



**KORONER KALP HASTALIĞI OLAN HASTALARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE PSİKOSOSYAL UYUM**

Tuğba KARATAĞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2014

Tuğba KARATAŞ tarafından hazırlanan “**Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Başkan: Doç.Dr.Sevgisun KAPUCU

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Üye: Yrd.Doç.Dr.Sevinç KUTLUTÜRKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Tez Savunma Tarihi: 17/06/2014

Jüri tarafından kabul edilen tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Prof.Dr. Mustafa KEREM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi takdirde aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tuğba KARATAŞ

17.06.2014

KORONER KALP HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE PSİKOSOSYAL UYUM

(Yüksek Lisans Tezi)

Tuğba KARATAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2014

ÖZET

Bu araştırma, koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumun saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gazi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran, koroner kalp hastalığı tanısı konulmuş 250 hasta oluşturmuştur. Veriler, tanımlayıcı özellikleri içeren anket formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, frekans-yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma, Kruskal Wallis analizi, Mann Whitney U testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılarak test edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde, hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının düşük ($39,68 \pm 13,94$) olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalığa psikososyal uyum puan ortalaması $67,39 \pm 29,29$ olarak bulunmuştur. Hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları 51'in üstünde olduğu için uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir. Hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma statüsü, tanı, başka kronik hastalık varlığı, cerrahi tedavi, yaşadığı yer, bakım verdiği kişi olma durumu ve sorunlarla baş etme düzeyinden; psikososyal uyum düzeylerinin ise cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu kişiler, tanı, başka kronik hastalık varlığı ve bilgi alma durumundan etkilendiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Psikososyal uyum ölçeği ile sosyal destek ölçeği alt grupları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmada, sosyal destek düzeyinin artmasıyla psikososyal uyum düzeyinin arttığı saptanmıştır. Sosyal desteği yetersiz olan hastaların psikososyal uyumları olumsuz etkilendiğinden hastaların sosyal destek kaynakları belirlenmeli ve devamlılığı sağlanmalıdır.

Bilim Kodu	:1032.2
Anahtar Kelimeler	:Algılanan Sosyal Destek, Destek Kaynakları, Hemşirelik, Koroner Kalp Hastalığı, Psikososyal Uyum
Sayfa Adedi	:122
Danışman	:Prof.Dr. Hatice BOSTANOĞLU

PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

(M.Sc. Thesis)

Tuğba KARATAŞ

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

June 2014

ABSTRACT

The study was performed to assess the perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. The study population included 250 patients referred to Cardiology Polyclinics of the Gazi University Healthcare Research and Application Center. Data were collected using a questionnaire including descriptive characteristics, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report. Collected data were tested using the frequencies/percentages, Kruskal-Wallis analysis, Mann-Whitney U-test, and Pearson's Correlation Analysis. The mean perceived social support scores of the patients were relatively low. The mean score of the psychosocial adjustment was 67.39 ± 29.29 . The adjustment was considered to be poor since the mean score of the psychosocial adjustment was above 51. The level of perceived social support was effected by age, marital status, education level, number of children, occupational status, diagnosis, co-existence of other chronic diseases, surgical treatment, residence, being a care-giver, and the level of coping with the problems; the level of psychosocial adjustment was effected by gender, age, marital status, number of children, education level, occupational status, people that the patient lives with, people that the patient care for, diagnosis, co-existence of other chronic diseases, and the retrieved information. Sub-groups of the psychosocial adjustment and social support scales were significantly associated. The results of the study showed that increasing levels of social support result in better psychosocial adjustment. Since the psychosocial adjustment of patients having insufficient social support is negatively affected, the sources of social support of the patients should be defined and activated.

Science Code :1032.2

Key Words :Perceived Social Support, Support Resources,
Nursing, Coronary Heart Disease, Psychosocial
Adjustment,

Page Number :122

Supervisor :Prof.Dr. Hatice BOSTANOĞLU

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım, değerli danışman hocam Prof.Dr.Hatice BOSTANOĞLU'na ("Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi"), her zaman yanımda olan ve manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan çok değerli annem Rahime, babam Ebazer KARATAŞ'a ve iş arkadaşlarım Arş.Gör.Şükrü ÖZEN'e ("Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi"), Arş.Gör.Neşe UYSAL'a ("Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi"), Arş.Gör.Emel GÜR'e ("Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi"), başta Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gazi Hasta Kardiyoloji Kliniği Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Bülent BOYACI olmak üzere tüm kardiyoloji polikliniği çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	7
2.1. Koroner Kalp Hastalığı	7
2.2. Ateroskleroz	7
2.3. Angina Pectoris	7
2.3.1. Etiyoloji	8
2.4. Miyokard İnfarktüsü	11
2.4.1. Belirtiler	11
2.4.2. Tedavi ve yaklaşım	11
2.4.3. Diğer farmakolojik tedaviler	12
2.5. Sosyal Destek	13
2.5.1. Sosyal destek tipleri	14
2.5.2. Sosyal destek modelleri	15
2.5.3. Sosyal desteğin sağlık üzerine etkileri	16
2.6. Psikososyal Uyum	17
2.6.1. Psikososyal uyum alanları	18
2.6.2. Psikososyal uyumu etkileyen faktörler	18

Sayfa

2.6.3. Hastalığa psikososyal tepkiler.....	20
2.6.4. Hastalığa psikososyal uyumda hemşirelik yaklaşımları	21
3. YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni.....	23
3.4. Araştırmanın Örneklemi	23
3.5. Veri Toplama Araçları.....	24
3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	27
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR.....	85
EKLER.....	95
EK-1.Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı	96
EK-2.Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı	98
EK-3.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	101
EK-4.Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum Anket Formu.....	105
EK-5.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	108
Ek-6.Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği.....	110
ÖZGEÇMİŞ	122

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	31
Çizelge 4.2. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri	33
Çizelge 4.3. Hastaların sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı.....	35
Çizelge 4.4. Hastaların psikososyal uyum ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı.....	36
Çizelge 4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı	38
Çizelge 4.6. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı	44
Çizelge 4.7. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	50
Çizelge 4.8. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamalarının dağılımı	58
Çizelge 4.9. Hastaların psikososyal uyum ve alt grupları ile sosyal destek ve alt grupları arasındaki korelasyon	65

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ACE	Angiotensin Converting Enzyme (Anjiotensin Dönüştürücü Enzim)
AV	Atriyoventriküler
DM	Diabetes Mellitus
EKG	Elektrokardiyografi
HT	Hipertansiyon
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
LDL	Low-Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
MI	Miyokard İnfarktüsü

1. GİRİŞ

Problem Durumu

Dünyada, bilim, tıp ve teknolojiadaki gelişmelerle, hastalık/sağlık algı düzeyinin yükselmesine paralel olarak, yaşam süresi artmaktadır. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, kronik hastalıkların prevalansı da artmaktadır [1-9]. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı verilerine göre, dünyadaki ölümlerin %63'ünün nedeni kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklara bağlı ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar (%48) en yüksek oranla ilk sırada yer almaktadır [8].

Kardiyovasküler hastalıklar içinde yer alan koroner kalp hastalıkları (KKH), dünyada, en önemli morbidite ve mortalite nedenidir [10-13]. İngiltere'de 2010 yılında görülen 180 000 ölümün temel nedeninin, koroner kalp hastalığı olduğu saptanmıştır [14]. Avrupa'da her yıl 4 milyondan fazla ölüm olduğu, bu ölümlerin %47'sinin; Avrupa Birliği ülkelerinde ise her yıl görülen 1,9 milyon ölümün %40'ının koroner kalp hastalığı kaynaklı olduğu belirlenmiştir [15]. Amerika'da ise tahmini olarak her yıl 785 000 kişiye yeni koroner kalp hastalığı tanısının konulduğu, 470 000 kişinin ise koroner kalp hastalığı atakları, 195 000 kişinin ise ilk kez miyokard infarktüsü geçirdiği belirlenmiştir. Amerika'da koroner kalp hastalıkları kaynaklı ölüm oranları ise, 2008 yılı için 2,5 milyon ölümün %32,8'ini oluşturduğu görülmüştür. Her gün 2200 Amerikalı'nın koroner kalp hastalıklarından dolayı öldüğü ve bunun her saniyede 1 ölüme denk geldiği belirtilmektedir [16].

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de, nüfusun yaşlanması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak artan hastalıkların büyük bölümünün kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir [7,8]. Kronik hastalıklar nedeniyle görülen ölümler, tüm ölümlerin %85'ini oluşturmaktadır [3,4,17-19]. Ulusal raporlarda, Türkiye'de ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan 7'sinin kronik hastalık olduğu ve ulusal düzeyde sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybına (DALY- Disability Adjusted- Life Year) neden olan ilk 10 hastalık arasında 2. sırada koroner kalp hastalıkları yer almaktadır. Koroner kalp hastalıklarına bağlı kaybedilen yaşam yılları, tüm kayıpların tüm kayıpların %8'ini oluşturmaktadır [18].

Koroner kalp hastalığı (angina pectoris, göğüs ağrısı ve spazm) görülme oranlarına bakıldığında; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2012 yılı "Türkiye İstatistik Yıllığı'nın sonuçlarına göre, toplam koroner kalp hastalığı görülme oranının, %4,4; enfarktüs görülme oranının %1,0 olduğu belirlenmiştir [20]. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 raporuna göre, dolaşım sistemi hastalıklarından dolayı hastaneye yatış oranlarına bakıldığında; 2011 yılında toplamda %7,5 iken, 2012 yılında toplam oranın %7,7 olduğu ve bir önceki yıla göre artış olduğu belirtilmiştir [21]. Görüldüğü gibi koroner kalp hastalığı, dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur.

Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan koroner kalp hastalığı, kronik bir hastalık olarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastalık ilerledikçe, sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu hastalıkla geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda, birey hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır [34]. Eşinden, çocuklarından ve akrabalarından yeterli sosyal destek alamayan hastaların, hastalığa psikososyal uyumları olumsuz etkilenmektedir [35-37]. Aileden algılanan sosyal destek düzeyindeki artış, hastaların psikososyal uyumlarını artırmaktadır [38].

Yapılan bazı çalışmalarda, sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek, hastanın hastalık sürecine uyumunu desteklediği görülmüştür [39-41]. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde, hastalığa uyum büyük önem taşımaktadır [42].

Yetersiz sosyal destek, hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklığının artmasına neden olarak, hastaların hastalığa uyumunu zorlaştırmaktadır [35-37,42,43]. Kristofferzon ve arkadaşlarının (2005), hastaları Miyokard İnfarktüsünden 1 ay sonraki sosyal destek düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada, kadınların daha çok arkadaş ve torunlarından, erkeklerin ise daha çok eşlerinden destek aldığını belirtmişlerdir. Ancak kadınların sosyal destek düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olduğu ve yaşam kaliteleri, stresle baş etme düzeyleri ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır [40]. Drory ve arkadaşları (1999)

yaptıkları çalışmada, sosyal destek alt grupları ile psikososyal uyumun alt grupları özellikle aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre gibi 3 önemli alt grup arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğunu savunmuşlardır [44]. Whitemore ve arkadaşlarının (2005) Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, yeterli sosyal desteğin metabolik kontrolü sağladığı ve böylece psikososyal uyumu kolaylaştırdığı belirtilmiştir [45]. Çınar'ın (2009) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada, aile, arkadaş ya da özel bir insan desteği fazla olan hastaların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu belirtmiştir [38]. Rızalar ve arkadaşlarının (2014) meme kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada, sosyal destek düzeyinin arttıkça psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür [46]. Kelleci ve Ata'nın (2011) yapmış oldukları çalışmada, hastaların çoğunluğunun ilaç uyumlarının yetersiz olduğu, arkadaş desteği ve özel birisinin desteğini alan hastaların ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğu, arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında zayıf da olsa bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir [47].

Koroner kalp hastalığı olan hastalarda, yetersiz sosyal desteğin neden olduğu psikososyal uyumsuzluk, fiziksel sorunlar başta olmak üzere birçok sorun yaşanmasına, sık hastane yatışlarına ve bireyin öz bakım ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır [33]. Bu nedenle, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi büyük önem taşımaktadır [37].

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumun saptanması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılmıştır:

- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyi nedir?
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile sosyal destek alt grupları arasında fark var mıdır?
- Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile sosyal destek alt grupları arasında fark var mıdır?

- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile toplam algılanan sosyal destek arasında fark var mıdır?
- Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile toplam algılanan sosyal destek arasında fark var mıdır?
- Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyi nedir?
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile psikososyal uyum alt grupları arasında fark var mıdır?
- Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile psikososyal uyum alt grupları arasında fark var mıdır?
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile toplam psikososyal uyum arasında fark var mıdır?
- Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile toplam psikososyal uyum arasında fark var mıdır?
- Hastaların toplam algılanan sosyal destek düzeyi ile toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın önemi

Yetersiz sosyal destek, başta psikososyal uyumsuzluk olmak üzere pek çok soruna yol açmaktadır. Bu noktada hemşirelere büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin rolü sadece bakım vermek değil, bütüncül yaklaşımla sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi, kullanılması, psikososyal uyumun sağlanması gibi rolleri de bulunmaktadır. Bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile gerekli yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastaya başetme yöntemlerini geliştirme konularında eğitim vermeyi içeren hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması, psikososyal uyumlarının belirlenmesi ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir [9]. Sağlık ekibi içinde hemşirelerin özellikle Koroner Kalp Hastalığı (KKH) olan hastaların sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, sosyal desteği olmayan hastaların hastalığa uyum açısından risk grubunda ele alınması gerekmektedir. Ancak yapılan literatür taramalarında, koroner kalp hastalarında sosyal destek ve psikososyal uyum ile ilgili hemşirelere yol gösterecek yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle, koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumu saptamak ve çalışma sonuçlarının, hastaların sosyal destek kaynakları ve etkileyen faktörlerin

belirlenmesi, harekete geçirilmesi ve hastalığa psikososyal uyumlarının sağlanması açısından hemşirelere yol göstereceği düşünülerek bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Sınırlılıklar

Kavramsal Sınırlılıklar

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi, literatürde ulaşılabilen yazın ile sınırlıdır.

Yöntemsel Sınırlılıklar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar örnekleme ile sınırlıdır.

Tanımlar

Koroner Kalp Hastalığı (KKH): Koroner arter kan akımının genellikle ateromatöz bir plakla daralması ya da tıkanması gibi miyokardın beslenmesini bozan çeşitli faktörlerin oluşturduğu hastalık olarak adlandırılmaktadır [10,11,48-50].

Sosyal Destek: Çok çeşitli tanımlara sahip olmakla birlikte stresli ve zorlu yaşantılar karşısında kişiye etrafındaki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak kavramsallaştırılmaktadır [51].

Psikososyal Uyum: İç ve dış durumlardaki değişikliklere psikolojik ve sosyal yönden alışma sürecidir [9].

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Koroner Kalp Hastalığı

Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin en sık nedeni olan koroner kalp hastalığı (KKH), asemptomatik safhadan akut miyokard infarktüsü (AMİ) ve ani ölüme kadar değişen klinik olaylara neden olabilen ve etiyolojisinde aterosklerozun rol oynadığı progresif, sistemik ve inflamatuvar bir hastalıktır [50]. Sıklıkla aterosklerotik plaklar, koroner arterde daralmaya neden olmaktadır.

2.2. Ateroskleroz

Koroner arter hastalığının en sık nedeni olan ateroskleroz; damar duvarına uzun süre etki eden pek çok hasara karşı, damar duvarında, aterosklerotik plak gelişimi ile cevap verilen olaylar zinciridir [11,52-54]. Ateroskleroz, aort, koroner, karotis ile çevresel arterleri içeren, temel olarak intima tabakasını tutan sistemik bir vasküler hastalıktır [52,53,55]. Genellikle, çocukluk çağlarında, yağlı çizgilenmelerin oluşmasıyla başlar ve klinik bulgularını orta ve ileri yaşlarda gösterir. İntimal düz kas hücre birikimi ve proliferasyonu, makrofaj ve T lenfositlerin infiltrasyonu, kollajen, elastin, fibronektin ve proteoglikanlardan zengin bağ dokusu matriksi, hücreler içerisinde ve çevresindeki bağ dokusunda serbest kolesterol ve kolesterol esterleri biçiminde lipid depolanması ile karakterize, kronik ilerleyici bir süreçtir ve endotel disfonksiyonu ile yakından ilişkilidir. Çoğunlukla intima tabakası etkilenirken, media ve adventisia tabakalarında da sekonder değişiklikler izlenmektedir [50,55-57]. Sıklıkla aterosklerotik plaklar, koroner arterde daralmaya neden olmaktadır ve bu da angina pectoris ya da miyokard infarktüsüne yol açmaktadır [10,58].

2.3. Angina Pectoris

Angina pectoris, oksijen gereksinimi ile sunumu arasındaki dengesizliğin neden olduğu miyokard iskemisine bağlı olarak, fiziksel ya da emosyonel stresle ortaya çıkan, sıklıkla retrosternal bölgeye lokalize, baskı, ağırlık ya da boğulma hissi

şeklinde tanımlanan göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısı, ezilme, mengene ile sıkıştırma, baskı hissi şeklinde tarif edilir.

Ağrı çoğunlukla boyna, sol omuza ve sol kolun medial tarafına doğru yayılma gösterir ve 10-15 dk'dan fazla sürmez. Ağrının 3 önemli özelliği vardır. Bunlar; 1- sol omuz ve kola, çeneye, boyuna ve sırtta yayılması, 2- Genellikle ortaya çıkmasını tetikleyecek efor ya da emosyonel bir faktör olması, 3- İstirahat ve sublingual nitratlarla geçmesidir. Ağrı, şiddetli olduğu zaman, dispne, terleme ve bulantı eşlik edebilir [59-66].

2.3.1. Etiyoloji

Angina pektorisin temel nedeni, aterosklerotik koroner arter darlığıdır. Lümeni daraltan aterom plakları tek damarda ya da birden fazla damarda diffüz olabilir. Aterosklerotik plaklar stabil olup, rüptüre karşı dirençli olabilir ya da aksine kolayca yırtılabilecek bir yapıda olabilir. Ateroskleroz dışında başka sebeplerle de koroner iskemi ve angina pektoris olabilir: uç- distal koroner arterler ve arteriyoller seviyesinde direnç artışı, koroner kan akımı ve perfüzyonu azaltarak ağrıya neden olabilir. Hipertansiyon, aort darlığı, hipertrofik kardiyomiyopatilerde, ventrikül duvar kalınlıkları ve distal koroner arter direnci artmıştır, efor ile gerekli perfüzyon sağlanamadığı için angina oluşur [66]. Koroner arter anomalileri de ateroskleroz dışında, angina nedeni olabilir. Koroner arteriovenöz fistüller, koroner artere musküler bası olması angina sebebi olabilir. Miyokarda oksijen transportunun bozulduğu durumlarda, hemoglobinin oksijene bağlanma kapasitesi azalınca ya da oksijen yerine karbon monoksit bağlanınca da angina pektoris meydana gelebilir [66].

Angina pektoris; ağrının ortaya çıkış özellikleri, süresi gibi değişik klinik özelliklerine göre alt gruplara ayrılmaktadır. Üç farklı alt grup mevcuttur: Bunlar; stabil (kararlı) angina pektoris, unstabil (kararsız) angina pektoris, variant-vazospastik angina pektoristir (Prinzmetal anginası) [66].

Kararlı (Stabil) Angina Pektoris: genellikle bir efordan sonra ortaya çıkan, stabil bir karakteri olan, ilaçlara ve istirahate cevabı genellikle aynı derecede olan bir angina

pektoris türüdür. Her zaman 500 metre yürümekle ya da 5 kat merdiven çıkmakla ortaya çıkan, 5 dk dinlenmekle geçen ya da nitratla geçen sabit klinik karakterde olan angina pektoristir. En az 2 ay süreyle kararlı kalan angina paterni ile karakterizedir. Miyokard oksijen ihtiyacı ve miyokard oksijen sunumu arasındaki uyumsuzluk nedeni ile oluşur. Normalde koroner kan akımı, miyokarda efora bağlı oksijen tüketimini karşılamak için 5 kata kadar artabilir. İskemi, genellikle sabit koroner kalp hastalığı sonucunda akım rezervi yetersiz olduğunda oluşur. Stabil angina pektoris, aynı zamanda stabil aterosklerotik bir plak ve darlığı ifade eder. Stabil anginalı hastalarda ağrı oluşmasının nedeni, bir ya da birkaç koroner arter lümeninde yer alan daraltıcı bir lezyon (genellikle lümenin >70) nedeniyle, efor esnasında artan miyokardın oksijen ihtiyacının karşılanamamasıdır. Stabil anginalı hastaların koroner arter endotelinin fonksiyonlarında da bozulma söz konusudur. Normal şartlarda egzersiz koroner vazodilatasyona yol açarken, bu grup hastalarda paradoksik olarak vazokonstriksiyona ve var olan miyokardiyal iskeminin daha da artmasına yol açar. Endotelial disfonksiyon ve paradoksik vazokonstriksiyon sebebiyle angina eşiği hastadan hastaya değişebilir ve bazen istirahat halinde bile anginal ağrı ortaya çıkabilir. Kararlı anginanın prognozu genellikle iyidir. Yıllık mortalite <2'dir ve miyokard infarktüsü oluşumu düşüktür [60-62,64,65,67].

Kararsız (Unstabil) Angina Pektoris: Öncesinde bulunan angina pektorisin şiddeti ya da sıklığının artması, süresinin uzaması ya da öncekine kıyasla daha az efor ya da duygusal stresle ortaya çıkmasıdır. Bu grup altında, farklı klinik özellikleri olan angina pektorisler toplanır.

Birinci grupta; stabil angina pektorisin aksine, başlaması ve düzelmesi değişik tarzda olan, bazen istirahatte olup, bazen ağır eforla olmayan angina pektoristir. Tedaviye yanıtı da değişkendir; bazen istirahatte geçer, bazen birden fazla nitrat ile geçmez. Genel olarak istirahatte gelir ve süresi 20 dakikayı geçer. Daha önce stabil semptomları varken, ağrının şiddetinin, sıklığının ya da süresinin artışı da unstabil döneme geçildiğini işaret eder (Kreşendo angina).

İkinci grupta; yeni ortaya çıkmış angina pektorisin ilk 1-2 aylık dönemini unstabil angina olarak kabul etmek gerekir.

Üçüncü grupta; akut miyokard infarktüsü sonrası yeni ortaya çıkan ya da devam eden angina yer alır. Unstabil angina pectoris, anatomik olarak istikrarsız bir aterosklerotik plakı ve plak üzerinde zaman zaman lümeni daraltan ya da kısmen tıkanan ve açılan komplike darlığı ifade eder.

Kararsız anginalı hastalarda, koroner içi ciddi darlık ya da trombüs oluşumu nedeniyle, miyokard bölgesine ulaşabilen kan miktarındaki azalma, angina pectorisin temel sebebidir. Bu tabloya eklenen koroner vazokonstriksiyon, kan akımının daha da azalmasına yol açar. Kan akımındaki azalma miyokardın oksijen ihtiyacının karşılanamamasının yanı sıra, azalmış perfüzyon sebebiyle toksik metabolitlerin temizlenmesindeki yetersizliği de birlikte getirir [61,65,67,68].

Variant- Vazospastik Angina Pectoris: genellikle gece ya da sabah erken saatlerde, istirahat sırasında ortaya çıkan ve elektrokardiyografide (EKG) tipik ST elevasyonları ile farklı bir bulgu gösteren, istirahatle ya da nitratla düzelen, ağrılı dönem dışında hastaların efor kapasitesini etkilemeyen ve esas olarak koroner arter spazmına bağlı olan angina pectoris türüdür. Çoğunlukla aterosklerotik koroner arter segmentinde geçici vazokonstriksiyona bağlı olarak, koroner kan akımının geçici olarak ciddi boyutlarda azalması sonucu ortaya çıkar. Ağrı olduğu dönemlerde değişik derecede atriyoventriküler (AV) blok ya da ventriküler ektopi görülür, fakat miyokard infarktüsü (MI) nadirdir. Egzersizle ilgili olmayan, hatta egzersiz yaptığı halde şikayeti olmayıp, istirahatte angina pectorisi olan hastalarda variant anginayı düşünmek gerekir.

Ağrı, genellikle kısa sürelidir (2-5 dk). Varyant anginası olan hastalarda alışılmış aterosklerotik risk faktörleri bulunmamasına rağmen sigara kullanımı sıktır [59,60,62,63,66].

Miyokarda sağlanan oksijen, ihtiyacı karşılayamazsa, miyokard iskemisi oluşur. Bu iskemi, bir grup patofizyolojik olayın başlamasına neden olur. Bölgesel hipoksi, anaerob glikoliz nedeni ile laktat üretimine, hücre içi asidoza ve kalsiyum dengesizliğine neden olur. Sonunda elektrokardiyografik (EKG) iskemi oluşur (örn; ST segment çökmesi ya da yükselmesi) ve ardından göğüs ağrısı gelişir (angina pectoris) [62].

2.4. Miyokard İnfarktüsü

Miyokard infarktüslerinin çoğu, koroner arterlerin aterosklerotik tutulumu nedeniyle oluşmaktadır. Hassas aterosklerotik plağın yırtılması, trombüs oluşumuna neden olur ve yırtılmış plağın olduğu koroner arter segmentinde, tam ya da kısmi tıkanma izlenir. Trombotik tıkanmaya neden olan plak yırtılmasından sonraki olaylar, trombosit aktivasyonu ve fibrin gelişimine neden olan trombin üretimini içerir. Miyokard dokusuna tıkanma nedeniyle oksijen sağlanamamasına bağlı olarak iskemi oluşur. Bu durum tedavi edilmezse, miyokard nekrozuna neden olmaktadır. Koroner arterin tıkalı kalma süresi ne kadar uzun sürerse, nekrozun yaygınlığı o kadar fazla olur. Tipik değişiklikler, ST yükselmesi, ileti uzaması, Q dalgalarının gelişimi, taşiaritmi ya da bradikardilerdir. Kollateral kan akımının olmadığı durumlarda, tromboz oluşumundan sonraki 4 saat içinde tıkanmış koroner arter tarafından beslenen miyokardda geri dönüşümsüz nekroz oluşur [69].

2.4.1. Belirtiler

Miyokard infarktüsünün klasik semptomu, göğsün ortasında, boyun, sırt ya da kollara yayılan persistan (nitratla geçmeyen) göğüs ağrısı ile birlikte, dispne, taşikardi, terleme, bulantı ve kusma, halsizlik ve ölüm korkusudur. En tipik başvuru şekli, şiddetli retrosternal basınç hissi olarak tarif edilen göğüste rahatsızlık hissidir. Ağrı şiddeti, pozisyonel, solunumsal ya da palpasyonla değişmez. Göğüs ağrısının ayırıcı tanısında, hastanın hikayesinde ağrının karakterlerinin sorgulanması önemlidir. Ağrı, genellikle sol kola ya da her iki kola, çeneye ve boyna yayılabilir [68]. Bu hasta grubunda atipik semptomlar daha sık ve koroner aterosklerozun prevalansı daha yüksek olduğu için, minör ya da atipik semptomlar varlığında bile miyokard infarktüsü akla gelmelidir [69].

2.4.2. Tedavi ve yaklaşım

Temel prensipler: miyokard infarktüsünden şüphelenilen hastaların acil servise başvurudan sonra 10 dk içinde hikayesi alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı ve EKG'si çekilip değerlendirilmelidir. İntravenöz yol açılmalı ve nazal kanüllerle

oksijen verilmelidir (tedavinin ilk 3 saati içinde komplike olmamış MI olan bütün hastalara oksijen rutin olarak verilmelidir).

İlk değerlendirme bittikten ve akut MI tanısı konulduktan sonra bütün hastalara aspirin (160-325 mg oral) verilmelidir. İntravenöz morfin (2-8 mg, 5-15 dk aralıklarla tekrarlanabilir) ve dilaltı nitratlar (0.2 mg) göğüsteki rahatsızlık hissini gidermek için kullanılmalıdır. Beta blokörlerin infarkt büyüklüğünü azalttığı bilinmektedir. Beta blokörler, hastalara önce intravenöz verilmeli daha sonra oral tedavi ile devam edilmelidir. Tedavi yaklaşımı MI'nın ST yükselmeli ya da ST yükselmesi olmayan MI olup olmamasına göre değişir.

Elektrokardiyografisinde ST yükselmesi ya da sol dal bloğu olan bütün hastalar acil reperfüzyon tedavisi (intravenöz tromboliz ya da primer perkutan girişim) açısından değerlendirilmelidir. Reperfüzyon tedavisi, semptomların başlangıcından sonra 1-2 saat içinde uygulandığında en etkilidir. Sık kullanılan fibrinolitik ilaçlar arasında intravenöz streptokinaz ya da rekombinan doku plazminojen aktivatörleri bulunur [69].

Elektrokardiyografisinde ST yükselmesi olmayan miyokard infarktüsü en sık yaşlı hastalarda ve komorbid hastalığı olanlarda görülür. En sık kullanılan tedavi yaklaşımı, antikoagülasyon ve antitrombotik tedavilerdir [69].

2.4.3. Diğer farmakolojik tedaviler

Antiplatelet bir ilaç olan klopidoğrel (300 mg yükleme dozu, günde 75 mg oral idame dozu), kullanılan diğer ilaç grubundandır. Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE inhibitörleri), kalp yetmezliği ya da düşük ejeksiyon fraksiyonu olan post-MI hastalarda ve hipertansif hastalarda sağ kalımı artırmaktadır. Anjiotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) inhibitörleri, kan basıncını düşürüp rekürren miyokard iskemisine neden olabileceği için eğer hastada hipertansiyon yoksa rutin olarak ilk 24 saat içinde başlanmamalıdır.

Açlık lipid profili (total kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein, yüksek dansiteli lipoprotein düzeyi) başvurdan sonra ilk 24 saat içinde ölçülmelidir. Yüksek total

(>200 mg/dl) kolesterol ya da LDL (Low Density Lipoprotein) kolesterol (>100 mg/dl) seviyeleri olan hastalara lipid düşürücü tedavi başlanmalıdır [69].

Ciddi tedavi yaklaşımı gerektiren kronik bir hastalık olan koroner kalp hastalığı, farmakolojik tedaviyi gerektirdiğinden hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasında sosyal destek özellikle önem kazanmaktadır.

2.5. Sosyal Destek

Özellikle son 25 yıldır, sosyal desteğin rolü, bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak büyük ilgi uyandırmaktadır. Sosyal destek ve sosyal desteğin sağlıkla ilişkisi üzerine yayınlanmış çok sayıda çalışma olmasına rağmen, sosyal destek kavramının kavramlaştırılması ve tanımlanmasında çeşitlilik ve farklılaşma olduğu belirtilmektedir [70].

Yapılan tanımlara bakıldığında, Sarason ve arkadaşları (1983)' na göre sosyal destek, bireyin bir problemle karşılaştığında ya da duygusal olarak rahatlamak istediğinde, yakın çevresinde bulunan insanlardan alabileceği yardımlar bütünü olarak tanımlanmaktadır [71]. Shumaker ve Brownell'a (1984) göre sosyal destek, destek alıcı ve destek sağlayıcı olmak üzere iki birey arasındaki etkileşim yoluyla alıcının, edindiği destek sayesinde, kendisini daha iyi hissetmesinin sağlanmasıdır [72]. Tardy (1985), sosyal desteğin beş boyutu olduğunu vurgulamaktadır. Bu boyutlar;

- 1) Sosyal destek yönü
- 2) Eğilim (destek kaynaklarının hazır bulunuşu, kullanılabilirliği),
- 3) Sosyal desteğin tanımı ve değerlendirilmesi,
- 4) Sosyal desteğin içeriği (bilgisel, duygusal, araçsal destek gibi),
- 5) Sosyal ağın desteği olarak sıralanmaktadır [73].

Jung'a (1987) göre ise sosyal destek, bireylerin karşılaştıkları problem durumlarında yakın çevreleriyle etkileşimleridir [74]. Flaherty ve Richman (1989), yakın çevre içerisindeki bireylerin birbirleriyle sosyal olarak etkileşimleri olarak tanımlamaktadır [75]. Lepore ve ark. (1991) tarafından sosyal destek; bireylerin

sevildiklerine, korunduklarına inandıkları, önemli buldukları bir sosyal gruba ve sisteme bağlı olmaları şeklinde tanımlanmıştır [76]. Winemilller ve ark. (1993) ise sosyal desteği, algılanan sosyal destek, destekten alınan doyum, çevresel yapı ve sosyal desteğin işlevselliği gibi önemli ögelerin birleşimi şeklinde tanımlamıştır [77]. Bir diğer yandan Eker ve Arkar (1995)'a göre ise sosyal destek; çok çeşitli tanımlara sahip olmakla birlikte stresli ve zorlu yaşantılar karşısında kişiye etrafındaki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak kavramsallaştırılmaktadır [78].

Literatürde, algılanan ve sağlanan sosyal destek kavramlarından da söz edilmektedir. Kef (1997)'e göre, algılanan sosyal destek, bireyin diğer bireylerle kuvvetli bağları olduğuna inanması ve destek sağlayacağına ilişkin bilişsel algılamasıdır. Sağlanan destek ise, destek kaynaklarından sağlanan sosyal destek miktarı olarak tanımlanmaktadır [79]. Bir başka ifadeye göre, algılanan sosyal destek, kişinin kendine biçtiği genel değer olarak tanımlanabilir [51,80].

2.5.1. Sosyal destek tipleri

Sosyal destek tipleri, farklı yaklaşımlarla açıklanmıştır. Cohen ve Wills (1985) sosyal desteği dört boyutta ele almış ve şöyle açıklamıştır [81].

Duygusal Destek: Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsayan destek, ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır.

Araçsal destek: Parasal yardımı, materyal kaynakları, araç-gereç yardımı gibi somut yardımları içerir. Yardım; materyal ve somut yardım olarak da adlandırılmaktadır.

Bilgisel destek: Sorun kabul edilen olaylarla başa çıkmada, tanımlayıcı ve sorunu anlamayı içeren destek biçimi olarak tanımlanmaktadır. Değerlendirme desteği, bilişsel rehberlik olarak da tanımlanmaktadır.

Yaygın destek: Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır. Bu destek şeklinin gruba

dahil olma duygusuyla birlikte stresi azalttığı ve başkalarıyla problemler hakkında konuşmanın rahatlama sağladığı varsayılmaktadır [81].

Barrera (1986) da sosyal desteği,

- 1) Sosyal Kabul: Bireye toplum tarafından saygı duyulması,
- 2) Algılanan sosyal destek,
- 3) Yasalar gereği bireye yetkili birimler tarafından kamu hizmetinin sunulması şeklinde 3 öğeye ayırmaktadır [82].

2.5.2. Sosyal destek modelleri

Sosyal desteğin, sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki etkisini açıklayan üç farklı model önerilmiştir. Bu modeller şunlardır :

1. Temel Etki Modeli,
2. Tampon Etkisi Modeli,
3. Sosyal destek ve olumsuz yaşam olaylarının birbirlerinden bağımsız etkileri [81].

1-Temel Etki Modeli: Sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde her koşulda, olumlu etkiye sahiptir. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır. Temel etki modeli, sosyal desteğin sağlık üzerine doğrudan etkili olduğunu ileri süren tek modeldir [81].

2-Tampon Etkisi Modeli: Sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır [81].

3-Sosyal Destek ve Olumsuz Yaşam Olaylarının Birbirlerinden Bağımsız Etkileri:

Sosyal desteğin etkisiyle ilgili üçüncü modelde ise; sosyal desteğin ve olumsuz yaşam olaylarının fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde birbirlerinden bağımsız etkilerinin olduğunu vurgulamaktadır [81].

2.5.3. Sosyal desteğin sağlık üzerine etkileri

Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır [51].

Sosyal desteğin, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını iyileştirme nedenleri şunlardır:

- 1- Bağıllık Gereksiniminin Doyurulması: Sosyal destek, bireylerin başkalarıyla yakın ilişki ve iletişim kurma gereksinimlerini karşılayarak yalnızlığın olumsuz etkilerinden kurtarmaktadır. Bu işlevle ilgili kaynaklar, sevgi, ilgi, anlayış, bağlılık ve ait olma duygusu olarak özetlenebilir.
- 2- Kimlik Duygusunun Korunması ve Güçlendirilmesi: Sosyal destek, bireyin kimlik imgesi ile ilgilidir. Diğer insanlarla kurulan ilişkiler yoluyla kişilikler gelişir. Sosyal desteğin, kimlik imgesini geliştirici işlevi ile ilgili kaynaklar, bireye geri bildirim verme ve stres yaratan ortamlar için sunulabilecek davranış modelleri olarak sıralanabilir.
- 3- Kendine Güvenin Artması: Sosyal desteğin kimlik belirlenmesine ilişkin işlevi, benlikle ilişkilidir. Aynı zamanda destekleyici davranışlar, bireyin kendi değeri ve uygunluğuna ilişkin düşüncelerini geçerli kılmaya da yardımcı olur. Onaylama, ödüllendirme, saygının ifade edilmesi gibi davranışlar kendine güven işlevi ile ilgili destekleyici davranışlardır [83].

Özellikle, hastalık ilerledikçe, sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu hastalıkla geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda birey hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır [34]. Dolayısıyla

sosyal desteğin, fizik ya da ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir [51,84].

Sosyal destek, iyileşmeyi sağlamada anlamlı bir güçtür [85]. Bununla birlikte, hastalığın prognozu, iyileşmesi ve ölüm oranı üzerinde de sosyal desteğin olumlu etkisi olduğundan, hastalık sürecinde, hasta bireylerin sosyal destek düzeyleri ve özellikle birincil bakım verenler tarafından sağlanan sosyal desteğin rolü önem kazanmaktadır [86,87]. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım alacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı sosyal destek fazladır [51,80]. Sosyal çevreden alınan yardım, içeriği ne olursa olsun kişilerin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle baş etme konusunda kendilerine duydukları güveni artırmaktadır. Sosyal destek, kaygı yaratan etmenleri ortadan kaldırmasa bile, bireylerin endişe düzeylerini azaltarak daha iyimser, daha fazla kontrol duygusuna sahip, stresle başa çıkmada yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarına yardım etmektedir [88]. Böylece hastaların hastalığa psikososyal açıdan uyumu da kolaylaşmaktadır.

2.6. Psikososyal Uyum

İç ve dış çevreden gelen uyaranlar, kişinin hastalığa psikososyal uyumunu gerektirir. Uyum, iç ve dış durumlardaki değişikliklere alışma sürecidir [86]. Uyum süreci, etkin başetmeyi içerir [89]. Karmaşık yaşam durumlarında bireyin durumunu farkedip anlayabilmesi, aşırı kritik durumlarda kendi gücünü doğru olarak belirleyip kararlarını ve eylemlerini ona göre ayarlayabilme yetisini yitirmemesi uyum duygusunu oluşturur [90].

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünü, hastalığın seyrini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Özellikle miyokard infarktüsü tedavisinde temel amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek, tedaviye uyumunu sağlamaktır [33].

2.6.1. Psikososyal uyum alanları

Hastalık fizyopatolojik süreçler içerir, hasta için ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgudur. Bu boyutların her biri hastalıktan etkilenmektedir. Rol değişimleri, fizyolojik fonksiyonlardaki bozukluklar, yeni çevrelere ve streslere uyumunu gerektirir [91].

Kronik hastalıklar, hem hastanın hem de ailesinin yaşantısında önemli değişikliklerin yapılmasına neden olmaktadır. Hastalık, hastanın maddi ve manevi gücünde çeşitli kayıplara neden olur. Hasta; hastalık nedeniyle mesleki yaşantısında, cinsel etkinliklerinde, sosyal ilişkilerinde, amaçlarında, günlük yaşantısında birçok değişim yapmak zorunda kalır [91].

Kronik hastalık nedeniyle yaşanan kayıplar sonucu mesleki çevre etkilenmektedir. Psikososyal uyumu iyi düzeyde olan hastalarda, mesleki çevrede tam ya da yarı zamanlı işleri yapma, işini kaybetme ve beceri seviyesine odaklanılmaktadır [92].

Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantısının önemli bir kavramıdır. Hastalar hastalıkla ilişkili olarak ya da tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili olarak kısıtlama yaşayabilmektedir. İleri derecede yorgunluk, halsizlik, duyu organlarının algılamasındaki değişiklikler cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir [91].

2.6.2. Psikososyal uyumu etkileyen faktörler

Hastalığa psikososyal uyumda etkili olan faktörler; kişilik yapısı, sosyokültürel özellikler, psikososyal stresörler, hastalıktaki eğilimler, hastalıkla ilgili olumsuz duygular ve düşünceler (hastalığı kayıp, tehdit gibi olumsuz yönleriyle değerlendirmek gibi), baş etme yöntemleri, semptomların derecesi, etkilenen organ, fonksiyonel kısıtlılık, hastalığın prognozu, ağrının varlığı, geçmiş deneyimler, yaşam tarzı, kalıtsal özellikler, ilaç yan etkileri ve tedavinin şekli olarak belirlenmiştir [92]. Ayrıca, hastanın hastalığa psikososyal uyumunu etkileyen bir diğer faktör de, hastanın sosyodemografik özellikleridir. Hastanın yaşı, medeni durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik

düzeyi psikososyal uyumu etkilemektedir [93]. Psikososyal uyumu etkileyen bir diğer faktör sosyal destektir. Sosyal destek; sağlıkla ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal destek bireyin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve gösterilen emosyonel tepkide değişiklik meydana getirir [51]. Sosyal destek uyumun artmasını, belirsizliğin azalmasını, kontrol duygusunun, yaşam kalitesinin artmasını, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk duygusunun azalmasını sağlamaktadır [93,94]. Yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin, hastalığa psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve sosyal destek varlığının hastalığa uyumu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır [44,95,96]. Birey, hastalığı tehdit ya da zarar olarak algılayabilmektedir. Dolayısıyla, hastalığın algılanma şekli psikososyal uyumu etkilemektedir. Hastalığın kayıp ya da zarar olarak algılanması, kötü psikososyal uyumla ilişkilidir ve hastalığın mücadele edilmesi gereken bir durum olarak algılanmasının psikososyal uyum üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir [93].

Hastalığa uyumu etkileyen bir diğer faktör, hastanın psikososyal özellikleridir. Özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikososyal özellikler fiziksel hastalığa eşlik eden ve sık görülen durumlardır. Yapılan çalışmalarda, depresyonun psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır [44,89,97].

Türkmen ve Çam (2012)'ın yapmış oldukları bir çalışmada, miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalarda, psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine olan etkisini araştırmışlardır. Deney ve kontrol grubu hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, deney grubu hastaların ön test puanı $40,67 \pm 12,28$, son test puanı $32,71 \pm 11,01$, kontrol grubu hastaların ön test puanı $41,67 \pm 11,31$, son test puanı $40,28 \pm 8,93$ olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($Z = -4,733$, $p < 0,01$). Elde edilen bulgular doğrultusunda, uygulanan psikoeğitim girişimlerinin MI geçirmiş hastaların fiziksel hastalığa psikososyal uyumlarını artırmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır [33]. Çam ve Nehir'in (2011) yapmış oldukları bir çalışmada ise, miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda, MI geçirmiş hastaların psikososyal

uyumlarının (PAIS-SR toplam puan ortalaması $48,51 \pm 16,57$ olarak) orta düzeyde olduğu, depresyon düzeylerinin ($13,40 \pm 10,22$ puan ortalamaları ile) düşük düzeyde olduğu, anksiyete düzeylerinin ise ($14,05 \pm 11,32$ puan ortalamaları ile) depresyona benzer şekilde düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bireylerin sosyal desteğinin yetersiz olmasının, bireylerin stresle baş etmede güçlük yaşamasına sebep olduğu psikososyal uyumu olumsuz etkilediği ve depresyonun daha fazla olduğu belirlenmiştir. PAIS-SR puanı ile Depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). MI geçiren hastaların depresyon ve anksiyete puanları arttıkça, hastalığa psikososyal uyum puanları artmakta dolayısıyla uyum düzeyleri düşmektedir [9].

Akın, Durna'nın (2006) yapmış oldukları çalışmada, kalp yetersizliği olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını değerlendirmiş ve psikososyal uyumu etkileyen kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemişlerdir. Bu çalışmada, hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının genel anlamda olumsuz yönde etkilendiği, en olumsuz etkilenmenin ise mesleki-iş çevresi alanı, sosyal çevre ve psikolojik alanda olduğu saptanmıştır [92].

2.6.3. Hastalığa psikososyal tepkiler

Hastalık bireylerde, ayrılık anksiyetesi, bağımsızlığını kaybetme korkusu, vücut organ ve bölümlerinin kaybedileceği korkusu, suçluluk duygusu gibi tepkilere neden olur. Her bireyde bu cevabın sıklığı, süresi, şiddeti ve geçirdiği aşamalar farklı olmakla birlikte fiziksel hastalık durumunda hastalarda ortaya çıkan en yaygın tepkiler; inkar, öfke, kaygı, depresyon, anksiyete, korku, regresyon, suçluluk, umutsuzluk, yas, yalnızlık ve izolasyondur [91].

Kronik hastalık tanısıyla karşılaşan kişilerin ilk yaşadıkları aşama “şok” aşamasıdır. İlk şok aşamasında, insanlar “Sakat mı kalacağım?” “Bedenimin şekli bozulacak mı?”, “Acı çekecek miyim?”, “Hastalığımın acı verici olumsuzlukları ne zmaan kendini gösterecek?” gibi soruları düşünür. Şok aşamasında hastanın iç dünyasında her şey karmaşıktır, ancak her şey yolunda gidiyormuş gibi görülür. Amaçsız etkinlikler ortaya çıkar. Bu duruma inanmama ve anksiyete de eşlik eder [91].

Kronik bir hastalığa gösterilen tepkilerde ikinci aşama “acı verici olayla yüzleşme” aşamasıdır. Bu aşamada, dağınık düşünceler bulunmaktadır. Hasta, çaresizlik, üzüntü, hüznün gibi duyguları yaşamaktadır. Hastalık bir kayıp olarak görüldüğünden yas tutulur. Hastalar bu nedenle hastalıkla ilişkili akıl yürütme, plan yapma ve problem çözümü için etkin girişimlerde bulunma gibi eylemlerde bulunmakta zorluk çekerler. Bu aşama, hastalığın erken dönemlerinde ve belli sınırlar içinde kullanıldığında gerekli ve yardımcıdır. Hastalık tanısının yaratmış olduğu hayal kırıklığı ve üzüntüyü azaltır. Özellikle yadsıma yoluna başvurularak hastalıkla başedilmeye çalışılır. Ancak yadsımanın aşırı ve sürekli kullanımı bazı sorunlara neden olur ve hastalar için uyumsuz bir tepki halini alır [91].

Yadsımanın kullanılmasıyla üçüncü aşama olan “geri çekilme” aşaması ortaya çıkar. Bu aşamada, hastada sağlık sorununun varlığını ya da doğruluğunu reddetme eğilimi görülür. Ancak bu durum uzun sürmez. Çünkü hastalığın belirtilerinde ve var olan koşullarda hiçbir değişim olmaz ve tanıyı doğrulamak için hasta ve ailesi ikinci görüşlere başvurmaya başlar. Aldığı ikinci görüşler de ilk konulan tanıyı desteklediğinden hastalar gerçeklerle yüzleşir. Bu nedenle geri çekilme aşaması, hastaların durumlarına uyum sağlama çabaları arasında, alışılmış problem çözme becerilerini kullanarak gerçeklerle bağlantı kurulmasını sağlayan bir dönemdir [91].

2.6.4. Hastalığa psikososyal uyumda hemşirelik yaklaşımları

Uzun süreli hastalıklarda tedaviye uyum, hastalığın gidişini etkileyen önemli bir konudur. Tedaviye uyumu sağlayabilmek için önce hastanın hastalığından ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili inançlarını, korkularını ve hastalığına nasıl bir tepki verdiğini anlamak gerekir. Sağlık çalışanlarının hastaya bilgi ve güven vermesi ve hastalığın yol açtığı sıkıntılarla başa çıkmasında yardım etmesi gerekir. Her hasta durumunu ve hastalığını, kişisel değerlendirmesini yaparak anlar. Bazen hastalığı bir ceza gibi görebilir, bazen çok korkutucu geldiği için yokmuş gibi davranarak inkâr edebilir. Hastanın endişe, korku, öfke gibi duygularını, planlarını ve beklentilerini anlamak, varsa hatalı inançlarını değiştirmek, hastalığına daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar edinmesinde yardım etmek gerekir [33,99].

Hastaların psikososyal uyumlarının arttırılması için gerekli hemşirelik yaklaşımları şunlardır:

- Hastayla; empatik, destekleyici, açıklayıcı, samimi, gerçekçi, yol gösterici ve tıbbi etik ilkelere uygun iletişim kurulmalıdır.
- Bireyin hastalık karşısındaki tepkileri normal kabul edilmeli ve duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için fırsat tanınmalıdır.
- Hastaya, hastalığına ilişkin alanlarda bilgi verilmeli ve hastalık üzerinde kontrol duygusu geliştirilmeli ve tedaviye işbirliği sağlanmalıdır.
- Hastanın öz bakımına katılımı sağlanmalıdır
- Hasta, günlük rutin işlerine devam etmesi yönünde desteklenmelidir.
- Hastanın olumlu başetme yöntemleri desteklenmeli, olumsuz başetme yöntemleri ise olumlu yönde desteklenmelidir.
- Hastaya karar verme sürecinde yardım edilmelidir.
- Hastanın ailesi ve diğer kişilerle ilişkisi sürdürülmelidir.
- Hastanın güçlü ve güçsüz olduğu yönler belirlenmeli ve güçlü özellikleri yönünden desteklenmelidir [91].

Sosyal desteğin psikososyal uyuma ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmış olmasına rağmen, yapılan çalışmalar sosyal desteğin hastalığa psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve sosyal destek varlığının hastalığa uyumu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır [40,41].

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumu değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Kardiyoloji polikliniğinde; iki poliklinik odası, bir Holter odası, bir Eforlu Elektrokardiyografi (EKG) odası, bir ekokardiyografi odası, koroner anjiyografi için hazırlık ve muayene odası bulunmaktadır. İki poliklinik odasında, günde ortalama 70-80 hasta muayene edilmektedir. Hastalar muayene edildikten sonra hastalıklarına ve tedavilerine yönelik doktor tarafından açıklama yapılmaktadır. İki poliklinik odası ile koroner anjiyografi hazırlık odasında, bir öğretim üyesi ile bir araştırma görevlisi doktor çalışmaktadır. Holter, Eforlu EKG ve ekokardiyografi odasında hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğine 2012 yılında başvuran, koroner kalp hastalığı tanısı konulmuş 3100 hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem için “Evreni Bilinen Gruplarda Örneklem Büyüklüğü Hesaplanması” formülü kullanılmıştır. Bu formüle göre, araştırmanın örnekleme 250 hasta alınmıştır. Formül şu şekildedir;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{[(d^2 \cdot (N-1)) + (t^2 \cdot p \cdot q)]} \quad (3.1)$$

Formüldeki;

N: Hedef kitledeki birey sayısı (evren sayısı)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemesi olasılığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatasıdır.

N= 3100

p= 0.77

q=0.23

t= 1.96 ve $\alpha=0.05$

d= 0.05 değerleri formülde yerine konulduğunda;

$$n = \frac{3100 \times (1.96 \times 1.96) \times 0.77 \times 0.23}{[(0.05 \times 0.05) \times (3100 - 1)] + [(1.96 \times 1.96) \times 0.77 \times 0.23]}$$
 denkleminde n=250 olarak

bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Koroner Kalp Hastalığı (stabil/unstabil angina pectoris, akut miyokard enfarktüsü, kronik iskemik kalp hastalıkları, aterosklerotik kalp hastalıkları) tanısı konulan
2. En az okur-yazar olan
3. Araştırmaya katılmaya gönüllü
4. En az 30 gün önce tanı konulan [93,100].

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatür incelenerek [9,33,38,48,70,93,101] hazırlanan hastaların tanımlayıcı özelliklerini içeren anket formu (Ek 4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) (Ek 5) ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report- PAIS-SR) (Ek 6) kullanılarak toplanmıştır.

Anket Formu: Anket formu, hastaların tanımlayıcı (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu vs.) ve hastalık özelliklerini (hastalığın süresi, başka hastalığı olma durumu, cerrahi girişim geçirme durumu vb.) içeren 21 sorudan (8'i açık uçlu olmak üzere) oluşmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS): Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından (1988), üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ölçek, 12 maddeden oluşmakta ve her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 alt grubu içermektedir. Alt gruplarda; "aile" (3.,4.,8. ve 11. maddeler), "arkadaş" (6.,7.,9. ve 12. maddeler) ve "özel bir insan" (1.,2.,5. ve 10. maddeler) grubu yer almaktadır. Her madde, 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her bir madde, 1-7 arasında puanlanmaktadır. Her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de toplam ölçek puanı elde edilmektedir [102].

Ölçeğin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği Eker ve Arkar (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığında, değerlerin 0,80 ile 0,95 arasında olduğu, ölçek ve alt grupların kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık gösterdiği belirtilmiştir [70].

Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir [70,102,103].

Çalışmamızda, sosyal destek ölçeği ve alt grupları için cronbach alfa değerlerine bakılmıştır. Sosyal destek ölçeği alt boyutları olan aileden algılanan sosyal destek alt boyutu için cronbach alfa değeri 0,98; arkadaştan algılanan sosyal destek alt boyutu için 0,94; özel bir insandan algılanan sosyal destek alt boyutu için 1,00; toplam algılanan sosyal destek için 0,86 olarak bulunmuştur.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR): Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiş ve

fiziksel hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan, çok boyutlu bir ölçektir. Bu ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir [100].

Ölçek, 46 madde ve 7 alt gruptan oluşmaktadır. Bu alt gruplar; Sağlık Bakımına Oryantasyon, Meslek/İş Çevresi, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Alandır.

1. Sağlık Bakımına Uyum; 8 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “24”tür. Bu alt ölçek, hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, hastalığa uyumunu ölçmektedir.

2. Mesleki Çevre; 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “18”dir. Bu alt ölçek hastaların mesleki çevrelerine uyumu ölçmektedir.

3. Aile Çevresi; 8 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “24”dür. Bu alt ölçek, hastaların ailevi sorunları fiziksel hastalığının hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

4. Cinsel İlişkiler; 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “18”dir. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığı cinsel hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

5. Geniş Aile ilişkileri; 5 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “15”dir. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının hasta ile akraba bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

6. Sosyal Çevre; 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “18”dir. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının sosyal hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

7. Psikolojik Distres; 7 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan en düşük puan “0”, en yüksek puan “21”dir. Bu alt ölçek, hastaların üzüntü, endişe ve stres durumunu nasıl etkilediğini ölçmektedir [100].

Ölçekte, her alt gruba ilişkin sorulara yönelik olarak uyum düzeyini belirlemek için 4 seçenek yer almaktadır. Hastalardan 4 seçenekten kendi kişisel deneyimlerini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan seçeneği seçmesi istenmektedir. Her bir madde, 0'dan 3'e kadar puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir.

Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındır. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nden alınan toplam puanı 35'in altında olanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir [93,100].

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır. Adaylar'ın çalışmasında güvenirlik katsayıları sırası ile sağlık bakımına uyum için 0,87; mesleki çevre için 0,85; aile çevresi için 0,80; cinsel ilişkiler için 0,95; geniş aile ilişkileri için 0,89; sosyal çevre için 0,93; psikolojik alan için 0,83 ve tüm ölçek için 0,90 olarak bulunmuştur [93].

Çalışmamızda, psikososyal uyum ve alt grupları için cronbach alfa değerlerine bakıldığında; sağlık bakımına uyum için 0,81; mesleki çevre için 0,88; aile çevresi için 0,87; cinsel ilişkiler için 0,93; geniş aile için 0,93; sosyal çevre için 0,98; psikolojik alan için 0,97 ve toplam psikososyal uyum için 0,98 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Anket formunun ön uygulaması, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran 10 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar, araştırmanın örnekleme alınmamıştır. Ön uygulama sonucunda, anket formunda bazı değişiklikler yapılmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları, Aralık 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Kardiyoloji polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan 250 hastaya uygulanmıştır. Hastalarla poliklinikte görüşülmüştür. Hastalar, anket formu ve ölçekleri kendileri okuyarak yanıtlamıştır. Anketin ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 15,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzdesel dağılımları alınmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğuna, örneklem büyüklüğünden dolayı, Kolmogorov-Smirnov testinin sonuçlarına göre bakılmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığından, ikili bağımsız gruplar için non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız gruplar için Kruskal Wallis testi, sosyal destek ve alt boyutları ile psikososyal uyum ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi için α değeri 0,05 olarak alınmıştır. Analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında fark bulunması halinde, farkı yaratan grubun belirlenmesi için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Ek 2) ve Gazi Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'nden (Ek 1) izin alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastalara, çalışmanın amacı açıklanmış ve hastalardan yazılı onam (Ek 3) alınmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) (Ek 5) ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin (PAIS-SR) (Ek 6) kullanımı için ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan KKH tanısı konulan hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile sosyal destek ve psikososyal uyum puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=250)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	120	48,0
	Erkek	130	52,0
Yaş $\bar{X}= 54,84 \pm 11,30$	39 ve Altı	30	12,0
	40-44	18	7,2
	45-49	50	20,0
	50-54	27	10,8
	55-59	33	13,2
	60-64	47	18,8
	65 ve üzeri	45	18,0
Medeni durumu	Evli	217	86,8
	Bekar	33	13,2
Çocuk sayısı	1	24	9,6
	2	112	44,8
	3 ve Üzeri	114	45,6
Eğitim durumu	İlkokul	73	29,2
	Ortaokul	44	17,6
	Lise	105	42,0
	Lisans ve üzeri	28	11,2
Çalışma Durumu	Çalışan	78	31,2
	Çalışmayan	172	68,8
Çalışma Statüsü	İşçi	42	16,8
	Memur	13	5,2
	Serbest Meslek	23	9,2
	Ev Hanımı	84	33,6
	Emekli	88	35,2
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	33	13,2
	Eşiyle	42	16,8
	Eşi ve çocuklarıyla	175	70,0

Çizelge 4.1. (devam) Hastaların tanıtıcı özellikleri			
Yaşadığı yer	İl	6	2,4
	İlçe	185	74,0
	Köy	59	23,6
Bakımından Sorumlu Olduğu Birey Olma Durumu	Olan	50	20,0
	Olmayan	200	80,0
Bakımından Sorumlu Olduğu Bireyler (n=50)	Anne	29	58,0
	Baba	16	32,0
	Çocuk	5	10,0

Çizelge 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %52’si erkektir. Hastaların yaş ortalaması $54,84 \pm 11,30$ ve %20’si 45-49 yaş grubundadır. Hastaların %86,8’i evli, %45,6’sının üç ve daha fazla sayıda çocuğu bulunmaktadır. Hastaların %42’si lise mezunu, %68,8’i çalışmamakta, %35,2’si emeklidir. Hastaların %70’i eşi ve çocuklarıyla beraber, %74’ü ilçede yaşamaktadır. Bakımından sorumlu oldukları bireyler sorgulandığında, hastaların %20’sinin, bakımından sorumlu olduğu birey bulunmaktadır. Bakım verenlerin %58’i annesine, %32’si babasına, %10’u da çocuğuna bakım verdiğini belirtmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri (n=250)

Hastalığa İlişkin Özellikler		n	%
Tanı	Miyokard infarktüsü	162	64,8
	Angina pectoris	88	35,2
Tanı Süreleri (Ay) $\bar{X}=12,42\pm18,49$	1-12	222	88,8
	13-36	7	2,8
	37 ve üzeri	21	8,4
Ailede KKH varlığı	Olan	117	46,8
	Olmayan	133	53,2
Başka Kronik Hastalığı Olma Durumu	Olan	35	14,0
	Olmayan	215	86,0
Diğer Kronik Hastalıklar (n=35)	Hipertansiyon	22	62,9
	Diabetes Mellitus	13	37,1
Kullanılan İlaç Sayısı	1	38	29,2
	2	63	48,5
	3 ve üzeri	29	22,3
Cerrahi Girişim Olma Durumu	Olan	100	40,0
	Olmayan	150	60,0
Uygulanan Cerrahi Girişim (n=100)	Stent	10	10,0
	Koroner Anjiyografi	90	90,0
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu	Alan	162	64,8
	Almayan	88	35,2
Tedavi Hakkında Bilgi Alma Durumu	Alan	145	58,0
	Almayan	105	42,0
Sorunlarla Başetme Biçimi	Ailesiyle konuşarak çözme	146	58,4
	Kendi kendine çözme	52	20,8
	Doktor ya da hemşireyle konuşarak çözme	24	9,6
	Hiçbir şey yapmama	28	11,2

Çizelge 4.2’de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Hastaların %64,8’i miyokard infarktüsü tanısıyla takip edilmektedir ve hastalık tanı süresi ortalama $12,42 \pm 18,49$ aydır. Hastaların %46,8’inin ailesinde KKH öyküsü olduğu saptanmıştır. Hastaların %14’ünün KKH dışında başka kronik hastalığının olduğu ve bu hastalıkların Hipertansiyon (HT) (%62,9) ve Diabetes Mellitus (DM) (%37,1) olduğu belirlenmiştir. İlaç kullanma durumları bakımından incelendiğinde, hastaların %48’inin ilaç kullandığı, ilaç kullananların %48,5’inin iki ilaç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %40’ına kalp hastalığı nedeniyle cerrahi girişim uygulandığı ve cerrahi girişim uygulananların %90’ının koroner anjiyografi deneyimlediği belirlenmiştir. Hastaların %64,8’i hastalık hakkında, %58’i tedavi hakkında, tabloda belirtilmemekle birlikte doktorlardan bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Herhangi bir sorun karşısında baş etme yöntemleri sorulduğunda, hastaların sadece %9,6’sı doktor ya da hemşireyle konuştuğunu belirtmiştir.

Çizelge 4.3. Hastaların sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı (n=250)

Sosyal Destek ve Alt Grupları	Min.	Max.	$\bar{X}$	Sd
Aileden Algılanan Sosyal Destek	4	28	23,25	8,11
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	4	28	12,42	7,94
Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek	4	28	4,00	0,00
Toplam Algılanan Sosyal Destek	12	84	39,68	13,94

Çizelge 4.3'te hastaların sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=23,25\pm 8,11$) diğer alt gruplardan algılanan sosyal destek puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması $39,68\pm 13,94$ olarak bulunmuştur.

Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. [70,102]. Tablolaştırılmamakla birlikte yapılan analiz sonucunda, araştırma kapsamına alınan hastaların %48'inin puan ortalamasının, toplam algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=39,68\pm 13,94$) altında ve sosyal destek düzeyinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Hastaların psikososyal uyum ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı (n=250)

Psikososyal Uyum ve Alt Grupları	Min.	Max.	$\bar{X}$	Sd
Sağlık Bakımı	0	24	11,41	5,03
Mesleki Çevre	0	18	10,53	4,77
Aile Çevresi	0	24	9,68	5,92
Cinsel İlişkiler (n=113)	0	18	8,39	5,31
Geniş Aile İlişkileri	0	15	6,06	4,18
Sosyal Çevre	0	18	13,36	5,27
Psikolojik Alan	0	21	12,58	7,29
Toplam Psikososyal Uyum	0	138	67,39	29,29

Çizelge 4.4’ te, hastaların psikososyal uyum ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği’nden alınan toplam puan, 35’in altında olanlar “iyi psikososyal uyum”, 35-51 arası puanlar “orta derecede iyi psikososyal uyum” ve 51’in üstündeki puanlar “kötü psikososyal uyum” şeklinde değerlendirilmektedir [100]. Araştırma kapsamına alınan hastaların, toplam psikososyal uyum puan ortalaması $67,39 \pm 29,29$ olarak bulunmuştur. Hastaların puan ortalaması psikososyal uyum düzeyi açısından değerlendirildiğinde; puan ortalaması 51’in üstünde olduğu için “kötü psikososyal uyum” şeklinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların psikososyal uyum alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; sosyal çevre ($\bar{X}=13,36 \pm 5,27$); psikolojik alan ($\bar{X}=12,58 \pm 7,29$) ve sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=11,41 \pm 5,03$) alt grup puan ortalamalarının, diğer alt gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Puanlar, alt gruptan alınabilecek maksimum değere yaklaştıkça psikososyal uyum düzeyi azaldığı için [100] alt gruplardan; sosyal çevre ($\bar{X}=13,36 \pm 5,27$), psikolojik alan ($\bar{X}=12,58 \pm 7,29$) ve sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=11,41 \pm 5,03$) alanlarında en olumsuz etkilenmenin olduğu belirlenmiştir.

Tablolaştırılmamakla birlikte hastaların %68,8'inin psikososyal uyumunun "kötü", %13,6'sının psikososyal uyumunun "orta", %17,6'sının psikososyal uyumunun "iyi" düzeyde olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı (n=250)

Tanıtıcı Özellikler		Aileden Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalaması	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalaması	Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalaması	Toplam Sosyal Destek Puan Ortalaması
	n	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$
Cinsiyet					
Kadın	120	19,650±10,33	10,475±7,76	4,000±0,00	34,125±16,32
Erkek	130	26,577±2,31	14,223±7,70	4,000±0,00	44,800±8,62
Z		- 4,253	- 3,965	0	- 4,268
P		0,000	0,000	1,000	0,000
Yaş Grupları					
39 ve altı	30	27,168±1,90	18,933±1,80	4,000±0,00	50,100±2,23
40-44	18	27,000±1,03	18,500±3,60	4,000±0,00	49,500±4,63
45-49	50	17,540±11,65	13,280±7,98	4,000±0,00	34,820±19,62
50-54	27	26,778±0,75	20,963±1,95	4,000±0,00	51,741±2,12
55-59	33	28,000±0,00	10,818±7,94	4,000±0,00	42,818±7,94
60-64	47	23,064±4,19	4,000±0,00	4,000±0,00	31,064±4,19
65 ve üstü	45	20,089±10,55	9,556±7,38	4,000±0,00	33,644±15,47
KW		71,112	118,649	0	99,886
P		0,000	0,000	1,000	0,000
Medeni Durum					
Evli	217	25,793±4,79	13,705±7,75	4,000±0,00	43,498±10,45
Bekar	33	6,546±4,98	4,000±0,00	4,000±0,00	14,546±4,98
Z		-9,326	-6,625	0	-8,892
P		0,000	0,000	1,000	0,000

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı

Çocuk Sayısı					
1	24	19,208±10,99	14,667±7,71	4,000±0,00	37,875±18,69
2	112	25,759±5,12	13,938±7,59	4,000±0,00	43,696±10,42
3 ve üzeri	114	21,640±9,06	10,465±7,93	4,000±0,00	36,105±14,87
KW		25,377	15,688	0	13,559
P		0,000	0,000	1,000	0,001
Eğitim Durumu					
İlkokul	73	19,726±10,63	9,945±8,31	4,000±0,00	33,671±16,55
Ortaokul	44	27,682±0,60	16,455±7,44	4,000±0,00	48,136±7,25
Lise	105	22,924±7,55	11,314±7,65	4,000±0,00	38,238±13,03
Lisans ve üzeri	28	26,714±2,51	16,714±3,97	4,000±0,00	47,429±6,32
KW		43,971	23,125	0	33,183
P		0,000	0,000	1,000	0,000
Çalışma Durumu					
Çalışan	78	23,205±8,74	13,846±6,89	4,000±0,00	41,051±14,00
Çalışmayan	172	23,273±7,83	11,780±8,31	4,000±0,00	39,052±13,91
Z		- 0,316	- 1,576	0	- 0,404
P		0,752	0,115	1,000	0,687
Çalışma Statüsü					
İşçi	42	22,381±9,15	12,310±7,79	4,000±0,00	38,691±14,34
Memur	13	28,000±0,00	17,539±2,03	4,000±0,00	49,539±2,03
Serbest meslek	23	22,000±9,74	14,565±6,13	4,000±0,00	40,565±15,72
KW		15,666	2,322	0	9,278
P		0,000	0,313	1,000	0,010

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı

Birlikte Yaşadığı Kişiler					
Yalnız	33	6,546±4,98	4,000±0,00	4,000±0,00	14,546±4,98
Eşiyle	42	25,714±2,40	6,524±4,76	4,000±0,00	36,238±5,45
Eşi ve çocuklarıyla	175	25,811±5,21	15,429±7,34	4,000±0,00	45,240±10,62
KW		90,214	89,599	0	111,172
P		0,000	0,000	1,000	0,000
Yaşadığı Yer					
İl	6	22,000±0,00	10,000±0,00	4,000±0,00	36,000±0,00
İlçe	185	24,562±6,38	13,243±7,70	4,000±0,00	41,805±12,19
Köy	59	19,271±11,45	10,102±8,59	4,000±0,00	33,373±17,51
KW		8,064	3,824	0	4,653
P		0,018	0,148	1,000	0,098
Bakımından Sorumlu Olduğu Birey Olma Durumu					
Olan	50	27,280±1,50	14,660±8,30	4,000±0,00	45,940±7,89
Olmayan	200	22,245±8,75	11,865±7,76	4,000±0,00	38,110±14,68
Z		- 4,510	- 4,152	0	- 4,677
P		0,000	0,000	1,000	0,000
Bakımından Sorumlu Olduğu Bireyler					
Anne	29	27,621±0,49	14,035±8,32	4,000±0,00	45,655±7,95
Baba	16	28,000±0,00	14,125±9,22	4,000±0,00	46,125±9,22
Çocuk	5	23,000±0,00	20,000±0,00	4,000±0,00	47,000±0,00
KW		24,874	0,121	0	0,585
P		0,000	0,941	1,000	0,747

Çizelge 4.5' te, hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastaların cinsiyetine göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerde, aileden algılanan ($\bar{X}=26,577\pm2,31$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=14,223\pm7,70$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=44,800\pm8,62$) sosyal destek puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların yaş gruplarına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; 55-59 yaş grubunda, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=28,000\pm0,00$); 50-54 yaş grubunda, arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=20,963\pm1,95$); 39 ve altı yaş grubunda, toplam algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=50,100\pm2,23$) diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 45-49 yaş grubu, arkadaştan algılanan ve toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 60-64 yaş grubu olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumlarına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; evlilerde, aileden algılanan ($\bar{X}=25,793\pm4,79$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=13,705\pm7,75$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=43,498\pm10,45$) sosyal destek puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların çocuk sayısına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; 2 çocuğu olan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=25,759\pm5,12$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=43,696\pm10,42$) sosyal destek puan ortalamalarının; tek çocuğu olan hastalarda arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=14,667\pm7,71$) diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan

İstatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve toplam sosyal destek ile alt grupların puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun, iki çocuğu olan hastalar olduğu saptanmıştır

Hastaların eğitim durumlarına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; ortaokul mezunu olanlarda, aileden algılanan ($27,682\pm0,60$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=48,136\pm7,25$) sosyal destek puan ortalamalarının; üniversite mezunu olanlarda arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=16,714\pm3,97$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun ilkokul mezunu olan hastalar; arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun üniversite ve üzeri mezunu olan hastalar; toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun ortaokul mezunu olan hastalar olduğu saptanmıştır

Hastaların çalışma durumlarına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; çalışmayan hastalarda, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=23,273\pm7,83$); çalışan hastalarda, arkadaştan algılanan ($\bar{X}=13,846\pm6,89$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=41,051\pm14,00$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hastaların çalışma statüsüne göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; memurlarda, aileden algılanan ($\bar{X}=28,000\pm0,00$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=17,539\pm2,03$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=49,539\pm2,03$) sosyal destek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, aileden algılanan ve toplam algılanan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve farkı yaratan grubun memurlar olduğu saptanmıştır.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalarda, aileden

algılanan ($\bar{X}=25,811\pm5,21$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=15,429\pm7,34$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=45,240\pm10,62$) sosyal destek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun, yalnız yaşayan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşadığı yere göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; ilçede yaşayan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=24,562\pm6,38$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=13,243\pm7,70$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=41,805\pm12,19$) sosyal destek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece aileden algılanan puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun köyde yaşayan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların bakımından sorumlu olduğu birey olma durumuna göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; bakımından sorumlu olduğu birey olan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=27,280\pm1,50$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=14,660\pm8,30$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=45,940\pm7,89$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların bakımından sorumlu olduğu bireylere göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; babasına bakım veren hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=28,000\pm0,00$); çocuğuna bakım veren hastalarda, arkadaştan algılanan ($\bar{X}=20,000\pm0,00$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=47,000\pm0,00$) sosyal destek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve farkı yaratan grubun annesine bakım veren hastalar olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.6. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı (n=250)

Hastalığa İlişkin Özellikler		Aileden Algılanan Sosyal Destek Puanı	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puanı	Özel Bir Insandan Algılanan Sosyal Destek Puanı	Toplam Sosyal Destek Puanı
	n	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$
Tanı					
Miyokard infarktüsü	162	24,364±6,62	13,407±7,87	4,000±0,00	41,772±12,36
Angina pectoris	88	21,205±10,03	10,614±7,78	4,000±0,00	35,818±15,82
Z		- 0,696	- 3,288	0	- 2,510
P		0,487	0,001	1,000	0,012
Tanı Süreleri (Ay)					
1-12	222	22,725±8,45	12,838±7,81	4,000±0,00	39,563±14,57
13-36	7	28,000±0,00	4,000±0,00	4,000±0,00	36,000±0,00
37 ve üzeri	21	27,238±0,99	10,857±8,96	4,000±0,00	42,095±7,96
KW		11,429	8,772	0	1,893
P		0,003	0,012	1,000	0,388
Ailede KKH Öyküsü					
Olan	117	22,496±8,24	12,607±8,22	4,000±0,00	39,103±14,64
Olmayan	133	23,917±7,96	12,263±7,71	4,000±0,00	40,181±13,33
Z		- 5,121	- 0,150	0	- 0,646
P		0,000	0,881	1,000	0,518
Başka Kronik Hastalığı Olma Durumu					
Olan	35	12,457±10,63	7,257±7,27	4,000±0,00	23,714±16,43
Olmayan	215	25,010±6,03	13,265±7,73	4,000±0,00	42,274±11,61
Z		- 6,235	- 3,755	0	- 5,295
P		0,000	0,000	1,000	0,000

Çizelge 4.6. (devam) Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı

Diğer Kronik Hastalıklar (n=35)					
Hipertansiyon	22	10,546±10,94	9,182±8,66	4,000±0,00	23,727±19,60
Diabetes Mellitus	13	15,692±9,62	4,000±0,00	4,000±0,00	23,692±9,62
Z		- 0,974	- 2,039	0	- 0,974
P		0,330	0,041	1,000	0,330
Kullanılan İlaç Sayısı (n=130)					
1	38	19,921±8,81	13,000±9,12	4,000±0,00	36,921±16,85
2	63	24,936±6,40	10,857±7,98	4,000±0,00	39,793±11,86
3 ve üzeri	29	21,103±10,75	12,896±9,38	4,000±0,00	38,000±17,89
KW		21,943	8,917	0	2,835
P		0,000	0,012	1,000	0,242
Cerrahi Girişim Olma Durumu					
Olan	100	23,390±7,95	9,750±7,99	4,000±0,00	37,140±12,92
Olmayan	150	23,160±8,23	14,207±7,40	4,000±0,00	41,367±14,38
Z		- 0,676	- 3,101	0	- 2,584
P		0,499	0,002	1,000	0,010
Uygulanan Cerrahi Girişim (n=100)					
Stent	10	26,000±0,00	4,000±0,00	4,000±0,00	34,000±0,00
Koroner Anjiyografi	90	23,100±8,34	10,389±8,18	4,000±0,00	37,489±13,58
Z		- 1,503	- 2,896	0	- 2,444
P		0,133	0,004	1,000	0,015
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu					
Alan	162	24,982±6,44	12,099±7,81	4,000±0,00	41,080±11,57
Almayan	88	20,068±9,78	13,023±8,18	4,000±0,00	37,091±17,27
Z		- 3,039	- 0,312	0	- 1,038
P		0,002	0,755	1,000	0,299

Çizelge 4.6. (devam) Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı

Tedavi Hakkında Bilgi Alma Durumu					
Alan	145	24,903±6,75	12,055±7,79	4,000±0,00	40,959±11,68
Almayan	105	20,971±9,23	12,933±8,15	4,000±0,00	37,905±16,46
Z		- 2,701	- 0,116	0	- 0,874
P		0,007	0,908	1,000	0,382
Sorunlarla Başetme Yöntemi					
Ailesiyle konuşarak çözme	146	26,521±2,41	14,767±7,22	4,000±0,00	45,288±8,22
Kendi kendine çözme	52	25,096±6,99	11,808±8,54	4,000±0,00	40,904±12,66
Doktor ya da hemşireyle konuşarak çözme	24	18,333±10,56	9,333±7,71	4,000±0,00	31,667±16,69
Hiçbir şey yapmama	28	7,000±5,29	4,000±0,00	4,000±0,00	15,000±5,29
KW		83,600	51,167	0,000	78,753
P		0,000	0,000	1,000	0,000

Çizelge 4.6' da, hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sosyal destek ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastaların tanılarına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=24,364\pm6,62$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=13,407\pm7,87$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=41,772\pm12,36$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, arkadaştan algılanan ve toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların tanı sürelerine göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; tanı süresi 1-12 ay olan hastalarda arkadaştan algılanan ($\bar{X}=12,838\pm7,81$); tanı süresi 13-36 ay olan hastalarda aileden algılanan ($\bar{X}=28,000\pm0,00$); tanı süresi 37 ay ve üzeri olan hastalarda toplam algılanan ($\bar{X}=42,095\pm7,96$) sosyal destek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, aileden algılanan ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun, tanı süresi 37 ay ve üzeri olan hastalar; arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun, tanı süresi 13-36 ay olan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların ailesinde KKH öyküsü varlığına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; ailesinde KKH öyküsü olmayanlarda, aileden algılanan ($\bar{X}=23,917\pm7,96$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=40,181\pm13,33$) sosyal destek puan ortalamalarının; ailesinde KKH öyküsü olanlarda, arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=12,607\pm8,22$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların başka kronik hastalığı olma durumuna göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; başka kronik hastalığı olmayan hastalarda,

aileden algılanan ($\bar{X}=25,010\pm6,03$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=13,265\pm7,73$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=42,274\pm11,61$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların diğer kronik hastalıklara göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; DM olan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=15,692\pm9,62$); HT olan hastalarda, arkadaştan algılanan ($\bar{X}=9,182\pm8,66$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=23,727\pm19,60$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların kullandıkları ilaç sayısına göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; tek ilaç kullanan hastalarda, arkadaştan algılanan ($\bar{X}=13,000\pm9,12$); 2 ilaç kullanan hastalarda aileden algılanan ($\bar{X}=24,936\pm6,40$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=39,793\pm11,86$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve farkı oluşturan grubun 2 ilaç kullanan hastalar olduğu belirlenmiştir.

Hastaların cerrahi girişime göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; cerrahi girişim yapılan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=23,390\pm7,95$); cerrahi girişim yapılmayan hastalarda, arkadaştan algılanan ($\bar{X}=14,207\pm7,40$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=41,367\pm14,38$) sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, arkadaştan algılanan ve toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların uygulanan cerrahi girişime göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; stent uygulanan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=26,000\pm0,00$); koroner anjiyografi uygulanan hastalarda, arkadaştan algılanan ($\bar{X}=10,389\pm8,18$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=37,489\pm13,58$) sosyal destek puan

ortalamlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, arkadaştan algılanan ve toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; bilgi alan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=24,982\pm6,44$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=41,080\pm11,57$); bilgi almayan hastalarda, arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($\bar{X}=13,023\pm8,18$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların tedavi hakkında bilgi alma durumuna göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; bilgi alan hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=24,903\pm6,75$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=40,959\pm11,68$) sosyal destek puan ortalamalarının; bilgi almayan hastalarda, arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının ($\bar{X}=12,933\pm8,15$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların sorunlarla başetme biçimine göre sosyal destek ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; sorunlarını ailesiyle konuşarak çözen hastalarda, aileden algılanan ($\bar{X}=26,521\pm2,41$), arkadaştan algılanan ($\bar{X}=14,767\pm7,22$) ve toplam algılanan ($\bar{X}=45,288\pm8,22$) sosyal destek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve farkı yaratan grubun sorunlarını kendi kendine çözen hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sosyal destek alt grupları arasında yer alan özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının hastaların farklı yanıt vermemesi nedeniyle sabit olduğundan istatistiksel olarak değerlendirme yapılmamıştır.

Çizelge 4.7. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=250)

Tanıtıcı Özellikler		Sağlık Bakımı	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Alan	Toplam Psikososyal Uyum
	n	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$
Cinsiyet									
Kadın	120	12,650±5,05	11,425±4,58	11,800±6,07	8,189±5,81	7,658±4,49	14,883±6,68	15,933±4,05	76,875±23,08
Erkek	130	10,269±4,75	9,700±4,81	7,731±5,07	8,487±5,09	4,592±3,26	11,954±5,42	9,492±8,21	58,639±31,68
Z		- 2,652	- 3,025	- 4,974	- 0,607	- 4,575	- 4,554	- 6,405	- 5,278
P		0,008	0,002	0,000	0,544	0,000	0,000	0,000	0,000
Yaş Grupları									
39 ve altı	30	6,767±3,88	5,167±2,23	6,133±3,05	4,619±3,14	2,267±2,02	11,467±5,22	9,633±8,14	44,667±22,85
40-44	18	10,000±5,15	8,000±1,03	7,500±3,60	7,000±0,000	9,000±5,15	13,000±5,15	14,000±1,03	65,000±17,49
45-49	50	14,220±3,87	14,000±4,24	14,360±5,17	10,154±2,88	8,660±3,32	15,120±4,44	17,720±5,36	86,720±22,25
50-54	27	10,630±5,86	7,519±3,31	3,296±1,98	3,125±2,59	3,259±1,83	12,667±5,08	3,519±0,80	41,519±13,97
55-59	33	9,091±3,06	9,212±3,31	6,030±1,13	5,000±0,00	3,576±0,83	9,818±4,93	7,485±6,21	46,273±15,16
60-64	47	10,660±3,12	9,596±4,20	10,851±5,41	12,345±4,96	6,064±3,84	12,638±6,03	12,234±6,86	69,660±29,38
65 ve üstü	45	14,911±5,19	15,000±2,84	13,022±6,36	9,154±6,32	8,044±4,65	16,578±3,09	17,822±3,46	90,667±23,92
KW		71,103	128,837	104,195	39,434	81,552	44,710	109,565	105,224
P		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Medeni Durum									
Evli	217	10,373±4,19	9,687±4,52	8,042±4,43	8,389±5,31	4,977±3,31	12,654±5,32	11,341±7,03	61,406±26,59
Bekar	33	18,242±4,74	16,061±1,77	20,485±1,42	0	13,212±1,22	18,000±0,00	20,758±0,44	106,758±7,83
Z		- 6,982	- 7,367	- 9,308	0	- 8,821	- 5,470	- 7,383	- 8,584
P		0,000	0,000	0,000	0	0,000	0,000	0,000	0,000

Çizelge 4.7. (devam) Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı

[illegible]

Çizelge 4.7. (devam) Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı

Birlikte Yaşadığı Kişiler									
Yalnız	33	18,242±4,74	16,061±1,77	20,485±1,42	0	13,212±1,22	18,000±0,00	20,758±0,44	106,758±7,83
Eşiyle	42	10,310±3,78	12,024±4,70	9,262±4,74	12,056±5,04	4,476±3,59	15,143±5,17	13,168±7,94	74,714±32,50
Eşi ve çocuklarıyla	175	10,389±4,30	9,126±4,30	7,749±4,31	6,675±4,53	5,097±3,24	12,057±5,20	10,903±6,75	58,211±23,10
KW		48,883	65,473	89,436	26,746	78,191	41,767	61,507	85,725
P		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Yaşadığı Yer									
İl	6	7,000±0,00	13,000±0,00	6,000±0,00	0	2,000±0,00	18,000±0,00	15,000±0,00	61,000±0,00
İlçe	185	10,757±5,02	10,021±4,63	9,200±5,78	8,389±5,31	5,254±3,81	12,443±5,22	12,108±7,87	64,865±30,76
Köy	59	13,915±4,32	11,864±5,14	11,576±6,24	0	9,017±4,05	15,763±4,71	13,831±5,33	75,966±24,11
KW		20,839	8,013	6,383	0	46,262	22,921	3,590	5,018
P		0,000	0,018	0,041	1,000	0,000	0,000	0,166	0,081
Bakımından Sorumlu Olduğu Birey Olma Durumu									
Olan	50	9,800±3,97	7,380±3,23	5,660±3,16	5,000±0,00	5,220±4,51	12,480±6,04	6,140±6,04	47,680±22,03
Olmayan	200	11,815±5,19	11,315±4,77	10,690±6,03	8,718±5,45	6,275±4,08	13,580±5,06	14,195±6,67	72,320±28,84
Z		- 2,388	- 5,167	- 5,635	- 2,952	- 1,349	- 1,314	- 6,189	- 5,567
P		0,017	0,000	0,000	0,003	0,177	0,189	0,000	0,000
Bakımından Sorumlu Olduğu Bireyler									
Anne	29	8,207±3,92	5,862±1,41	3,552±1,50	5,000±0,00	3,690±1,77	10,552±5,93	1,862±1,85	34,586±11,65
Baba	16	13,250±2,05	11,188±2,56	9,69±1,54	0	9,625±5,12	18,000±0,00	14,563±0,51	76,313±6,66
Çocuk	5	8,000±0,00	4,000±0,00	5,000±0,00	5,000±0,00	0	6,000±0,00	4,000±0,00	32,000±0,00
KW		28,763	35,868	36,171	0,000	17,966	22,063	36,402	33,630
P		0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Çizelge 4.7' de, hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastaların cinsiyetine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlarda, sağlık bakımı ($\bar{X}=12,650\pm5,05$), mesleki çevre ($\bar{X}=11,425\pm4,58$), aile çevresi ($\bar{X}=11,800\pm6,07$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=7,658\pm4,49$), sosyal çevre ($\bar{X}=14,883\pm6,68$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=15,933\pm4,05$) ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=76,875\pm23,08$) erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkeklerde sadece cinsel ilişkiler alt grubu puan ortalamasının ($\bar{X}=8,487\pm5,09$) kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel analizde, cinsel ilişkiler puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların yaş gruplarına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; 65 ve üstü yaş grubunda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=14,911\pm5,19$) ve mesleki çevre ($\bar{X}=15,000\pm2,84$), sosyal çevre ($\bar{X}=16,578\pm3,09$), psikolojik alan ($\bar{X}=17,822\pm3,46$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum ($90,667\pm23,92$); 45-49 yaş grubunda, aile çevresi ($\bar{X}=14,360\pm5,17$); 60-64 yaş grubunda, cinsel ilişkiler ($\bar{X}=12,345\pm4,96$); 40-44 yaş grubunda geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=9,000\pm5,15$) alt grup puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık bakımına uyum alt grup puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 39 ve altı yaş grubu, mesleki çevre ve sosyal çevre alt grup puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 65 ve üstü yaş grubu, aile çevresi ve toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 45-49 yaş grubu, cinsel ilişkiler ve geniş aile ilişkileri alt grupları puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 60-64 yaş grubu, psikolojik alan puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun 50-54 yaş grubu olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumlarına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; bekarlarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=18,242\pm4,74$),

mesleki çevre ($\bar{X}=16,061\pm1,77$), sosyal çevre ($\bar{X}=20,485\pm1,42$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=13,212\pm1,22$), sosyal çevre ($\bar{X}=18,000\pm0,00$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=20,758\pm0,44$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=106,758\pm7,83$) evlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Evlilerde, cinsel ilişkiler alt grubu puan ortalamasının ($\bar{X}=8,389\pm5,31$) daha yüksek olmasına rağmen bekarların puan ortalaması sıfır olduğu için (cinsel ilişkiler ile ilgili kısma cevap vermedikleri için) istatistiksel olarak değerlendirme yapılmamıştır.

Hastaların çocuk sayısına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; tek çocuğu olan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=15,708\pm4,15$), mesleki çevre ($\bar{X}=13,917\pm2,47$), aile çevresi ($\bar{X}=15,625\pm4,33$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=9,375\pm3,72$), sosyal çevre ($\bar{X}=16,625\pm3,72$), psikolojik alan ($\bar{X}=18,875\pm5,74$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=90,125\pm22,51$) diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve toplam psikososyal uyum ile alt grupları puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun tek çocuğu olan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumlarına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu olan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=14,343\pm4,39$), mesleki çevre ($\bar{X}=13,904\pm3,79$), aile çevresi ($\bar{X}=13,288\pm5,12$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=12,333\pm3,48$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=8,932\pm4,17$), sosyal çevre ($\bar{X}=16,795\pm2,30$), psikolojik alan ($\bar{X}=15,644\pm5,69$) alt grupları puan ortalamaları ile toplam psikososyal uyum ($\bar{X}=86,343\pm21,38$) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık bakımına uyum puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun üniversite ve üzeri mezun olan hastalar; diğer alt gruplar ile toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun ise ilkokul mezunu olan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumlarına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; çalışmayan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=12,023\pm4,29$), mesleki çevre ($\bar{X}=11,000\pm4,48$), aile çevresi ($\bar{X}=9,721\pm5,44$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=9,338\pm5,62$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=6,250\pm4,03$), sosyal çevre ($\bar{X}=14,500\pm4,86$), psikolojik alan ($\bar{X}=13,099\pm6,19$) alt grupları puan ortalamaları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=70,727\pm25,48$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, çalışmayan hastalarda daha yüksek çıkan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, cinsel ilişkiler, sosyal çevre alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların çalışma statüsüne göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; işçilerde, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=12,714\pm4,69$) ve sosyal çevre ($\bar{X}=12,071\pm6,01$) puan ortalamalarının; serbest meslek yapan hastalarda, mesleki çevre ($\bar{X}=12,043\pm4,21$), aile çevresi ($\bar{X}=11,435\pm6,70$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=9,500\pm2,57$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=7,130\pm3,44$), psikolojik alan ($\bar{X}=17,478\pm3,69$) puan ortalamaları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=77,435\pm24,80$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Alt gruplar ile toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun memur olduğu saptanmıştır.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; yalnız yaşayan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=18,242\pm4,74$), mesleki çevre ($\bar{X}=16,061\pm1,77$), aile çevresi ($\bar{X}=20,485\pm1,42$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=13,212\pm1,22$), sosyal çevre ($\bar{X}=18,000\pm0,00$), psikolojik alan ($\bar{X}=20,758\pm0,44$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum ($\bar{X}=106,758\pm7,83$); eşiyile beraber yaşayan hastalarda cinsel ilişkiler ($\bar{X}=12,056\pm5,04$) puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel test analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Cinsel ilişkiler puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun eşiyile beraber yaşayan hastalar; diğer alt gruplar ile toplam psikososyal uyum puan

ortalamları arasındaki farkı yaratan grubun evde yalnız yaşayan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşadığı yere göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; köyde yaşayan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=13,915\pm4,32$), aile çevresi ($\bar{X}=11,576\pm6,24$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=9,017\pm4,05$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum ($\bar{X}=75,966\pm24,11$) puan ortalamalarının; ilde yaşayan hastalarda, mesleki çevre ($\bar{X}=13,000\pm0,00$), sosyal çevre ($\bar{X}=18,000\pm0,00$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=15,000\pm0,00$) puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde, sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık bakımına uyum, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun ilde yaşayan hastalar; mesleki çevre ve aile ilişkileri puan ortalamaları arasındaki farkı yaratan grubun ise köyde yaşayan hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların bakımından sorumlu olduğu birey olma durumuna göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; bakımından sorumlu olduğu birey olmayan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=11,815\pm5,19$), mesleki çevre ($\bar{X}=11,315\pm4,77$), aile çevresi ($\bar{X}=10,690\pm6,03$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=8,718\pm5,45$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=6,275\pm4,08$), sosyal çevre ($\bar{X}=13,580\pm5,06$), psikolojik alan ($\bar{X}=14,195\pm6,67$) alt grupları puan ortalamaları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=72,320\pm28,84$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, psikolojik alan ve toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların bakımından sorumlu olduğu bireylere göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; babasına bakım veren hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=13,250\pm2,05$), mesleki çevre ($\bar{X}=11,188\pm2,56$), aile çevresi ($\bar{X}=9,69\pm1,54$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=9,625\pm5,12$), sosyal çevre ($\bar{X}=18,000\pm0,00$), psikolojik alan ($\bar{X}=14,563\pm0,51$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan

ortalamalarının ($\bar{X}=76,313\pm6,66$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve farkı yaratan grubun annesine bakım veren hastalar olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamalarının dağılımı (n=100)

[illegible]

Çizelge 4.8. (devam) Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamalarının dağılımı

Diğer Kronik Hastalıklar									
Hipertansiyon	22	19,546±4,19	15,636±2,44	16,546±6,74	0	11,273±4,56	14,727±5,47	18,182±3,90	95,909±27,02
Diabetes Mellitus	13	14,308±3,04	14,923±2,53	16,077±4,05	18,000±0,00	7,846±5,06	18,000±0,00	17,308±3,04	99,539±8,61
Z		- 3,943	- 0,178	- 0,872	0	- 1,971	- 0,178	- 0,872	0,383
P		0,330	0,859	0,383	1,000	0,049	0,041	0,859	0,408
Kullanılan İlaç Sayısı (n=130)									
1	38	15,526±3,62	11,684±3,33	9,895±6,18	14,000±0,00	7,631±4,00	16,737±2,47	10,473±7,01	75,789±26,49
2	63	11,603±4,78	12,428±5,12	11,555±6,00	11,822±4,79	6,158±4,18	14,143±5,18	15,254±8,45	79,587±33,43
3 ve üzeri	29	15,827±4,74	13,586±3,13	10,620±7,23	1,000±0,00	6,482±4,74	13,310±5,13	14,965±3,23	75,069±25,74
KW		14,422	5,885	1,184	21,281	3,838	10,244	12,734	0,193
P		0,001	0,053	0,553	0,000	0,147	0,006	0,002	0,908
Cerrahi Girişim Olma Durumu									
Olan	100	12,500±5,35	11,480±5,19	9,650±6,19	10,698±4,21	5,910±4,46	12,210±5,50	11,040±8,51	68,380±34,90
Olmayan	150	10,687±4,68	9,893±4,37	9,707±5,76	6,350±5,38	6,167±4,00	14,127±4,99	13,613±6,16	66,733±24,97
Z		- 3,048	- 1,943	- 0,035	- 3,655	- 0,351	- 3,017	- 2,818	- 0,860
P		0,002	0,052	0,972	0,000	0,725	0,003	0,005	0,390
Uygulanan Cerrahi Girişim									
Stent	10	6,000±0,00	4,000±0,00	2,000±0,00	6,000±0,00	0	6,000±0,00	0	24,000±0,00
Koroner Anjiyografi	90	13,222±5,15	12,311±4,79	10,500±5,94	11,791±3,93	6,567±4,21	12,900±5,37	12,267±8,08	73,311±33,30
Z		- 4,642	- 4,359	- 4,707	- 2,671	- 4,693	- 3,791	- 4,494	- 4,621
P		0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000	0,000	0,000
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu									
Alan	162	10,611±4,82	9,642±4,86	8,352±5,79	8,049±5,79	5,111±3,73	11,846±5,62	11,562±7,91	61,198±30,88
Almayan	88	12,886±5,10	12,159±4,16	12,136±5,38	9,290±3,71	7,818±4,43	16,148±3,03	14,466±5,55	78,796±22,07
Z		- 3,205	- 4,168	- 5,163	- 1,143	- 4,241	- 6,031	- 2,757	- 4,626
P		0,001	0,000	0,000	0,151	0,000	0,000	0,000	0,000

Çizelge 4.8. (devam) Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamalarının dağılımı

Tedavi Hakkında Bilgi Alma Durumu									
Alan	145	10,448±5,07	9,062±4,79	7,807±5,88	6,277±4,96	5,055±3,90	11,559±5,75	10,848±8,02	57,593±30,68
Almayan	105	12,743±4,67	12,552±3,95	12,276±4,93	11,250±4,38	7,457±4,18	15,848±3,19	14,981±5,31	80,924±20,77
Z		- 3,540	- 5,809	- 6,647	- 4,805	-4,125	-6,124	-4,044	-6,218
P		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sorunlarla Başetme Biçimi									
Ailesiyle konuşarak çözme	146	10,192±4,64	9,603±4,14	7,945±4,34	6,586±4,73	4,973±3,52	11,480±5,18	11,062±6,65	58,356±25,28
Kendi kendine çözme	52	11,481±3,78	9,346±5,53	7,731±6,12	10,333±4,58	5,692±4,13	14,769±5,38	12,289±9,32	66,673±33,29
Doktor ya da hemşireyle konuşarak çözme	24	13,333±5,92	12,000±3,82	14,000±3,82	13,000±5,16	7,333±4,82	16,333±2,41	15,000±5,00	86,668±21,76
Hiçbir şey yapmama	28	16,000±5,22	16,286±2,02	18,679±3,86	0	11,357±2,44	18,000±0,00	19,000±2,61	99,321±12,34
KW		22,247	53,069	78,418	30,120	50,060	50,884	38,601	60,320
P		0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000

Çizelge 4.8' de, hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum ve alt gruplarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastaların tanılarına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; angina pectoris tanısı ile izlenen hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=12,432\pm4,84$), mesleki çevre ($\bar{X}=11,227\pm5,23$), aile çevresi ($\bar{X}=11,000\pm5,13$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=8,710\pm6,08$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=7,773\pm4,37$), sosyal çevre ($\bar{X}=14,284\pm5,25$), psikolojik alan ($\bar{X}=15,000\pm5,92$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=74,784\pm27,78$) MI tanısı ile izlenen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sadece mesleki çevre ile cinsel ilişkiler puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hastaların tanı sürelerine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; tanı süresi 37 ay ve üzeri olan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=15,762\pm0,99$), mesleki çevre ($\bar{X}=14,476\pm1,99$), aile çevresi ($\bar{X}=10,333\pm3,48$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=15,000\pm0,00$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=6,810\pm3,09$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=14,524\pm8,46$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=86,524\pm8,46$); tanı süresi 13-36 ay olan hastalarda sosyal çevre puan ortalamasının ($\bar{X}=18,000\pm0,00$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, cinsel ilişkiler ve sosyal çevre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların ailesinde KKH öyküsü varlığına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; ailesinde KKH öyküsü olan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=12,051\pm5,44$), mesleki çevre ($\bar{X}=10,812\pm4,47$), aile çevresi ($\bar{X}=9,944\pm6,90$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=9,444\pm5,08$), sosyal çevre ($\bar{X}=14,017\pm5,08$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=68,727\pm29,84$); ailesinde KKH öyküsü olmayan hastalarda; geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=6,211\pm4,19$), psikolojik alan ($\bar{X}=13,346\pm7,32$) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sağlık bakımına uyum, cinsel ilişkiler ve

psikolojik alan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların başka kronik hastalığı olma durumuna göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; başka kronik hastalığı olan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=17,600\pm4,55$), mesleki çevre ($\bar{X}=15,371\pm2,46$), aile çevresi ($\bar{X}=16,371\pm5,82$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=18,000\pm0,00$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=10,000\pm4,97$), sosyal çevre ($\bar{X}=15,943\pm4,59$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=17,857\pm3,58$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=97,257\pm21,92$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların diğer kronik hastalıklara göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; Hipertansiyonu olan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=19,546\pm4,19$), mesleki çevre ($\bar{X}=15,636\pm2,44$), aile çevresi ($\bar{X}=16,546\pm6,74$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=11,273\pm4,56$), ve psikolojik alan ($\bar{X}=18,182\pm3,90$) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, geniş aile ilişkileri ile sosyal çevre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların kullandıkları ilaç sayısına göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; tek ilaç kullanan hastalarda, cinsel ilişkiler ($\bar{X}=14,000\pm0,00$), sosyal çevre ($\bar{X}=16,737\pm2,47$) ve geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=7,631\pm4,00$) puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, tek ilaç kullanan hastalarda, cinsel ilişkiler ve sosyal çevre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İki ilaç kullanan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=15,827\pm4,74$), mesleki çevre ($\bar{X}=13,586\pm3,13$), aile çevresi ($\bar{X}=11,555\pm6,00$), psikolojik alan ($\bar{X}=15,254\pm8,45$) puan ortalamaları ile toplam psikososyal uyum ($\bar{X}=79,587\pm33,43$) puan ortalamaları arasındaki farkın diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, 2 ilaç kullanan hastalarda sağlık bakımına uyum ve psikolojik alan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların cerrahi girişime göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; cerrahi girişim yapılan hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=12,500\pm5,35$), mesleki çevre ($\bar{X}=11,480\pm5,19$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=10,698\pm4,21$) alt grupları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=68,380\pm34,90$); cerrahi girişim yapılmayan hastalarda, aile çevresi ($\bar{X}=9,707\pm5,76$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=6,167\pm4,00$), sosyal çevre ($\bar{X}=14,127\pm4,99$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=13,613\pm6,16$) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sağlık bakımına uyum, cinsel ilişkiler, sosyal çevre, psikolojik alan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların uygulanan cerrahi girişime göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=13,222\pm5,15$), mesleki çevre ($\bar{X}=12,311\pm4,79$), aile çevresi ($\bar{X}=10,500\pm5,94$), cinsel ilişkiler ($\bar{X}=11,791\pm3,93$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=12,900\pm5,37$), sosyal çevre ($\bar{X}=12,267\pm8,08$) alt grup puan ortalamaları ile toplam psikososyal uyum puan ortalamaları ($\bar{X}=73,311\pm33,30$) arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık hakkında bilgi alan hastalarda, tüm alt gruplar ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, cinsel ilişkiler alt grubu dışında, diğer alt gruplar ile toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların tedavi hakkında bilgi alma durumuna göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; tedavi hakkında bilgi almayan hastalarda, tüm alt gruplar ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların sorunlarla başetme biçimine göre psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; sorunlar karşısında hiç bir şey yapmadığını ifade eden hastalarda, sağlık bakımına uyum ($\bar{X}=16,000\pm5,22$), mesleki çevre ($\bar{X}=16,286\pm2,02$), aile çevresi ($\bar{X}=18,679\pm3,86$), geniş aile ilişkileri ($\bar{X}=11,357\pm2,44$), sosyal çevre ($\bar{X}=18,000\pm0,00$) ve psikolojik alan ($\bar{X}=19,000\pm2,61$) ile toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının ($\bar{X}=99,321\pm12,34$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiş ($p<0,05$) ve farkı yaratan grubun sorunlar karşısında hiçbir şey yapmadığını ifade eden hastalar olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.9. Hastaların psikososyal uyum ve alt grupları ile sosyal destek ve alt grupları arasındaki korelasyon (n=250)

	Sosyal Destek ve Alt Grupları		
Psikososyal Uyum ve Alt Grupları	Aileden Algılanan Sosyal Destek Puanı	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puanı	Toplam Algılanan Sosyal Destek Puanı
Sağlık Bakımına Uyum	$r = -0,574$ $p = 0,000$	$r = -0,238$ $p = 0,000$	$r = -0,469$ $p = 0,000$
Mesleki Çevre	$r = -0,576$ $p = 0,000$	$r = -0,335$ $p = 0,000$	$r = -0,526$ $p = 0,000$
Aile Çevresi	$r = -0,683$ $p = 0,000$	$r = -0,429$ $p = 0,000$	$r = -0,641$ $p = 0,000$
Cinsel İlişkiler	$r = -0,396$ $p = 0,000$	$r = -0,659$ $p = 0,000$	$r = -0,656$ $p = 0,000$
Geniş Aile İlişkileri	$r = -0,620$ $p = 0,000$	$r = -0,346$ $p = 0,000$	$r = -0,558$ $p = 0,000$
Sosyal Çevre	$r = -0,421$ $p = 0,000$	$r = -0,172$ $p = 0,000$	$r = -0,343$ $p = 0,000$
Psikolojik Alan	$r = -0,398$ $p = 0,000$	$r = -0,197$ $p = 0,002$	$r = -0,343$ $p = 0,000$
Toplam Psikososyal Uyum	$r = -0,558$ $p = 0,000$	$r = -0,350$ $p = 0,000$	$r = -0,523$ $p = 0,000$

Çizelge 4.9' da psikososyal uyum ve alt grupları ile sosyal destek ve alt grupları arasındaki korelasyon değerleri yer almaktadır.

Sağlık bakımına uyum alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; sağlık bakımına uyum ile aileden algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,574$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile negatif yönlü çok zayıf derecede, anlamlı ilişki ($r = -0,238$, $p < 0,05$), toplam sosyal destek ile arasında ise negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,469$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Mesleki çevre alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; mesleki çevre ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,576$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,335$, $p < 0,05$), toplam sosyal destek ile arasında ise negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,526$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Aile çevresi alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; aile çevresi ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,683$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -0,429$, $p < 0,05$), toplam sosyal destek ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,641$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Cinsel ilişkiler alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; cinsel ilişkiler ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,396$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,659$, $p < 0,05$) ve toplam sosyal destek ile arasında ise negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,656$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Geniş aile ilişkileri alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; geniş aile ilişkileri ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,620$, $p < 0,05$), arkadaştan

algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,346$, $p < 0,05$) ve toplam sosyal destek ile arasında ise negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,558$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Sosyal çevre alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; sosyal çevre ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,421$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,172$, $p < 0,05$) ve toplam sosyal destek ile arasında ise negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,343$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Psikolojik alan alt grubunun sosyal destek ve alt grupları ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde; psikolojik alan ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,398$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,197$, $p < 0,05$) ve toplam sosyal destek ile arasında ise negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,343$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Toplam psikososyal uyum ile sosyal destek ve alt grupları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde; aileden algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,558$, $p < 0,05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,350$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamaları, hastaların farklı cevap vermemesi nedeniyle sabit olduğundan ($\bar{X} = 4,000 \pm 0,00$) psikososyal uyum ve alt grupları ile karşılaştırmaya uygun olmadığı saptanmıştır.

Hastaların toplam psikososyal uyum ile toplam algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü, orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,523$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan yüksek değer sosyal destek düzeyinin fazla olduğunu gösterirken [67], hastalığa özgü psikososyal

uyum ölçeğinden alınan yüksek değer psikososyal uyum düzeyinin kötü olduğuna işaret etmektedir [91,94]. Yapılan istatistiksel analizde toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile toplam psikososyal uyum puan ortalaması arasındaki negatif yönlü ilişkiden dolayı çalışmamızda sosyal destek düzeyinin arttıkça psikososyal uyum puan ortalamasının azaldığı yani psikososyal uyum düzeyinin arttığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hastaların sosyal destek düzeylerini ve psikososyal uyumlarını etkileyen faktörler ile sosyal destek ve psikososyal uyum ilişkisi tartışılmıştır.

Koroner kalp hastalığı olan bireyin problemlerle ve hastalığının etkileri ile daha iyi baş etmesinde, alacağı destek önemlidir. Yapılan çalışmalarda kardiyovasküler hastalığı olan vakalarda sosyal desteğin hastalık üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir [39-41,104,105]. Sosyal desteğin yanı sıra olumlu psikososyal uyum, bireylerin hastalıkla etkili baş etmesinde ve sağlığın korunmasında önemli bir faktördür. Kronik hastalık tanısı ilk konulduğu dönemde hastalığa psikososyal uyum süreci de başlamış olmaktadır [38]. Ülkemizde ve dünyada, koroner kalp hastalarında algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumu araştıran yeterli çalışmaya ulaşılamamasına rağmen, bu sonuç, Çınar'ın (2009) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmadaki sonuçla benzerlik göstermektedir. Çınar (2009) yapmış olduğu çalışmada, hastaların toplam psikososyal uyum ile toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur [38]. Dolayısıyla hastaların sosyal destek düzeylerinin arttıkça psikososyal uyumlarının arttığı, ancak bu ilişkinin çalışmamız aksine çok zayıf derecede olduğu görülmüştür [38]. Çalışmamız sonucunda, hastaların toplam psikososyal uyum ile toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında negatif yönlü, orta derecede anlamlı bir ilişki ($r = -0,523$, $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği; aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ve özel bir insandan algılanan sosyal destek alt gruplarından; hastalığa psikososyal uyum ölçeği ise; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan alt gruplarından oluşmaktadır.

Çalışmamızda, psikososyal uyum ve sosyal destek alt gruplarının birbiriyle olan ilişkisi değerlendirildiğinde, sağlık bakımına uyum ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı;

toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Mesleki çevre alt grubu ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aile çevresi ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Cinsel ilişkiler ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Geniş aile ilişkileri ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında ise negatif yönlü orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyal çevre ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Psikolojik alan ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında ise negatif yönlü zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.9).

Hastaların sosyal destek düzeylerinin arttıkça hastalığa daha iyi psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.9). Çalışmamız sonucunda elde edilen bu sonuçlar Çınar'ın (2009) çalışmasıyla bazı yönlerden farklılıklar göstermektedir. Çınar'ın çalışmasında sağlık bakımına uyum ile aileden algılanan sosyal destek alt grubu arasında çalışmamız sonucundan farklı olarak ilişki derecesinin daha zayıf; arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ile çalışmamız sonucuna benzer çok

zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile arasında çalışmamız sonucuna yakın nitelikte çok zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Mesleki çevre ve cinsel ilişkiler alt gruplarının, çalışmamız sonucundan farklı olarak algılanan sosyal destek ve alt grupları ile arasında anlamsız ilişki olduğu saptanmıştır. Aile çevresi alt grubunun çalışma sonucumuzdan farklı olarak sadece aileden algılanan sosyal destek alt grubu ile arasında anlamlı; geniş aile ilişkilerinin sosyal destek ve alt grupları ile arasında anlamlı ilişki olduğu ve bu ilişkinin zayıf derecede olduğu saptanmıştır. Sosyal çevre alt grubu ile sadece arkadaştan algılanan sosyal destek alt grubu ve toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olduğu ve bu ilişkilerin de sırasıyla zayıf ve çok zayıf derecede olduğu görülmüştür. Psikolojik alan alt grubu ile sosyal destek ve alt grupları arasında da çalışmamıza benzer şekilde negatif yönlü anlamlı ve sırasıyla zayıf, çok zayıf ve çok zayıf derecede olmak üzere ilişki olduğu görülmüştür [38]. Görüldüğü gibi, Çınar'ın çalışması bazı sonuçları ile çalışmamız sonuçlarına benzerlik gösterirken bazı yönleri ile farklılık göstermektedir. Çınar'ın çalışmasında en olumsuz etkilenen alanlar mesleki çevre, cinsel ilişkiler ve sosyal çevre iken çalışmamızda en olumsuz etkilenen alanlar; sosyal çevre, psikolojik alan ve sağlık bakımına uyum alanlarıdır. Çalışmamızda özellikle en fazla etkilenen alanın sosyal çevre alt grubu olması; bize hastaların çoğunun (%68,8) çalışmadığından, %35,2'sinin emekli, %33,6'sının ev hanımı olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca hasta popülasyonunun farklılığı da göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır.

Rızalar ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışmada, çalışmamız sonucuna benzer sonuçlar olduğu kadar farklılıklar olduğu da görülmüştür. Rızalar ve arkadaşlarının (2014) meme kanseri tanısı konulmuş 100 hastada, algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumları araştırılmıştır. Psikososyal uyumlarını ölçmek için kullanılan ölçek, çalışmamızdaki ölçekle aynı olmakla birlikte, algılanan sosyal destek ölçeğini belirlemek için kullanılan ölçek ise çalışmamızdaki ölçekten farklıdır. Sosyal destek ölçeğinin alt grupları güven desteği, duygusal destek ve bilgi desteği şeklinde belirtilmekte ve ölçeğin kanser hastalarına spesifik olduğu ifade edilmiştir. Buna rağmen, Rızalar ve arkadaşlarının çalışmasında yapılan istatistiksel analizde, psikososyal uyum ile algılanan sosyal destek ölçeği alt grupları arasındaki ilişkinin değerlendirildiğinde puan ortalamaları arasında negatif

yönlü olduğu görülmüştür. Ancak her bir alt gruba arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir. Sırayla bakılacak olursa Rızalar ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık bakımına uyum alt grubu ile güven desteği alt grubu arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; duygusal destek alt grubu ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı; bilgi desteği alt grubu ile arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamsız ilişki olduğu belirtilmiştir. Mesleki çevre, cinsel ilişkiler, psikolojik alan alt grupları ile sosyal destek ölçeği alt grupları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır. Mesleki çevre ve geniş aile ilişkileri alt grupları ile sadece duygusal destek alt grubu arasında negatif yönlü çok zayıf derecede anlamlı; sosyal çevre güven desteği ve duygusal destek alt grupları arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Rızalar ve arkadaşlarının çalışmasında her ne kadar farklı bir sosyal destek ölçeği kullanılmış olsa da psikososyal uyum ölçeği ile arasındaki negatif yönlü ve anlamlı çıkan ilişkiler, bize sosyal desteği yeterli olan hastaların daha iyi psikososyal uyum gösterdiğini ifade etmektedir [46]. Kocaman ve arkadaşları da çalışmamız sonucuna benzer nitelikte, hastaların sosyal desteğinin yeterli olması durumunda hastalığa psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu vurgulamışlardır [106].

Çalışmamıza katılan hastaların algılanan toplam sosyal destek puan ortalaması değerlendirildiğinde; toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması $39,68 \pm 13,94$ olarak belirlenmiş ve en fazla sosyal desteğin aileden algılandığı saptanmıştır (Çizelge 4.3). Öz'ün (2006) miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yapmış olduğu çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması yüksek ($63,64$) bulunmuş ve Öz'ün çalışmasına katılan hastaların sosyal destek düzeylerinin, çalışmamız sonucuna göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Öz'ün çalışmasında da hastaların en fazla aileden sosyal destek algılandığı belirtilmiştir [104]. Çalışmamızda, hastaların toplam psikososyal uyum puan ortalamaları ise $67,39 \pm 29,29$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.4). Çınar'ın (2009) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının toplam psikososyal uyum puan ortalamasının, çalışmamız sonucuna yakın ($68,94 \pm 14,77$); Çam ve Nehir'in (2011) miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yaptıkları çalışmalarında ise puan ortalamasının düşük ($48,51 \pm 16,57$) olduğu görülmüştür [9,38]. Swain ve arkadaşlarının (1996) meme kanseri tanısı konulmuş hastalarla yaptıkları çalışmalarında, psikososyal uyum puan ortalamasının ($51,46 \pm 9,97$) düşük olduğu, hastaların psikososyal

uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür [98]. Çalışmamızda hastaların %68,8'inin psikososyal uyumunun "kötü", %13,6'sının psikososyal uyumunun "orta", %17,6'sının psikososyal uyumunun "iyi" düzeyde olduğu saptanmıştır [105]. Çam ve arkadaşlarının (2009) meme kanseri tanısı konulmuş hastalarla yaptıkları çalışmalarında, hastaların %33'ünün psikososyal uyumunun "kötü", %40,7'sinin "orta", %26,3'ünün "iyi" düzeyde olduğu belirtilmiştir [101].

Çalışmamızda, hastaların sosyal destek ve psikososyal uyum düzeylerini etkileyen faktörlere bakıldığında; algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörlerin, cinsiyet, yaş grupları medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu, hastalık tanısı, kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim uygulanma durumu ve türü ile sorunlarla baş etme biçimi (Çizelge 4.5 ve 4.6); psikososyal uyum düzeylerini etkileyen faktörlerin ise, cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu, tıbbi tanı, başka kronik hastalık varlığı ve hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.7 ve 4.8).

Çalışmamız sonucunda, erkeklerde ve evli olanlarda algılanan sosyal desteğin ve psikososyal uyumun etkilendiği saptanmıştır (Çizelge 4.5). Riegel ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmalarında, miyokard infarktüsü geçirdikten sonraki 1-4 ay içinde kadınların erkeklere göre daha çok sosyal destek istediği ve sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu, erkeklerin daha az sosyal destek aldığı belirtilmektedir [107]. Kristofferzon ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları çalışmada ise, kadınlar ve erkekler arasında algılanan sosyal destek düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır; ancak kadınlarda, arkadaşlarından ve torunlarından algıladığı sosyal destek daha fazlayken, erkeklerde ise eşlerinden algıladığı sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür [40]. Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan 93 hastayla yaptıkları çalışmada, Şahin ve Köse'nin (2008) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) hastalarıyla yaptıkları çalışmada, Tan ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada, Pedersen ve arkadaşlarının (2004) MI geçirmiş

hastalarda yaptıkları çalışmalarda da hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir [108-111].

Hastaların cinsiyete göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde çalışma sonucunda, cinsel ilişkiler alanı dışındaki tüm puan ortalamalarının kadınlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. En olumsuz etkilenen alanın ise psikolojik alan olduğu görülmüştür. Cinsel ilişkiler alt grup puan ortalamalarının ise, erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.7). Bunun nedeni olarak, hastaların %86,8 gibi çoğunluk bir oranla evli olmasından kaynaklandığı ve bekar olan hastaların psikososyal uyum ölçeğinde cinsel ilişkiler ile ilgili olan kısma cevap vermemesi düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %48'inin kadın ve kadınların %33,6'sının ev hanımı olduğu düşünüldüğünde, kadının anne ve eş rolünü yerine getiremediği için aile çevresi; ev hanımı olduğu için mesleki çevre; duygusal oldukları için psikolojik alan; kendilerinin hasta olması durumunda kendilerine bakım verecek birileri olmadığından, sağlık bakımına uyum gibi psikososyal uyum alt gruplarının olumsuz etkilendiği, bu durumun da toplam psikososyal uyum puanına yansıdığı düşünülmektedir. Çam ve Nehir'in (2011) miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalarla yapmış oldukları çalışmada, hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır [9]. Algılanan sosyal destek kaynakları içinde en önemlisi, eş ve aile desteğidir. Literatürde özellikle eş desteğinin iyileşmeyi sağlamada önemli olduğu [112] ve evli kişilerde MI sonrası mortalitenin daha düşük olduğu [113] belirtilmektedir [112,113]. Sayers ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada, bekar hastalarda, algılanan sosyal destek düzeyinin özellikle de aileden algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır [36]. MI geçiren hastalarda sağlanan eş desteğinin hastanın hastalığa uyumunu artırdığını ve hastalığın fiziksel sınırlılıklarıyla daha kolay baş etmesine yardımcı olduğunu söylenebilir [114]. Öz'ün (2006) çalışmasında da benzer şekilde, evli olan hastaların bekar ve dul olanlara göre sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [104]. Aras ve Tel'in (2009), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) tanısı konulmuş hastalarla yaptıkları çalışmada, medeni duruma göre algılanan aile ve arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ancak algılanan aile desteğinin evlilerde daha yüksek, algılanan

arkadaş desteğinin ise bekarlarda daha yüksek, eşinden boşanmış olan hastalarda daha düşük olduğu belirlenmiştir [115]. Pedersen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada medeni durumun algılanan sosyal desteği etkilemediği belirtilmiştir [111]. Akın ve Durna'nın (2006) kalp yetersizliği olan hastalarla yapmış olduğu çalışmada; erkek hastalarda cinsel ilişkiler alanının daha fazla etkilendiği belirlenmiş olup ($t = -2,30$, $p < 0,05$), genel olarak hastalığa psikososyal uyum ve diğer alt gruplar açısından değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamış ve evli olmayan hastaların en fazla aile çevresi alanının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir [98]. Çam ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, hastaların bekar olması, eşlerinden ayrılmaları, eşlerinin ölümü gibi durumların hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Herhangi bir nedenle hastanın eşinin kaybı, sosyal destek yetersizliğine yol açmakta ve sosyal destek yetersizliği de hastaların stresle baş etmede güçlük yaşamasına neden olarak psikososyal uyumu olumsuz etkilemektedir [9]. Yıldız ve Pınar'ın (2004) miyokard infarktüsülü hastalarla yaptıkları çalışmaya göre, hastalar miyokard infarktüsü sonrasında da cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda azalma olduğu saptanmıştır [116]. Özellikle evli olan erkek hastalarda cinsel alanın daha fazla etkilenmesi, hastaların hastalığa bağlı olarak cinsel aktivite sırasında sorun yaşama korkusundan dolayı cinsel aktiviteden sakındıklarını düşündürmektedir [9]. Drory ve Gerber (2009), bu azalmanın nedeninin, psikolojik olduğunu belirtmektedir [117]. Yeni MI geçirmiş olmak ve ölüm korkusu cinsel aktiviteyi olumsuz etkilemektedir [116]. Çalışmamızda, hastaların medeni duruma göre psikososyal uyumları incelendiğinde, evli olanlarda sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek, psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.5 ve 4.7). Görüldüğü gibi çalışma sonuçları, literatürle benzerlik göstermektedir. Çam ve ark. (2009) çalışmalarında, medeni duruma göre psikososyal uyum ve alt grupları puan ortalamaları arasında fark olmadığını belirtmelerine rağmen [101], Akın ve Durna (2006) ise çalışmalarında evli olmayan hastalarda en fazla aile çevresi alanının etkilendiği saptanmıştır [98].

Çalışmamızda, yaş gruplarına göre hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ve psikososyal uyumlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Çizelge 4.5). Öz'ün (2006) miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmada, çalışmamız sonucuna benzer nitelikte, yaş grupları ile algılanan sosyal destek

düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır [104]. Özellikle yaş ve medeni durumun sosyal destek üzerinde etkili olduğu ve sosyal destek puan ortalamasını %12,4 oranında etkilediği, yaş arttıkça, sosyal destek düzeyinin azaldığı görülmüştür [98]. Sayers ve arkadaşlarının (2008) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada, yaşın algılanan sosyal destek düzeyi ile yakından ilişkili olduğu saptanmış, yaş arttıkça algılanan sosyal desteğin daha fazla olduğu belirtilmiştir [36]. Yapılan diğer 3 çalışmaya göre, MI geçiren hastalarda algılanan sosyal desteğin en fazla yaş gruplarından etkilendiği; yaş arttıkça sosyal destek düzeyinin düştüğü görülmüştür [36,118,119]. Sayers ve arkadaşlarının (2008) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada, yaşın algılanan sosyal destek düzeyi ile yakından ilişkili olduğu saptanmış, yaş arttıkça algılanan sosyal desteğin daha fazla olduğu belirtilmiştir [36]. Akın ve Durna'nın (2006) kalp yetersizliği hastalarıyla yapmış oldukları çalışma [98] ile Çam ve arkadaşlarının (2009) meme kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada [101], hastalığa psikososyal uyum alt ölçek puan ortalamaları ile hastanın yaş grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmazken; Çam ve Nehir'in (2011) miyokard infarktüsü tanısı konulmuş hastalarla yapmış oldukları çalışmada [9] özellikle erken yaşta (32-58) miyokard infarktüsü geçiren hastaların psikososyal uyumlarının 59-83 yaş grubundaki hastalara göre daha olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir [9,98,101]. Çalışmamızda, yaş gruplarına göre sosyal destek puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Psikososyal uyum ve alt grup puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmasına rağmen, yaş gruplarının puan ortalamaları arasında değişkenlik olduğu görülmüştür (Çizelge 4.5).

Çalışmamızda, algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Çizelge 4.5). Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yapmış oldukları çalışmasında [108] ve Biçer ve Bayat'ın çalışmasında (2012) diyaliz tedavisi gören hastalarla yapmış oldukları çalışmada [120], çocuk sayısı ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirtilmektedir. Ancak, koroner kalp hastalığı olan hastalarda, çocuk sayısının algılanan sosyal destek üzerine etkisini belirten bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmamızda 2 çocuğu olan ailelerde algılanan sosyal destek puan ortalamasının anlamlı bir şekilde daha yüksek, psikososyal uyumun ise

anlamli bir Őekilde daha dűŐűk olduĐu saptanmıŐtır (Őizelge 4.5 ve Őizelge 4.7). Bunun nedeni olarak,  ocuk sayısının artmasının sosyal destek kaynaklarının artmasına ve sorumluluklarının artması nedeniyle psikososyal uyumlarının daha olumsuz etkilendiĐi dűŐűnűlmektedir.

ÇalıŐmamızda, algılanan sosyal destek ile hastaların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmıŐtır (Őizelge 4.5). Biçer ve Bayat'ın diyaliz tedavisi gören hastalarla yapmıŐ olduğu çalıŐmamızın sonucuna benzer nitelikte, eğitim durumunun algılanan sosyal desteği etkilediği, eğitim durumuyla arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık olduğu saptanmıŐtır [120]. ArslantaŐ ve arkadaşlarının (2010) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yapmıŐ oldukları çalıŐmada, eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamli farklılık olduğu saptanmıŐtır [108].  z'űn (2006) MI geçiren hastalarla yapmıŐ olduğu çalıŐmada [104], Pedersen ve arkadaşlarının (2004) MI geçiren hastalarla yapmıŐ olduğu çalıŐmalarda [111] ise, eğitim durumunun algılanan sosyal desteği etkilemediği belirlenmiŐtir [104,111]. ÇalıŐmamızda da eğitim durumu ile psikososyal uyum puanı arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu saptanmıŐtır (Őizelge 4.7).  am ve ark. (2009)'nın çalıŐmasında [101], psikososyal uyum alt gruplarından sadece sosyal  evre puan ortalamasının lise/űniversite mezunu olan hastalarda anlamli olarak dűŐűk olduğu saptanmıŐken, Rockwell ve Riegel (2001) [121] ile Akın ve Durna (2006)'nın kalp yetmezliği olan hastalarla yaptıkları çalıŐmalarında [98], eğitim seviyesinin psikososyal uyum ile iliŐkili olduğunu, eğitim dűzeyinin arttıkça psikososyal uyumun da arttığını belirtmiŐlerdir [98,101,121].

ÇalıŐmamızda, algılanan sosyal destek ile hastaların çalıŐma statűleri arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmıŐtır (Őizelge 4.5).  z'űn (2006) tez çalıŐmasında ise, çalıŐma statűsűnűn çalıŐmamız sonucundan farklı olarak, algılanan sosyal desteĐi etkilemediĐi belirtilmiŐtir [104]. ÇalıŐma statűleri ve hastalıĐa iliŐkin özelliklerin psikososyal uyuma olan etkisini inceleyen herhangi bir çalıŐmaya ulaŐılmamıŐtır. ÇalıŐmamızda, algılanan sosyal desteĐi etkileyen bir diĐer faktör, tıbbi tanı olarak belirlenmiŐtir. Miyokard infarktűsű tanısı ile izlenen hastalarda algılanan sosyal destek puan ortalamasının anlamli bir Őekilde daha yűksek olduĐu saptanmıŐtır (Őizelge 4.6). Tıbbi tanının algılanan sosyal desteĐi

etkileme durumuna göre literatürde yapılan bir çalışmaya ulaşılamamasıyla birlikte, bu sonucun hastaların çoğunluğunun (%64,8) miyokard infarktüsü tanısı ile takip edilmesinin payının olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, başka kronik hastalık olma durumu ve cerrahi girişim uygulanma türü ve cerrahi girişim türüne göre algılanan sosyal desteğin anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Çizelge 4.6). Ayrıca çalışmamızda, hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinden olan tıbbi tanı, başka kronik hastalık varlığı ve hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumlarının psikososyal uyum puan ortalamasını anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir (Çizelge 4.8). Literatürde, koroner kalp hastalığı olan hastaların hastalıkla ilişkili özelliklerinin algılanan sosyal desteğe olan etkisini inceleyen çok az sayıda araştırmaya ulaşılmakla birlikte sonucumuzu destekler nitelikte ulaşılan tek bir çalışma olan Öz'ün tez çalışmasında uygulanan cerrahi girişim türünün algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmiştir [104]. Hastada başka kronik hastalıkların olması; aile üyelerinde hastanın yaşam süresi ile ilgili anksiyetenin artmasına, hastaların özellikle aile ve mesleki çevresinin olumsuz etkileneceği düşüncesiyle yakınlarıyla daha çok etkileşim ve iletişim içinde olmasına, böylece birbirlerine daha çok zaman ayırmalarına katkıda bulunarak algılanan sosyal desteğin ve psikososyal uyumun daha iyi olduğu düşünülmüştür. Ancak, hastaların yarısından fazlasının (%64,8) MI olması, hastaların %88,8'inin hastalık tanısının henüz çok yeni olması (1-12 ay arası) nedeniyle hastalarda oluşacak psikososyal tepkilerin hastalığın tanısının yeni konulduğu dönemde daha fazla olması gibi faktörlerin uyumu olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle, özellikle tanının yeni konulduğu dönemde, hastanın hastalık ve tedavi hakkında herhangi bir bilgi almamış olması ve belirsizlikle karşı karşıya kalması hastada anksiyete oluşturmakta ve hastalığa yönelik olarak daha çok psikososyal tepkilerini artırmalarına neden olarak uyumunu zorlaştırmaktadır. Bunlar göz önüne alındığında, tanının konulduğu ilk dönemlerde hastaya hastalık ve tedavi hakkında bilgi vermek oldukça önemlidir.

Sonuç olarak, araştırma kapsamında yer alan örneklem grubunda, aileden algılanan sosyal desteği; cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu, tıbbi tanı, başka kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim, cerrahi

girişim türü ve sorunlarla başetme yöntemleri gibi faktörlerin; psikososyal uyumu cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu bireyler, tıbbi tanı, başka kronik hastalık varlığı, uygulanan cerrahi girişim ve hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu gibi faktörlerin etkilediği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumu değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler: (Çizelge 4.5 ve Çizelge 4.6)

Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde,

- Hastaların aileden algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu ve bakım verdiği kişiler; Hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı süreleri, ailede KKH öyküsü, başka kronik hastalık varlığı, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı, tanı süreleri, başka kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü, cerrahi girişim varlığı, uygulanan cerrahi girişim ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Hastaların, aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması en yüksek, özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalaması ise en düşüktür. Hastalar en fazla ailelerinden destek almaktadır.

- Hastaların toplam algılanan sosyal destek düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı, başka kronik hastalık olma durumu, cerrahi girişim uygulanma durumu, uygulanan cerrahi girişim türü ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler: (Çizelge 4.7 ve Çizelge 4.8)

- Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde, hastaların sağlık bakımına uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu ve bakım verdiği kişiler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı, tanı süreleri, ailede KKH öyküsü olma durumu, başka kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim uygulanma durumu, uygulanan cerrahi girişim türü, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların mesleki çevre uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu ve bakımından sorumlu olduğu bireyler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı süreleri, başka kronik hastalık varlığı, uygulanan cerrahi girişim türü, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların aile çevresi uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu ve bakımından sorumlu olduğu bireyler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan

- tanı, başka kronik hastalık varlığı, uygulanan cerrahi girişim türü ve hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların cinsel ilişkiler uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan yaş grupları, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler ve bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı süreleri, ailede KKH öyküsü olma durumu, başka kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim uygulanma durumu, uygulanan cerrahi girişim, tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların geniş aile ilişkileri uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer ve bakımından sorumlu olduğu bireyler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı, kronik hastalık varlığı, bulunan diğer kronik hastalıklar, uygulanan cerrahi girişim türü, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların sosyal çevre uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer ve bakımından sorumlu olduğu kişiler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı, tanı süreleri, kronik hastalık varlığı, bulunan diğer kronik hastalıklar, cerrahi girişim uygulanma durumu, uygulanan cerrahi girişim türü, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre farklılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların psikolojik alan uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu ve bakımından sorumlu olduğu kişiler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı,

- Ailede KKH öyküsü olma durumu, kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim uygulanma durumu, uygulanan cerrahi girişim türü, hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumu ve sorunlarla baş etme yöntemlerine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastalığa psikososyal uyum alt grupları içinde; sosyal çevre puan ortalaması en yüksek iken, geniş aile ilişkileri puan ortalaması en düşüktür. En fazla olumsuz etkilenen alanın sosyal çevre olduğu saptanmıştır. Hastaların en iyi uyum gösterdiği alanın geniş aile ilişkileri alanı olduğu saptanmıştır.
- Hastaların toplam psikososyal uyum düzeyi; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma statüsü, birlikte yaşadığı kişiler, bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu ve bakım verdiği bireyler; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tanı, kronik hastalık varlığı, uygulanan cerrahi girişim türü ve hastalık/tedavi hakkında bilgi alma durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Toplam psikososyal uyum düzeyi açısından değerlendirme yapıldığında, puan ortalaması 51'in üzerinde olduğu için hastaların psikososyal uyumunun kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki (Çizelge 4.9)

- Hastaların algılanan sosyal destek ve hastalığa psikososyal uyum düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların toplam psikososyal uyum puan ortalamaları ile toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Alt gruplar arasında da negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.
- Toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile toplam psikososyal uyum puan ortalaması arasındaki negatif yönlü ilişkiden dolayı çalışmamızda,

- hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça psikososyal uyum puan ortalamasının azaldığı yani psikososyal uyum düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür.

Hastaların sosyal destek düzeyi iyi olduğu ölçüde psikososyal uyum düzeyleri de o ölçüde iyi olmaktadır. Bu nedenle;

- Aileden algılanan sosyal desteği daha fazla olan hastaların psikososyal uyum düzeyleri daha iyi olduğundan hastaların yeterli aile desteğinin sağlanması
- Hastaların hastaneye kabulünden taburculuk sonrasına kadar hastalıkla yaşamaya hazırlamak için hasta ile bireysel ve grup görüşmelerinin yapılması ve gereksinimine göre bu görüşmelerin sürdürülmesi
- Arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyini artırmak için destek gruplarının oluşturulması ve grup etkinlikleri planlanması
- Destek gruplarının sürdürülmesi, gruplarla iletişim halinde olunması
- Özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyinin sabit olması nedeniyle değerlendirme yapılamadığından, hastaların yanında ailesi dışında özel bir insan bulunması konusunda girişimlerin yapılması (akraba desteği sağlanması, doktor/hemşire desteği gibi)
- Psikososyal uyum alt ölçek grubunda cinsel ilişkiler alanında ortaya çıkan uyum sorunları için kendilerini ifade etmelerinin sağlanması, cinsel sorunlarının ele alınması ve bu konuda araştırmalar yapılması
- Hastaların en olumsuz yönde etkilenen psikososyal uyum alanları sosyal çevre ve psikolojik alan olduğundan, hastaların grup etkinliklerine katılmaları, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin sağlanması
- Hemşirelerin sosyal destek konusunda farkındalıklarının sağlanması, bilgilendirilmeleri ve bu konuya yönelik hizmetiçi eğitim planlanması
- Konu ile ilgili yeterli literatür olmadığından bu konuda ve daha geniş örneklem grubunda çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Güneş, Z., Öner, H. (2009). Kronik hastalığı olan bireylerin aileden algıladıkları sosyal destek ve ümitsizlik durumları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 24-31.
2. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., ve Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(3), 209-216.
3. İncirkuş, K., Nahcivan, N.Ö. (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 102-109.
4. Kalender, N., Çiçek, H.S. (2014). Kronik hastalıkların yönetimindeki engeller. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 6(1), 46-53.
5. Kılıç, M. (2011). Kronik hastalıkların önlenmesinde birincil yaklaşım: Tarama testleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(2), 64-68.
6. Kılıç, M., Çetinkaya, F. (2012). Yozgat il merkezinde çalışan sağlık çalışanlarında kronik hastalıklar açısından önde gelen riskli durum ve davranışların prevalansı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(5), 1343-1353.
7. Zengin, N., Yıldız, H., ve Akıncı, A.Ç. (2012). Öğrenci hemşirelerin kronik hastalıkların bakımı konusunda düşünceleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2(2), 105-110.
8. World Health Organization (WHO). (2011). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 1st ed. Geneva: WHO Press; p. 9-193.
9. Çam, O., Nehir, S. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(2), 47-59.
10. Durusoy, E., Yıldırım, T., ve Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 13-18.
11. Komsuğlu, B. (Editör). (2004). *Klinik Kardiyoloji*, Kocaeli: Nobel Tıp Kitapevleri, 511-520.
12. Kuru, N., Piyal, B. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'ne başvuran koroner arter hastalığı tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 11(3), 287-298.
13. Kalra, S., Narain, S., Karki, P., Ansari, J.A., Ranabhat, K., and Basnet, N. (2011). Prevalance of risk factors for coronary artery disease in the community in Eastern Nepal- A pilot study. *Journal of the Association of Physicians of India*, 59, 1-2.

14. British Heart Foundation. (2012). Coronary heart disease statistics: A compendium of health statistics 2012 edition. October, 2012. (No 225971). London, 14-208.
15. European Cardiovascular Disease Statistics. (2012). *Mortality*. European Heart Network, September 2012. (No.16416/93). Belgium: 10-34.
16. American Heart Association. (2012). Heart disease and stroke statistics- 2012 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 125, e2-e220.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2011). Mortality. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 3-18.
18. Ergör, G. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması: Giriş., B. ÜNAL ve G. ERGÖR. (Editörler). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Anıl Matbaacılık, s. 3-5.
19. Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
20. Türkiye İstatistik Yıllığı 2012. (2013). Sağlık. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu, 96-116.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. (2013). Mortality, Morbidity. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 3-31.
22. Albus, C. (2010). Psychosocial and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42, 487-494.
23. André-Petersson, L., Engström, G., Hedblad, B., Janzon, L., and Rosvall, M. (2007). Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Social Science & Medicine*, 64, 830–841.
24. Angerer, P., Siebert, U., Kothny, W., Muhlbauer, D., Mudra, H., and Von Schacky, C. (2000). Impact of social support, cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(6), 1781–1788.
25. Bunker, S., Colquhoun, D., Esler, M., Hickie, I., Hunt, D., Jelinek, V., Oldenburg, B., Peach, H., Ruth, D., Tennant, C., and Tonkin, A. (2003). “Stress” and coronary heart disease: Psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 272–276.
26. Christenfeld, N., Gerin, W. (2000). Social support and cardiovascular reactivity. *Biomed & Pharmacother*, 54, 251-257.

27. Eng, P., Rimm, E., Fitzmaurice, G., and Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), 700–709.
28. Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., and Bourassa, M. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101(16), 1919-1924.
29. Kuper, H., Adami, H.O., Theorell, T., and Weider, E. (2006). Psychosocial determinants of coronary heart disease in middle-aged women: A prospective study in Sweden. *American Journal of Epidemiology*, 164(4), 349-357.
30. Rosengren, A., Wilhelmsen, L., and Orth-Gomér. (2004). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men. A 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal*, 25, 56–63.
31. Strike, P.C., Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(4), 337-347.
32. Tennant, C. (1999). Life stress, social support and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 636-641.
33. Türkmen, S.N., Çam, M.O. (2012). Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 3(3), 105-115.
34. Khorshid, L., Arslan, G.G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.
35. Luttik, M.L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman R., and Van Veldhuisen, DJ. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162-169.
36. Sayers, S.L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J.C., and Samaha, F.F.(2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine* 35, 70-79.
37. Yılmaz, E.B., Ergun, A. (2010). Kalp Yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(3), 1-10.
38. Çınar, S. (2009). Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 12-18.
39. Bramwell, L. (1990). Social support in cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 7-13.

40. Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., and Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung*, 34(1), 39-50.
41. Rodeman, B.J., Conn, V.S., and Rose, S. (1995). Myocardial infarction survivors: Social support and self-care behaviors. *Rehabilitation and Nursing Research*, 4, 58-63.
42. Ayraller, A., Akan, H., Kaspar, Ç., Saper, S.H., Çağlar, İ.M., Türeli, H.O. ve Karakaya, O. (2012). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların kardiyak risk faktörleri ile ilgili önerilere uyumları. *Journal of Academic Research in Medicine*, 2, 59-63.
43. Sarı, D., Khorshid, L., Eşer, İ. (2011). Hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(2), 1-9.
44. Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V. (1999). Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: the contribution of salutogenic and pathogenic variables. Israel study group on first acute myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(7), 811-818.
45. Whittemore, R., D'Eramo, M.G., Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 195-203.
46. Rızalar, S., Özbaş, A., Akyolcu, N., Güngör, B. (2014). Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(8), 3429-3434.
47. Kelleci, M., Ata, E.E. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 2(3), 105-110.
48. Mujapara, A.K., Gupta, G., Gupta, N., Trivedi, S., Patil, P., Gupta, M., Jhadav, A., Vamsi, K.K., Khairnar, Y., Boraste, A.G. and Joshi, B. (2009). Factors affecting coronary arterial disease, comparative study in male vs. female. *International Journal of Pharmaceuticals Analysis*, 1(2), 37-39.
49. Keçebaş, M., Beşli, F., Alişir, M.F., ve Aydınlar, A. (2012). Koroner arter hastalarında koroner kollateral gelişiminin risk faktörleri ile arasındaki ilişki. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(3), 173-177.
50. Aygün, F., Ural, E. (2013). Koroner arter hastalığının tanısı ve sınıflandırılması., Ö. Kozan (Editör). *Temel Kardiyoloji El Kitabı*. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri, s. 213-222.
51. Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve hemşirelik, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 68-75.
52. Rubenfire, M., Bates, E. (2007). Koroner arter hastalığının primer önlenmesi. İ. Keleş. (Editör). *Pratik Kardiyoloji*. Birinci baskı. İstanbul. Medikal Yayıncılık, s. 88-109.

53. Solak, H., Solak, M.T., Görmüş, N., ve Görmüş, I.S. (2010). *Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi* (İkinci Baskı). Ankara: Efil Yayınevi, 5-12.
- Buğan, B., Çelik, T. (2014). Risk factors for coronary artery disease. *Journal Of Clinical and Analytical Medicine*, 5(2), 159-163.
54. Buğan, B., Çelik, T. (2014). Risk factors for coronary artery disease. *Journal Of Clinical and Analytical Medicine*, 5(2), 159-163.
55. Akdemir, N., Akyar, İ. (2008). Aterosklerotik kalp hastalıklarından korunma ve hemşirenin sorumlulukları. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(3), 125-130.
56. Libby, P., Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation*, 111: 3481-3488.
57. Allison, T. (2008). Koroner Kalp Hastalığı Epidemiyoloji. Ç. Erol (Editör). *Mayo clinic cardiology concise textbook*. Üçüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri, s. 687-693.
58. Crea, F., Camici, P.G., Caterina, R.D. and Lanza, AA. (2007). Kronik iskemik kalp hastalığı., In J. Camm., T.F., Lüscher and P.W., Serruys (Eds.), *ESC Textbook Kardiyovasküler Hastalıklar*. İstanbul: CSA Global Publishing: pp. 391-419.
59. Chen, F.C., Brozovich, F.V. (2008). Kronik kararlı angina. Ç. Erol (Editör). *Mayo clinic cardiology concise textbook*. Üçüncü Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri, s.795-806.
60. Fuster, V. (2006). Ateroskleroz, tromboz ve damar biyolojisi., L. Goldman ve L. Ausiello (Editörler)., S. Ünal (Çeviri editörü). *Cecil textbook of medicine*. Yirmi İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitapevi, s. 383-388.
61. Gündüz, H. ve Arınç, H. (2010). Kardiyovasküler hastalıklar., Kumar, P. ve Clark, M. (Editörler). *Clinical Medicine*. Birinci Baskı, İstanbul. Medikal Yayıncılık, s. 725-871.
62. Lange, R.A., Hillis L.D. (2008). Koroner arter hastalığı., Andreoli, T.E. (Baş Editör), S. Mıstık (Çeviri Editörü), *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine*. Yedinci Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, s. 97-117.
63. Morrow, D.A., Gersh, B.J. (2008). Chronic coronary artery disease. In Libby, P.B., Mann, D.L, Zipes, D.P (Eds.). *Braunwald's heart disease a textbook of cardiovascular medicine*, USA, Elsevier Saunders: pp.1353-1401.
64. Newby, D.E., Grubb, N.R., and Bradbury, A. (2010). Cardiovascular Disease. In N.R. Colledge, B.R. Walker, S.H. Ralston (Eds). *Davidson's Principles & Practise Of Medicine*. Yirmi Birinci Baskı, Çin, Churchill Livingstone Elsevier, pp. 521-598.
65. Nişancı, Y. (2007). Angina pectoris., K. Büyüköztürk. (Editör). *İç Hastalıkları*. İkinci Cilt. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri, s. 1915-1939.

66. Stouffer, G.A. (2009). Angina pectoris. In M.S. Runge and M.A. Greganti, *Netter Internal Medicine*. Icon Learning Systems, pp. 84-91.
67. Ellis, K., Kapadia, S.R. (2007). Stabil angina. In B.P. Griffin and E.J. Topol. *Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı*. Ankara. Güneş Tıp Kitapevi s. 74-92.
68. Bitigen, A., Yaymacı, B. (2013). Angina pektoris tanımı, sınıflandırması ve ayırıcı tanısı., Ö. Kozan (Editör). *Temel Kardiyoloji El Kitabı*. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri, s. 207-211.
69. Darrah, S., Ohman, E.M. (2009). Myocardial infarction. In M.S. Runge and M.A. Greganti, *Netter Internal Medicine*. Icon Learning Systems, pp. 156-166.
70. Eker, D., Arkar, H., ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
71. Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., and Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
72. Shumaker, S.A., Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
73. Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 113(2), 187-202.
74. Jung, J. (1987). Toward a social psychology of social support. *Basic and Applied Social Psychology*, 8(1,2), 57-83.
75. Flaherty, J., Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science & Medicine*, 28(12), 1221-1228.
76. Lepore, S.J., Evans, G.W., and Schneider, M.K. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 899-909.
77. Winemiller, D.R., Mitchell, E., Sutliff, J., Cline, D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(5), 638-648.
78. Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 101(34), 45-55.
79. Kef, S. (1997). The Personel networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91, 236-244.
80. Heller, K.R.W., Swindle, L.D. (1986). Component social support process: comment and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 466-470.

81. Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stres, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
82. Barrera, M.Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
83. Baron, R.S., Cutrona, C.E., Hicklin, D. Russell, D.W. and Lubaroff, D.M. (1990). Social support and immune function among spouse of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 344–352.
84. Sorias O.(1988). Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 353-357.
85. Hendryx, M., Green, C.A., Perrin, N.A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36, 320-329.
86. Aktaş, A., Sertel-Berk, H.Ö. (2012). Verilen sosyal destek ölçeğinin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 32(2), 71-84.
87. Gençöz, T., Astan, G. (2006). Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 203-208.
88. Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi, 10-38.
89. Kaçmaz, N. (2003). *Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabaları*. Yayınlanmamış Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
90. Koptagel-İlal G. (1996). Uyum Duyusu Sağlık ve Hastalıktaki Rolü. *IV Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Kongresi Kitabı*, 128-136.
91. Öyke, N. (2008). *Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
92. Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3), 151-160.
93. Adaylar, M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
94. Göz, F., Karaöz, S., Göz, M., Ekiz, S., ve Çetin, I. (2007). Effects of the diabetics patients' perceived social support on their Quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353-1360.
95. Piwanko, M.A., Merino, J.M. (1999). A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26, 298–305.

96. Willoughby, D.F., Kee, C., Demi, A. (2000). Women's psychosocial adjustment to diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1422-1430.
97. Livneh, H., Wilson, L. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(4), 194-206.
98. Akin, S., Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8
99. Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-8.
100. Derogatis, L.R. (1986). The Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.
101. Çam, O., Saka, Ş., ve Gümüş, A.B. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 73-81.
102. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., and Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
103. Zimet, G.D., Powell, S.S. Farley, G.K., and Werkman, S. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 610-617.
104. Öz, H. (2006). *Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda umut, moral ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
105. Swain, S.M., Rowland, J., Weinfurt, K., Berg, C., Lippman, M.E., Walton, L. (1996). Intensive outpatient adjuvant therapy for breast cancer: results of dose escalation and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 14(5), 1565-1572.
106. Kocaman, N., Kutlu, Y., Özkan M., ve Özkan, S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*, 6(3), 6-16.
107. Riegel, B., Gocka, I. (1995). Gender-Related differences after myocardial infarction: gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 24(6), 457-466.
108. Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.
109. Şahin, Z. A., Kose, S. (2008). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında (KOA) umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Dahili Tıp Bilimleri*, 164-171.

110. Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., ve Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 32-39.
111. Pedersen, S.S., Theodoor, R., and Larsen, M.L. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 313-318.
112. Helgeson, V.S. (1991). The effects of masculinity and social support on recovery from myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 53(6), 621-633.
113. Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C., and Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 267(4), 559-560.
114. Ben-Sira, Z., Eliezer, R. (1990). The structure of readjustment after heart attack. *Social Science & Medicine*, 30(5), 523-536.
115. Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10, 63-68.
116. Yıldız, H., Pınar, R. (2004). Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4(4), 309-317.
117. Drory, Y., Gerber, Y. (2009). Prospective cohort study of patients with a first acute myocardial infarction in Israel: study description, *Aug*, 148(8), 507-10, 573.
118. Conn, V.S., Taylor, S.G., and Abele, P.B. (1991). Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1026-1034.
119. Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1351-1360.
120. Biçer, S., Bayat, M. (2012). Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19), 1-21.
121. Rockwell, J.M., Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 30(1), 18-25.

EKLER

EK-1. Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzin Yazısı


 T.C.
 GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
 Tıp Fakültesi Dekanlığı
 Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
 Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: 55498500/288
 Konu: Tuğba Karataş hk.

11/10/2013

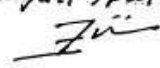
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
 SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
 GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi:10/10/2013 tarih 90005124.300/4220 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Tuğba KARATAŞ'ın tez çalışması dosyası Etik Kurul tarafından onaylandıktan sonra uygundur.Gereği bilgilerinize arz olunur.

Saygılarımla.


 Prof.Dr.N.Bülent BOYACI
 Kardiyoloji Anabilim Dalı
 Başkanı

GAZİ HASTANE
 BAŞHEKİMLİĞİ
 Tarih: 11.10.2013
 Sayı: 9440
 İmza: 

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ ANKARA
 Tel: 0 312 202 69 70 Faks: 0 312 222 46 47 , <http://www.medgazi.edu.tr>

EK-1. (devam)Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzin Yazısı



T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 90005124 / 4373
Konu : Tuğba KARATAŞ hk.

21.10.2013

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ: 27.09.2013 tarih ve 2721 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile bildirilen, Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba KARATAŞ'ın tez çalışmasının, Hastanemiz Kardiyoloji Polikliniğinde yapılması; Etik Kurul onayı alınması dahilinde uygun bulunmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Zekeriya ÜLGER
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

21.10.2013 Bilg.İşlt. : M.YILMAZ
25.10.2013 Hast.Müd. : E.ASA

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
e-mail: hastane_halkla_iliskiler@gazi.edu.tr

Tel : 0 312 202 44 44
Fax : 0 312 223 05 28
Randevu : 444 48 48

EK-2. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 25901600 - 7587
Konu: Toplantı Kararları

27/11/2013

Sayın *Prof. Dr. Hatice Başoğlu*
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11 Kasım 2013 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

[Signature]
Prof. Dr. Cengiz Bekir DEMİREL
Dekan Yardımcısı

EK-1 Etik Kurul kararı (1 sayfa)

EK-2. (devam) Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
	TELEFON	0312 202 69 58
	FAKS	0312 202 46 73
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Hatice BOSTANOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket Çalışmaları- Yüksek Lisans Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐
		ULUSAL	☐	ULUSLARARASI	☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐				
	DİĞER	☐				

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 193	Toplantı tarihi: 11.11.2013
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü.Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Canan ULUOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr.Cemal GÜVERCİN BAŞKAN YARD.	Tıp Etiği	Y.mah. Prof.Dr. Yunus Müftü AÇS/AP Merk.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

EK-2. (devam) Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Sefer Aykan</i>
Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Mehmet Akif Öztürk</i>
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Elvan İşeri</i>
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Arzu Bakırtaş</i>
Prof.Dr.Nilüfer TURAN DURAL ÜYE	Farmakoloji A.D	G.Ü.E.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Nilüfer Turan Dural</i>
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Hakan Kayır</i>
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Mustafa Arslan</i>
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları AD.	H.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Arzu Buzkiran Kaya</i>
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Emine Şeker</i>

* :Araştırma ile İlişki
 ** :Toplantıda Bulunma

Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR” İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: **Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum**

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU

Diğer Araştırmacıların Adı: Tuğba KARATAŞ

Destekleyici (varsa):

“Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde Koroner Kalp Hastalığı (KKH)’nın görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Araştırmanın amacı; koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumun incelenmesidir. Araştırma tek merkezli olarak planlanmaktadır. Araştırmaya, kriterlere uyan ve katılmaya gönüllü olan 250 hasta alınması düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin

çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından tedavi planınız aynen devam edecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışma için size birkaç sorudan oluşan anket formu ile 2 ölçek uygulanacaktır. Ölçeklerden biri algıladığınız sosyal desteği belirlemeye, diğeri ise psikososyal uyumunuzu ölçmeye yöneliktir. Anket formu ve ölçeklerde yer alan sorulara verdiğiniz yanıtlar doğrultusunda veri analizi yapılacaktır. Bu nedenle sizden beklenen, anket formu ve ölçeklerde yer alan sorulara tam ve doğru yanıtlar vermenizdir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Bu çalışmanın sizin için maddi/manevi herhangi bir zararı ya da riski bulunmamaktadır.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Anket formu ve ölçeklerde yer alan sorulara verdiğiniz yanıtlar bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi Koroner Kalp Hastaları için de sosyal destek ve psikososyal uyum önem taşımaktadır. Bu çalışma da önemli olan bu iki kavrama hemşirelerin dikkatinin çekilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Böylece hemşirelerin bakım verirken hastaların sadece fiziksel yönünü değil psikososyal yönünün de ele alması gerektiğinin önemi bir kez daha vurgulanmış olacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışmada, kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Tuğba KARATAŞ

GÖREVİ : Arş. Gör

TELEFON : 216 26 56

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Kardiyoloji polikliniğinde Arş.Gör. Tuğba KARATAŞ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları*

zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş.Gör. Tuğba KARATAŞ, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 216 26 56 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek-4. Anket Formu

**Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve
Psikososyal Uyum Anket Formu**

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:

1. () Kadın 2. () Erkek

2. Yaşınız:.....

3. Eğitim durumunuz Nedir?

1. () Okur-Yazar
2. () İlkokul
3. () Ortaokul
4. () Lise
5. () Üniversite Ve Üzeri

4. Medeni durumunuz Nedir ?

1. () Evli
2. () Bekar
3. () Dul

5. Kaç çocuğunuz bulunmaktadır?

1. () Yok
2. () 1
3. () 2
4. () 3 ve üzeri

6. Çalışma durumunuz Nedir ?

1. () Tam Gün Çalışıyorum
2. () Yarım Gün Ya da Belli Saatlerde Çalışıyorum
3. () Çalışmıyorum

7. İş-Mesleki statünüz Nedir ?

1. () Memur
2. () İşçi
3. () Serbest Meslek
4. () Ev hanımı
5. () Emekli

8. Kiminle birlikte yaşamaktasınız ?

1. () Evde Yalnız
2. () Eşimle
3. () Eşim Ve çocuklar
4. () Diğer Aile Üyeleri (Anne, Baba, Kardeşler, Gelin,Torun v.b.)

9. Nerede yaşıyorsunuz?

1. () İl
2. () İlçe
3. () Köy

Bu bölümde hastaların hastalığına ilişkin tanıtıcı özelliklerini içeren sorular yer almaktadır.

10. Hastalığınızın tanısı nedir?

.....

11.Tanınız ne zaman konuldu? (Ay olarak)

.....

12. Ailenizde ya da akrabalarınızda Koroner Kalp Hastalığı olan var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

13. Bakımından sorumlu olduğunuz kişi/kişiler var mı?

1. () Evet (Belirtiniz.....)
2. () Hayır

14. Başka kronik hastalığınız var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

15. Başka kronik hastalığınız varsa belirtiniz.....

16. Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

17. Hastalığınız süresince yapılan herhangi bir cerrahi girişim (stent takılma, by-pass vb..) oldu mu?

1. () Evet
2. () Hayır

18. Bir önceki soruya cevabınız evet ise hangi cerrahi girişim uygulandı?

1. () Stent
2. () Bypass
3. () Anjio
4. () PTCA

19. Hastalığınız hakkında bilgi aldınız mı?

1. () Evet (Açıklayınız)
2. () Hayır

20. Tedavi hakkında bilgi aldınız mı?

1. () Evet (Açıklayınız)
2. () Hayır

21. Herhangi bir sorunuz olduğu zaman nasıl baş edersiniz?

1. () Ailemle konuşurum
2. () Arkadaşlarımla konuşurum
3. () Kendi kendime çözerim
4. () Doktor ya da hemşire ile konuşurum
5. () Hiç bir şey yapmam

Ek-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek-6. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda çocuklarınızın ya da akrabalarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (X) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumuna en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastaneye yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. **Evli olmadığınız, bir aileniz olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın.** Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

II.BÖLÜMDE; çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu

açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev hanımıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

BÖLÜM-I

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?
 - a) Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim
 - b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
 - c) Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
 - d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.
2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.
 - a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
 - b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
 - c) Hastalığının bakım ve korunması için yaptığım çok şey var.
 - d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.
3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?
 - a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
 - b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
 - c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
 - d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?
- a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
 - b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
 - c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
 - d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.
5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.
- a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
 - b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğim ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.
 - c) Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
 - d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.
6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.
- a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
 - b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
 - c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
 - d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.
- a) Doktorum ve tıbbi personelden tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
 - b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
 - c) Tedavim çok tatsız, bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
 - d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye değeceğine emin değilim.
8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.
- a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
 - b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
 - c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
 - d) Tedavimle ilgili her şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?
- a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
 - b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler
 - c) Bazı ciddi sorunlar var.
 - d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?
 - a) Kötü durumda
 - b) Pek iyi değil
 - c) Yeterli
 - d) Çok iyi
3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?
 - a) 3 gün ve daha az
 - b) Bir hafta
 - c) İki hafta
 - d) İki haftadan daha çok
4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?
 - a) Şu an hiç önemli değil
 - b) Oldukça az bir öneme sahip
 - c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
 - d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi
5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?
 - a) Amaçlarım değişmez
 - b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
 - c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti
 - d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim
6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış gözlediniz mi?
 - a) Sorunlarda büyük artış var
 - b) Sorunlarda orta derecede bir artış var
 - c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
 - d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
 - a) İyi
 - b) Fena değil
 - c) Kötü
 - d) Çok kötü
2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?
 - a) Çok kötü
 - b) Kötü
 - c) Fena değil
 - d) İyi
3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?
 - a) Bir engelleme olmadı
 - b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
 - c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları üstesinden gelinebilecek gibi değil
 - d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.
4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?
 - a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
 - b) Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
 - c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
 - d) Bu konuda bir sorun yok
5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?
 - a) İletişimde bir azalma yok
 - b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
 - c) İletişimde bir azalma, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
 - d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?
- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
 - b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
 - c) Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
 - d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var
7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?
- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
 - b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
 - c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
 - d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
8. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?
- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntıları var
 - b) Orta derecede maddi problemlerim var
 - c) Çok az maddi problemim var
 - d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?
- a) İlişkinizde herhangi bir değişiklik olmadı
 - b) Hastalanmadan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
 - c) Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
 - d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?
 - a) Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
 - b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
 - c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
 - d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.
3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?
 - a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
 - b) Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var
 - c) Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var
 - d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu
4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?
 - a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
 - b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
 - c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
 - d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok
5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olması da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?
 - a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
 - b) Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var
 - c) Önemli cinsel problemlerim var
 - d) Cinsellikten tamamen koptum.
6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ne derecede?
 - a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
 - b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
 - c) Bazı farklılıklar var
 - d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?
 - a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
 - b) Görüşmeler biraz azaldı
 - c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
 - d) Hastalık süresince hiç görüşmedik
2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?
 - a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
 - b) Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı
 - c) İlgim bir parça azaldı
 - d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı
3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?
 - a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
 - b) Yeterince yardım oluyorlar
 - c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
 - d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.
4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?
 - a) Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu
 - b) Bağılılığım önemli ölçüde azaldı
 - c) Bağılılığım biraz azaldı
 - d) Bağılılığım yoktu veya çok azdı, bu bağılılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

BÖLÜM VI

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) Hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da hiç yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatlar, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiçbir katılımım yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?
(sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)
- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
 - b) Eskisine göre biraz daha az
 - c) Eskisine göre önemli ölçüde az
 - d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı
6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?
- a) Katılımım çok az, ya da yok
 - b) Katılımım önemli, ölçüde azaldı
 - c) Katılımım biraz azaldı
 - d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

BÖLÜM VII

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?
- a) Olmadı
 - b) Çok az
 - c) Oldukça fazla
 - d) Aşırı derecede
2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilginiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?
- a) Aşırı derecede
 - b) Oldukça fazla
 - c) Çok az
 - d) Olmadı
3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?
- a) Olmadı
 - b) Çok az oldu
 - c) Oldukça fazla
 - d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz, ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?
- a) Aşırı derecede
 - b) Oldukça fazla
 - c) Çok az
 - d) Olmadı
5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?
- a) Olmadı
 - b) Çok az
 - c) Oldukça fazla
 - d) Aşırı derecede
6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?
- a) Aşırı derecede
 - b) Oldukça fazla
 - c) Çok az
 - d) Olmadı
7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?
- a) Olmadı
 - b) Çok az
 - c) Oldukça fazla
 - d) Aşırı derecede

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KARATAŞ, Tuğba
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 11/11/1986 Ovakent/Ödemiş
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0 (312) 216 26 55
 e-posta : tugbakaratas@gazi.edu.tr



Eğitim Derecesi

Okul/Program

Mezuniyet Yılı

Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam ediyor
	Dokuz Eylül Üniversitesi/Hemşirelik Anabilim Dalı	2010
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	İzmir Atatürk Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi, Yıl

Çalıştığı Yer

Görev

2012-devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2009-2012	Ege Üniversitesi	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce

Yayın

Karataş, T., Mete, S. (2012). Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi, 5(2), 47-52. (Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi)



GAZİ GELECEKTİR..