anketi-2 / doi: 10.5543/khd.2021.60362 33 cular disease statistics. *Eur Heart J*;39(7):508-79.
- Ting Sun, Mengyun Chen, Huanhuan Shen, PingYin, Li Fan, Xin Chen, Jun Wu, Zuojun Xu, Junfeng Zhang (2022). Predictive value of LDL/HDL ratio in coronary atherosclerotic heart disease *BMC Cardiovascular Disorders* 22 (1), 273.
- Top, A. (2023). Koroner arter cerrahi hastalarının üstbilişsel inançları, ölüm kaygısı ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Muğla.
- Tuik.gov.tr [internet] Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. [Son güncelleme tarihi: 31.05.2017; Erişim Tarihi: 08.04.2022].
- Tunç, E. (2022). Koroner anjiyografi uygulanan hastaların bilgi düzeyleri. Yüksek lisans tezi. Biruni Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.
- Tutumlu, E. (2024). Koroner arter hastalığı tanılı 65 yaş ve üzeri servis hastalarının nütrisyonel durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Tülüce, D., Kartal, M. Koroner Arter Hastalığının Yönetimi: Cinsiyet Farklılığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 02.06.2021; 12(29):183-189.
- Türen, S, Efil, S. (2015). Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2014;18(2).
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2022). Ölüm [İnternet]. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2023]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2022). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus_2022.pdf. 5 Mayıs 2023.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2022). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. [https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon - Kılavuzu-2022.pdf](https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf). 5 Mayıs 2023.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm Nedeni İstatistikleri (2015). Available from: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPreHaberBultenleri.do%3Fid%3D21526&date=2018-01-09>.
- Türkiye İstatistik kurumu. (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2022. Accessed Feb 10, 2025. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>.

- Utriyaarasit, K., Moore, SM., Chaiseri, P. (2010). Recovery after coronary artery bypass surgery: effect of an audiotape information programme. *Journal of Advanced Nursing*; 66: 1747-1759.
- Ünal, B. Kalp ve Damar hastalıkları. (eds) Ünal B, Ergör G. (2013). “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” içinde. Ankara, Anıl Matbaa Ltd. Şti. Sağlık Bakanlığı Yayın no:909. 191-203.
- Vehid, H. E., Eral, G., Vehid, S., & Şenocak, M. Ş. (2018). Evaluation of the effect size of low-density lipoprotein, high-density lipoprotein, and triglyceride levels of patients detected to have high troponin. *Istanbul bilim university florence nursing journal of medicine*, 4 (2), 86-90
- Wee, HL., Cheung, YB., Li, SC., Fong, KY., Thumboo, J. (2005). The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? *Health Qual Life Outcomes*; 3: 1-11
- Wenn, P., Meshoyrer, De, Barber, Me, Ghaffar, A, Razka, Ms, Jose, So, Zeltser, IR., & Makaryus, A. (2022). Perceived social support and its effects on treatment compliance and quality of life in cardiac patients . *Journal of Patient Experince*, 9: 1-7.
- World Health Organization (WHO). (1978). Declaration of alma-ata: international conference on primary health care. Erişim: 11.12.2009. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- World Health Organization. (2021). Cardiovascular Diseases. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_3
- World Health Organization. (2023). Noncommunicable diseases: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden alındı
- Yalçın, R., Cemri, M., Boyacı, B., Timurkaynak, T., Akata, D. & Ünlü, M. (2006). Koroner arter hastalığı-1. *Gazi Medical Journal*, 17(1).
- Yan, T., Hou, Y., Deng, M. (2022). Direct, indirect, and buffering effect of social support on parental involvement among Chinese parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 52.
- Yan, X., Ma, HX., Liu, SS., Gong, Q. (2024). Correlation among anxiety and depression, fear of disease progression and social support in coronary heart disease. *World Journal of Psychiatry* 14(11), 1708.
- Yaylalı, G. F., & Yaylalı, Y. T. (2013). Obezite ve Kalp. *Türkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics*, 6(1), 45-49.

- Yel, P. (2020). Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11 (24), 7-15.
- Yerokun, B., Williams, J., Gaca, J., Smith, P. (2023). Indications, algorithms, and outcomes for coronary artery bypass surgery in patients with acute coronary syndromes. (n.d.)
- Yıldırım, O. (2023). Koroner arter hastalığı tanısı alan ve almayan bireylerde beslenme durumlarının ve akdeniz tarzı beslenmeye uyumlarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı. Samsun.
- Yıldırım, N., Karaca, A., Cangur, S., Acikgoz, F., Akkus, D. (2017). The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. *Nurse Education Today*. 48.
- Yılmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., Bekar, M. (2012). Predictors of perioperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*;21(7-8):956-64.
- Yılmazel, G., Ahçioğlu, A. (2021). Koroner arter hastalığı ve halk sağlığı görünümüyle sağlık okuryazarlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2 (2), 81-88.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

SayınKatılımcı,

Sizi **Kayseri Şehir Hastanesinde** yürütülen ‘**Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**’ başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Yüksek Lisans Öğrencisi Sefa KARAGÖZ
Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU

Yaşınız nedir?	Kronik hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır
Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın b) Erkek	Uyguladığınız bir diyetiniz var mı? a) Evet (adını belirtiniz.....) b) Hayır
Boyunuz kaç cm?	Günlük beslenmede tuzdan kaçınmaya dikkat eder misiniz? a) Evet b) Hayır
Kilonuz kaç kg?	Düzenli olarak yaptığınız egzersiz var mı? a) Evet b) Hayır
Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar c) Dul / Boşanmış	Düzenli olarak doktor kontrollerine gidiyor musunuz ? a)Evet b)Hayır
Eğitim durumunuz nedir? a) Okur yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite	Koroner arter hastalığınız ile ilgili yaşadığınız şikayet/leriniz nelerdir ? a)Göğüs ağrısı b)Yorgunluk c)Çarpıntı d)Nefes darlığı e)Diğer
Gelir durumunuz nedir? a) Geliriniz giderinizden fazla b) Geliriniz giderinize eşit c) Geliriniz giderinizden az	Koroner arter hastalığınız ile ilgili daha önce hastaneye yattınız mı ? a)Evet b)Hayır
Sigara kullanıyor musunuz? a) Yok	Ailenizde Kalp Hastası Olan Var mı? a)Evet

b) Var	b)Hayır
Alkol kullanıyor musunuz? a) Yok b) Var	Koroner arter hastalığı ile ilgili bilgilendirme/eğitim aldınız mı ? a)Evet b)Hayır
Sağlık güvenceniz var mı? a) Evet a) Hayır	Düzenli olarak kullandığınız ilacınız var mı? a)Evet b)Hayır
Kimlerle Beraber Yaşıyorsunuz ? a)Yalnız b) Eşimle ve/veya çocuğumla c) Akrabalarımle d) Kurum e) Diğer.....	

EK-3. ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

- | | | |
|---|---|---|
| 1.Ölmekten çok korkuyorum. | D | Y |
| 2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir. | D | Y |
| 3. Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam | D | Y |
| 4. Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur. | D | Y |
| 5. Ölmekten pek de korkmam. | D | Y |
| 6. Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur. | D | Y |
| 7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez. | D | Y |
| 8. Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder. | D | Y |
| 9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum. | D | Y |
| 10. Ölümden sonra hayat benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır. | D | Y |
| 11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum. | D | Y |
| 12. Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm | D | Y |
| 13. Birilerinin Üçüncü Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyarsam ürperirim. | D | Y |
| 14. Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir. | D | Y |
| 15. Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum. | D | Y |

EK-4. KRONİK HASTALIKLARDA SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

	1= Memnun değilim	2= Biraz Memnun değilim	3= Kısmen memnun değilim	4= Biraz Memnun um	5= Memnun um	6= Çok Memnun um
1. İyileşeceğimi söylemesinden	1	2	3	4	5	6
2. Fiziksel şefkat göstererek rahatlatmasından	1	2	3	4	5	6
3. Yardıma ihtiyacım olduğunda, yardım etmesinden	1	2	3	4	5	6
4. İyiliğim ile alakalı ilgi ve kaygısını ifade etmesinden	1	2	3	4	5	6
5. Kendisini bana çok yakın hissettiğini söylemesinden	1	2	3	4	5	6
6. Konuşmak istediğimde, dinlemek için uygun olmasından	1	2	3	4	5	6
7. Düşündüklerimi söylediğimde dinlemesinden	1	2	3	4	5	6
8. Üzgün olduğumda teselli etmesinden	1	2	3	4	5	6
9. Kendimi kötü hissettiğimde, kendisine ulaşmama izin vermesinden	1	2	3	4	5	6
10. Olumlu ve olumsuz halimle beni kabul etmesinden	1	2	3	4	5	6
11. Beklentilerimin tümüyle sağlanmasından	1	2	3	4	5	6
12. Bazı şeylerin nasıl yapılacağı konusunda bir takım bilgiler vermesinden	1	2	3	4	5	6
13. İçinde bulunduğum durumu anlamama yardımcı olmak için bazı bilgiler vermesinden	1	2	3	4	5	6
14. Yardım almak için kimi görmem gerektiğini bana söylemesinden	1	2	3	4	5	6
15. Bir durum söz konusu olduğunda, beni neyin beklediğini söylemesinden	1	2	3	4	5	6
16. Bir şeyin nasıl yapılacağını öğretmesinden	1	2	3	4	5	6
17. Bir problemin çözümüne yardım etmek için benimle konuşmasından	1	2	3	4	5	6
18. Verilen önerileri takip edip etmediğimi benimle birlikte kontrol etmesinden	1	2	3	4	5	6
19. Bir şeyi niçin iyi yapmadığımı anlamama yardım etmesinden	1	2	3	4	5	6
20. İyi ya da kötü olarak değerlendirmeden nasıl yaptığımı ile ilgili bana geribildirim vermesinden	1	2	3	4	5	6
21. Para vermesi ya da gelirimme katkı sağlamasından	1	2	3	4	5	6
22. Hediye vermesinden	1	2	3	4	5	6

23. Genellikle benim yerime görevlerimi yapmasından	1	2	3	4	5	6
24. Ulaşımımı sağlamasından	1	2	3	4	5	6
25. Bazı aktivitelere benimle katılarak, kafamı dağıtmama yardımcı olmasından	1	2	3	4	5	6
26. İlgi alanlarımla ilgili benimle konuşmasından	1	2	3	4	5	6
27. Şaka veya espiri yaparak neşelenmemi sağlamasından	1	2	3	4	5	6
28. İlgi alanlarını paylaşmasından	1	2	3	4	5	6
29. Endişeli olduğumda ona güvenmekten	1	2	3	4	5	6
30. Sağlık ekibinin tavsiyelerini benimle paylaşmasından	1	2	3	4	5	6
31. Hastalığımı anlayabilmem için bana yardım etmesinden	1	2	3	4	5	6
32. Sağlık ekibinin tavsiyeleri ile ilgili sorun yaşadığım zaman yardım için kimleri görmem gerektiğini söylemesinden	1	2	3	4	5	6
33. Olumsuz etkileri önlemede sağlık ekibinin tavsiyelerinin nasıl yararlı olacağını söylemesinden	1	2	3	4	5	6
34. Sağlık ekibi üyelerinin tavsiyelerini nasıl uygulayabileceğimi bana öğretmesinden	1	2	3	4	5	6
35. Sağlık ekibinin tavsiyeleri ile ilgili yaşadığım sorunlar hakkında benimle konuşması	1	2	3	4	5	6
36. Kendime daha iyi bakmam konusunda beni cesaretlendirmesinden	1	2	3	4	5	6
37. Önemle dikkate aldığım tavsiyeleri uyguladığımda kontrol etmesinden	1	2	3	4	5	6
38. Sağlık ekibinin önerilerini gerçekleştirdiğimde olumlu yorumlar yapmasından	1	2	3	4	5	6

Ek-5. ETİK KURUL İZİNİ

T.C. AKSARAY ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koronar arter hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	120-SBKA EK

	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:X	☐	1)Helsinki Bildirgesine uyulacağına dair taahhütnameler 2)Araştırmanın daha önce etik kurul değerlendirmesine sunulmadığına ve etik kurul onayı olmaksızın yapılmayacağına dair taahhütname 3)Literatürler 4)Araştırmacı özgeçmişi 5)Başvuru formu 6)Bütçe formu 7)Anabilim dalı izni 8)BGO formu 9)Anket formu
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/22-14	Tarih:23.11.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı Soy Adı: Dr.E. Arzu Köse
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-6. KURUM İZNİ



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kayseri Şehir Hastanesi



08.01.2024

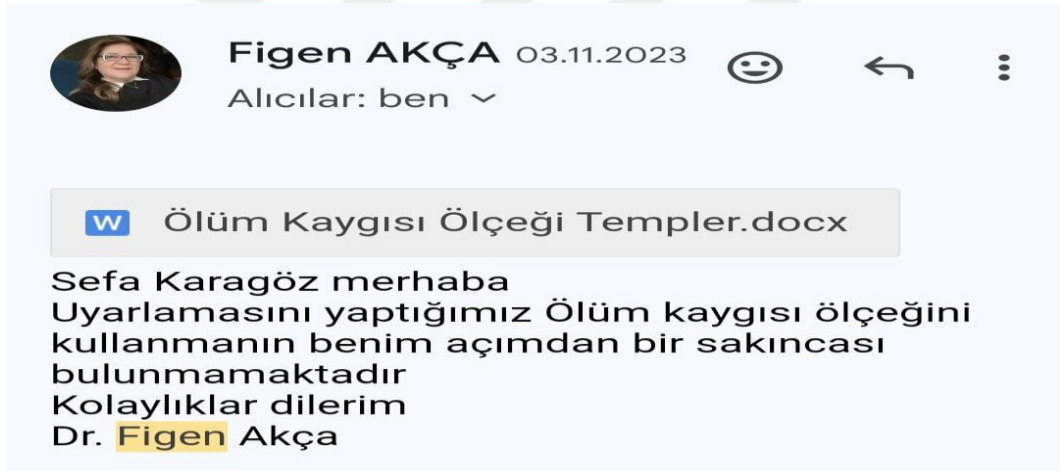
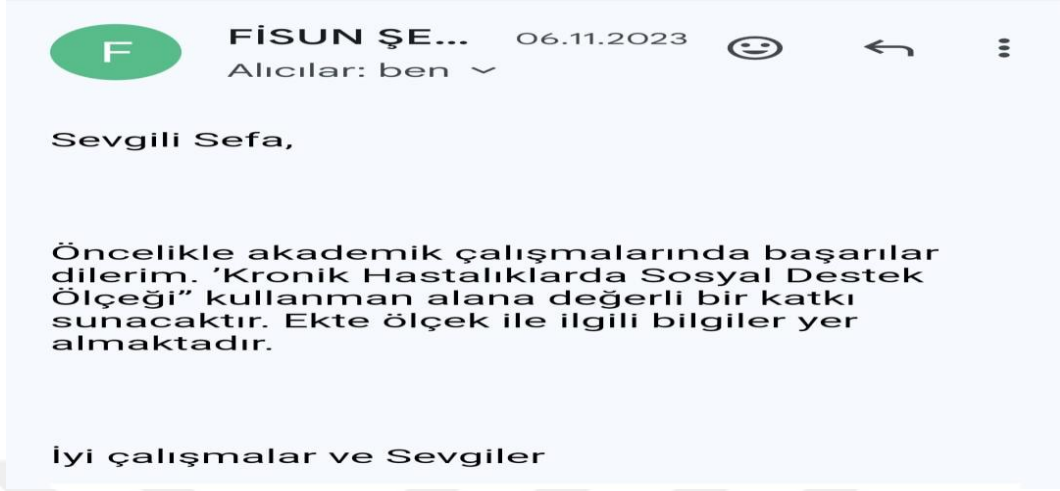
Sayı : 76397871/
Konu: Bilimsel Çalışma Yapma Talebi

Sayın Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

Yardımcı araştırmacılar Hemşire Sefa KARAGÖZ ile yapmayı planladığınız “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli tez çalışmanızın bütçesinin araştırmacı tarafından karşılanması koşuluyla yapmanız Eğitim Planlama Kurulunun 27.12.2023 tarihli ve 78 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

Doç. Dr. Serhat KOYUNCU
Başhekim

Ek-7. ÖLÇEK İZİNLERİ



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı . yılında Malatya ilçeğinde doğmuştur. İlköğretim ve liseyi Malatya Doğanşehir’de tamamlamıştır. 2017 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik bölümünden mezun olan araştırmacı yine aynı yıl Elazığ Karakoçan devlet hastanesinde hemşire olarak göreve başlamıştır. 2022 yılında Kayseri şehir hastanesine tayin olmuş yine aynı yıl Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitime başlamıştır. Bugün hala Kayseri şehir hastanesinde hemşire olarak görevine devam etmektedir.

