



**KALP HASTALIĞI OLAN YAŞLI EBEVEYNE SAHİP
AİLELERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK,
UMUTSUZLUK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammed DOĞAN
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**KALP HASTALIĞI OLAN YAŞLI EBEVEYNE SAHİP
AİLELERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK,
UMUTSUZLUK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammed DOĞAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yaşlılık Kavramı.....	5
2.1.1. Yaşlılık Kavramı ve Özellikleri.....	5
2.2. Kalp Hastalıkları	6
2.2.1. Kalp Anatomisi	6
2.2.2. Kardiyovasküler Hastalıklarının Sınıflandırılması	8
2.2.2.1. Koroner Kalp Hastalığı	8
2.2.2.2. Kalp Kapak Hastalıkları.....	11
2.2.2.3. Kalp Yetmezliği.....	12
2.2.2.4. Konjenital (Doğuştan) Kap Hastalıkları	13
2.2.3. Kalp ve Damar Hastalıkları ve Risk Faktörleri	13
2.3. Algılanan Sosyal Destek.....	15
2.3.1. Sosyal Destek Kavramı.....	15
2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları ve Sosyal Desteğin Boyutları	18
2.3.3. Sosyal Destek Modelleri	18
2.3.4. Sosyal Destek Türleri.....	19

2.3.5. Sosyal Desteğin İşlevleri	20
2.3.6. Algılanan Sosyal Destek	21
2.3.7. Yaşlılık ve Sosyal Destek	23
2.4. Umutsuzluk	24
2.4.1. Umut ve Umutsuzluk Kavramı	24
2.4.2. Umudu Desteklemede Ailenin Rolü	25
2.5. Yaşam Kalitesi	26
2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	26
2.5.2. Yaşam Kalitesi İnceleyen Yaklaşımlar	27
2.5.3. Yaşam Kalitesi Göstergeleri	30
2.5.4. Yaşam Kalitesi Ölçümünde Farklı Yaklaşımlar	31
2.5.5. Objektif ve Sübjektif Yaşam Kalitesi	31
2.5.6. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Arttıran Durumlar	32
2.5.7. Kaliteli Yaşamın Kriterleri	33
2.5.8. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi	35
2.5.9. Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	36
2.5.10. Yaşlılıkta Yaşam Memnuniyeti	40
2.6. Hemşirelik Yaklaşımı	41
3. MATERYAL VE METOT	42
3.1. Araştırmanın Türü	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
3.4. Verilerin Toplanması	43
3.5. Veri Toplama Araçları	43
3.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-6)	44

3.5.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği	44
3.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	45
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	46
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	47
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA.....	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
KAYNAKLAR	92
EKLER	123
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	123
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	124
Ek-3. Kurum İzni.....	125
Ek-4. Hasta Bilgi Formu	126
Ek-5. Bakım Verici Bilgi Formu.....	127
Ek-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	128
Ek-7. Beck Umutsuzluk Ölçeği	129
Ek-8. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu	130

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi, anlayış ve katkılarını benden esirgemeyen, her daim minnet ve saygı duyacağım hocam Sayın Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK’a,

Tecrübe ve bilgileri ile eğitim hayatıma önemli katkılar sunan Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, aile sağlığı merkezinde çalışmamı yaparken desteklerini esirgemeyen hekimlere ve çalışma sürecinde bana yardımcı olan hemşire arkadaşlarım da dahil olmak üzere tüm değerli meslektaşlarıma, çalışmama gönüllü olarak katılan ve çeşitli sebepler ile katılamayan tüm kalp hastalığı olan yaşlı bireylere ve ailelerine, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan kıymetli arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde yanımda olan, tüm kararlarımda beni destekleyen, başarılarımin ve kişiliğimin mimarı aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Muhammed DOĞAN

ÖZET

Kalp Hastalığı Olan Yaşlı Ebeveyne Sahip Ailelerde Algılanan Sosyal Destek, Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde algılanan sosyal destek, umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Kestitsel türde olan bu araştırma, Haziran 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında, Ağrı ili Merkeze bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini 393 bireyden oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında hasta bilgi formu, bakım verici bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçekleri kullanılmıştır. Veriler SPSS 27 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, minimum-maksimum değerler, ortalama, standart sapmanın yanı sıra Ki-kare testi, Fisher exact testi, Independent t-testi, One Way Anova testi veya Kruskal-Wallis Yöntemi kullanılmıştır. Ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmanın her aşamasında İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na bağlı kalınmıştır.

Bulgular: Katılımcılar Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden 51.11 ± 12.25 , Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden 9.61 ± 2.51 ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden 50.45 ± 17.22 puan almışlardır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puan ortalaması arasında, anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki vardır ($p < 0.05$). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçek puanı arasında, anlamlı, düşük düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardır ($p < 0.05$). Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışma sonucunda; kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi yükseldikçe, umutsuzluk düzeylerinin azaldığını ve daha yüksek yaşam kalitelerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde ekonomik yetersizliği en önemli sorunları olarak gördükleri, psikolojik olarak yıprandıkları, sosyal hayatlarını kısıtladıkları, hayatlarının günlük akışını sağlamak için ekstra sorumluluklar üstlenmek zorunda kaldıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile, hemşirelik, kalp hastalığı, sosyal destek, umutsuzluk, yaşam kalitesi, yaşlı ebeveyn

ABSTRACT

Examination of Factors Affecting Perceived Social Support, Hopelessness and Quality of Life in Families with Elderly Parents with Heart Disease

Aim: This study aimed to examine the relationship between perceived social support, hopelessness and quality of life in families with elderly parents with heart disease.

Material and Method: This cross-sectional study was conducted between June 2023 and June 2024 at the Egitim Family Health Center in the center of Ağrı province. The sample of the study consisted of 393 individuals. Patient information form, caregiver information form, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Beck Hopelessness Scale and Quality of Life scales were used to collect the data. The data were analyzed with SPSS 27 package program. In addition to frequency, percentage, minimum-maximum values, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher exact test, Independent t-test, One Way Anova test or Kruskal-Wallis Method were used to evaluate the data. Pearson correlation analysis was used to determine the relationship between the scales. The Helsinki Declaration on Human Rights was adhered to at every stage of the study.

Results: Participants scored 51.11 ± 12.25 on the Multidimensional Perceived Social Support Scale, 9.61 ± 2.51 on the Beck Hopelessness Scale and 50.45 ± 17.22 on the SF-36 Quality of Life Scale. There is a significant, low-level and positive relationship between the SF-36 Quality of Life Scale score and the mean total score of the Multidimensional Perceived Social Support Scale ($p < 0.05$). There is a significant, low-level and negative relationship between SF-36 Quality of Life Scale score and Beck Hopelessness Scale score ($p < 0.05$). There is no significant relationship between Beck Hopelessness Scale score and Multidimensional Perceived Social Support Scale score ($p > 0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that as the level of social support perceived by families with elderly parents with heart disease increases, the level of hopelessness decreases and they have a higher quality of life. In addition, it was observed that families with elderly parents with heart disease saw economic inadequacy as their most important problem, were psychologically worn out, restricted their social lives, and had to take on extra responsibilities to ensure the daily flow of their lives.

Keywords: Elderly parents, family, heart disease, hopelessness, nursing, quality of life, social support.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AKS	: Akut koroner sendrom
BUÖ	: Beck umutsuzluk ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
EKG	: Elektrokardiogram
ET-1	: Endotelin 1
FDA	: Gıda ve ilaç idaresi
KAH	: Koroner arter hastalığı
KKH	: Konjenital kalp hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler hastalık
LDL	: Lipoprotein
LSD	: En önemsiz fark (Least significant difference)
NSTEMI	: ST yükselmesiz MI
RAAS	: Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi
SIHD	: Stable ischemic heart disease
SPSS	: Statistical package for social science
STEMI	: ST yüksekliği MI
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
v.b.	: ve benzeri
WHO	: World Health Organization
YK	: Yaşam kalitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Kalp anatomisi..... 7



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. SF-36'nın basıklık ve çarpıklık katsayılarının ve cronbach α değerleri	46
Tablo 4.1. Kalp hastalığı olan yaşlıların demografik ve hastalık özellikleri	49
Tablo 4.2. Bakım vericilerin demografik özellikleri.....	51
Tablo 4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) puan ortalaması	53
Tablo 4.4. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nden (ÇBASDÖ) alınan puanların karşılaştırılması	54
Tablo 4.5. Beck umutsuzluk ölçeğinin puan ortalaması	57
Tablo 4.6. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik ve hastalık özelliklerine Göre Beck umutsuzluk ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması	58
Tablo 4.7. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği'nin puan ortalaması	62
Tablo 4.8. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik ve hastalık özelliklerine göre sf-36 yaşam kalitesi ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması	63
Tablo 4.9. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin beck umutsuzluk ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	67

1. GİRİŞ

Yaşlanma, bir dizi fiziksel, psikolojik ve sosyal uyumu içeren karmaşık bir süreçtir (Karakaş, 2012). Doğumla birlikte yaşlanma süreci de başlamaktadır. Yaşlanma kökenleri tam olarak anlaşılmasa da evrensel olarak kabul edilen, yavaş ve kronik bir süreçtir (Flint ve Tadi, 2023). Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre dünya nüfusunun %10.0'ı yaşlı nüfustur. Ülkemizde ise yaşlı nüfusu son beş yılda %21.4 yükselerek 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi oldu, böylelikle toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusu oranı %10.2'ye yükseldi. (TÜİK, 2023). Yaşlanmayla birlikte fiziksel ve bilişsel işlevler bozulur, kronik hastalıklar ve ruhsal sorunlar ortaya çıkar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık azalır ve fiziksel aktivite düzeyi sınırlanır ve bu değişiklikler yaşlılığa uyum sorununu gündeme getirir. İlerleyen yaşla birlikte yaşlılıkta yaygın olarak görülen hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelmektedir (Tchkonina ve ark., 2018). KVH 21. yüzyılın başlarında, dünya genelinde erken ölüm ve morbiditenin önde gelen sebebi haline gelmiştir (Di Cesare ve ark., 2024). Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), kardiyovasküler hastalığın yılda 800.000 ölüme neden olduğunu bildirmiştir. Kalp ve damar hastalıkları prevalansı hem erkeklerde hem de kadınlarda 35 yaşından sonra artmaktadır. Erkeklerde 40 yaşından sonra kadınlarda ise yaşam boyu kalp ve damar hastalıkları gelişme riski sırasıyla %49 ve %32'dir (Sanchis-Gomar ve ark., 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre, Türkiye'de nedeni bilinen ölümlerin %35.4'ü dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklıdır. Bu ölümlerinde %42.3'ünün kardiyak iskemi hastalıklarından, %23.5'inin diğer kalp hastalıkları kaynaklı, %9.9 hipertansif hastalıklar ve %19.2'sinin ise serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (TÜİK, 2022). Kalp ve damar hastalıkları için önde gelen risk faktörleri, yaş, cinsiyet, aile öyküsü, yüksek tansiyon, yüksek düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol, diyabet, sigara ve pasif içiciliğe maruz kalma, stres, obezite, sağlıksız

beslenme ve fiziksel hareketsizliktir (Alpman, 2015). Risk faktörlerine karşı bireye akraba ve arkadaşlar tarafından yapılan maddi ve manevi sosyal destek ile kişi başta stres olmak üzere birçok alanda dayanıklılık kazanabilir.

Sosyal destek, “bireyin diğer bireyler, gruplar ve daha geniş toplumla sosyal bağları aracılığıyla erişebildiği destek” olarak tanımlanmıştır (Ozbay ve ark., 2007). Diğer bir ifadeyle sosyal destek, başkaları tarafından önemsenme ve ihtiyaç duyulduğunda, günlük durumlarda veya belirli kriz anlarında başvurabileceği güvenilir bir ağa sahip olma algısıdır (Taylor, 2011). Kalp hastalığı olan ebeveynlerde yeterli sosyal destek mekanizmalarının olmaması, psikolojik bozukluk geliştirme riskini artırabilir (Taylor, 2011). Bir çalışmada, kalp hastası yakınlarına bakım verenlerin de kendi fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını arka planda bıraktıklarını, tükenmişlik, aşırı tepki gösterme, depresyon, baş ağrısı, halsizlik, diğer fiziksel belirtiler, yeme alışkanlığında bozukluk, madde bağımlılığı gibi durumlar yaşadıklarını, sosyal destek eksikliği nedeniyle psikolojik sorunlar yaşama riski altında olduklarını ve bu sebeple ek destek almaları gerektiğini belirtmektedir (Yüksel, 2020). Kalp hastalarına bakım verme sürecinde evliliğin olumlu bir katkısı olduğu, eşlerin birbirine sağladığı sosyal destek ve aile hayatının neden olduğu psikolojik rahatlık ile hastaların hastalığa ayak uydurduğu, kişisel bakımın geliştiği, tekrarlı hastane yatışların, sağlık harcamalarının ve mortalite hızının düştüğü ve yaşam kalitesinin pozitif yönde etkilendiği belirlenmiştir (Dirimeşe ve ark., 2016). Hastaya bakım verenlerin bakım yükünden dolayı azalan yaşam kalitelerinin artırılmasında algılanan sosyal destek miktarı etkili olmaktadır (Uludağ ve ark., 2020). Kalp hastası ve bakım veren aile üyelerinin yaşadığı çok yönlü sorunların çözümünde psikososyal destek sağlayan programların önemli olduğu görülmektedir (Yıldız ve Karakahya, 2022). Bununla birlikte bireylerin yakınlarından aldıkları sosyal destek umutsuzlukla baş etme mekanizmalarını geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır.

Umut, bir sonuçla ilgili beklenti ve istek duygusu olarak tanımlanır. Umut, insanoğlunun içinde bulunduğu durumu değiştirme çabasının somut bir ifadesidir. Umutsuzluk ise bir sonuca ilişkin böyle bir beklenti ve istek duymama olarak tanımlanır. Umutsuzluk tanımı gereği umudun kaybıdır. Umutsuzluk veya düşük umut seviyeleri anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel sağlık sorunlarının artış riskiyle olumlu bir ilişki içerisinde (Gerard ve Booth, 2015). Bakım vericilerin hissettikleri bakım yükü arttıkça, umutsuzluk ve stres düzeyleri de yükselmektedir. (Polat ve ark., 2020). Ciarrochi ve ark., (2015) çalışmalarında, umudun duygusal uyumu, amaç duygusu, olumlu duygulanım, yaşam kalitesi ve sosyal destek gibi çeşitli psikososyal süreç ve sonuçlarla etkili pozitif ilişkilere sahip olabileceğini belirtmektedir. Böylelikle hastalarına bakım veren bireylerin umutsuzluk seviyesinin azalması yaşam kalitesinde belirgin bir artışa neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini, kişinin kendi kültürü ve değer sistemi merceğinden gözlemlendiği gibi, hedeflerine göre kendi gerçeklik algısının öznel bir değerlendirmesi olarak açıklamaktadır (Teoli ve Bhardwaj, 2023; WHO, 1993). Bireyin mutlu olması ve yaşam hedeflerine ulaşması için özellikle yaşam kalitesi çok önemlidir. Bakım vericilerin olumlu yöndeki beklentileri, koruyucu davranışları, kendilerine karşı saygı duyma durumları ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki vardır. Bakım vericilerin hasta ile iyi ilişkileri, evlilik durumları, arkadaş ilişkileri, aile üyelerinin vermiş olduğu cesaret ve sosyal destek yaşam kalitesine pozitif yönde katkıda bulunmaktadır (Kitruncrote ve ark., 2006). Bakım vericilerin fiziksel sağlık durumu, sosyal ilişki durumu, çevresel etkenler ile onların yaşam kaliteleri arasında olumlu ilişki mevcuttur (Francis ve ark., 2009). Aile ilişkilerin bozulması, gelirin gidere göre düşük olması gibi durumlar, bakım vericilerin özellikle mental ve sosyal fonksiyonlarındaki yaşam kalitelerinde anlamlı bir düşüşe yol açmaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003).

Literatur incelendiğinde birincil bakım verici olan aile üyelerinde bakım yükünü etkileyen faktörleri inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde algılanan sosyal destek, umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için araştırma soruları şu şekildedir;

1. Kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde; demografik özellikler algılanan sosyal destek düzeylerini etkilemekte midir?
2. Kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde; demografik özellikler umutsuzluk düzeylerini etkilemekte midir?
3. Kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde; demografik özellikler yaşam kalitesi düzeylerini etkilemekte midir?
4. Kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde; algılanan sosyal destek, umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı

2.1.1. Yaşlılık Kavramı ve Özellikleri

Yaşlılık, hayati fonksiyonlarını devam ettiren her canlının karşılaşacağı olağan bir süreç olup, döllemeyle başlayıp ölüme kadar geçen süreyi kapsamaktadır (Akgül ve Yeşilyaprak, 2018). Yaşlılık bir gerileme dönemidir. Yaşlı, kronolojik olarak 65 yaş ve üstü olarak tanımlanırken, 65 ila 74 yaş arasındakiler “erken yaşlı” ve 75 yaşın üzerindeki “geç yaşlı” olarak anılır (Salık, 2017). Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, özellikle ileri yaşlarda birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte, kronik hastalıklar buna bağlı olarak da kısıtlılık ve engellilik oranları artmaktadır. Sağlık alanında gerçekleşen gelişmeler yaşlı nüfusun hem artışına hem de bireylerin yaşam sürelerinin uzamasına katkıda bulunmuştur. Günümüzde dünya çapında bakıldığında yaklaşık 600 milyon civarında olan yaşlı nüfusu 50 yıl içinde 2 milyara ulaşması beklenen bu nüfus artışı yaşam süresini de 66 yıldan 76’ya çıkarması beklenmektedir (Lök ve Akın, 2013). Günümüzde yaşlı nüfusun üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşarken 2025 yılında bu oranın artacağı tahminler arasındadır (Joyner ve Casey, 2015). TÜİK verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfusu son beş yılda %21.4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise %10.2’ye yükseldi. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2023).

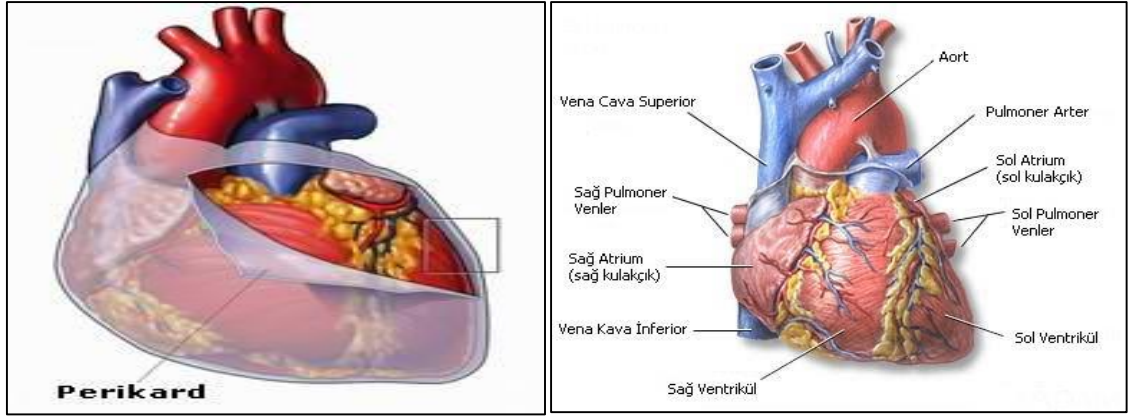
Yaşlanma ile birlikte kalp birçok yönden olumsuz etkilenir. İleri yaşla birlikte kalp debisi azalır, kan basıncı artar, maksimal oksijen tüketiminde düşüş olur ve arteriyoskleroz gelişir. İlerleyen yaşla beraber kardiyovasküler hastalıkların prevalansı da artmaktadır; Dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı 65 yaş öncesinde %31 iken, 65 yaş sonrasında %81’e ulaşmaktadır (Oh ve ark., 2017). Yine

dünyada 60 yaş ve üstü kişilerde ölüm nedenlerine bakıldığında ilk üçte iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır (WHO, 2016). Türkiye’de ise yaşam yılı kaybına neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında ikinci sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır (Ünal, 2013). Kardiyovasküler sağlığın en önemli belirleyicisi kişinin yaşıdır. Nüfusun yaklaşık %20’si 2030 yılına kadar 65 yaş ve üzeri olacağı öngörülmektedir. Bu yaş grubunda, KVH tüm ölümlerin %40’ına neden olabilir (Brian ve ark., 2012). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin ileri yaşlarda yaşam kalitesini azaltacak faktörleri, KVH risklerini ve fizyolojik değişiklikleri anlamaları ve bunlara yönelik çalışmalar yürütmeleri önemlidir.

2.2. Kalp Hastalıkları

2.2.1. Kalp Anatomisi

Kalp vücudun her yerinden oksijensiz kanı toplamaya yarayan, oksijenlenmesi için akciğerlere taşıyan ve karbondioksiti serbest bırakan kaslı bir organdır. Orta mediastende, perikard adı verilen iki katmanlı seröz bir keseye sarılı olarak bulunur. Kalp, dörtgen bir piramit şeklinde, tabanı göğüs arka duvarına, tepe noktası ön göğüs duvarına bakacak şekilde yönlendirilmiştir (Rehman ve Rehman, 2022). Kalp, embriyolojik dönemde kalbi oluşturmak için birleşen, dönen ve ayrılan iki endokardiyal tüpten gelişmektedir (Saxton ve ark, 2022). Kalp anatomisi Şekil 2.1.’de gösterilmiştir (Alpman, 2023).



Şekil 2.1. Kalp anatomisi

Kalp sağ ve sol tarafta yer alan atriyum ve ventrikül olarak adlandırılan dört odacıktan oluşmaktadır. Sağ atriyum ve ventrikül, üst ve alt vena kava yoluyla oksijeni giderilmiş kanı alır ve akciğerlere pompalamaktadırlar. Ayrıca, kalp kasının kendisinden gelen oksijensiz kan, koroner sinüs yoluyla sağ atriyuma akmaktadır. Bu sebeple sağ atriyum, oksijensiz kanı toplamak için bir rezervuar görevi görmektedir. Sol taraf, akciğerlerden oksijence zengin kan toplamaktan ve vücuttaki tüm dokulara pompalamaktan sorumludur. Her iki tarafta atriyum, kanın ventriküle pompalanmadan önce toplandığı bir bölgedir. Karıncık çok daha güçlüdür ve kanın kalpten dışarı ve uzağa pompalandığı bir yerdir (Carter ve ark., 2022). İstirahat halindeyken kalp 250-300 ml/dak toplam kan akışı alır. Bu, egzersiz sırasında 1.000-2.000 ml/dk'ya çıkar.

Kalbin Damarları: Kalp sol ana koroner arter ve sağ koroner arter tarafından beslenmektedir. Sol ana koroner arter, aortadan Valsalva sinüsü içindeki sol aortik tüberkülün ostiumundan çıkmaktadır. Semilunar valv düzlemi, sol koroner arterin ostiumunun sağ koroner ostiumun üstünde ve posteriorunda olacak şekilde eğiktir. Sol koroner arter aorttan çıkar ve pulmoner gövde ile sol atriyal apendiks arasından geçer. İnsan kalplerinin yaklaşık %80'inde, ikinci veya üçüncü delici septal arterlerin en uzun ve en güçlüsüdür ve genellikle ana septal arter olarak adlandırılır. Bu arter interventriküler septumun orta kısmını besler. Sağ koroner arter ve dalları ise sağ

ventrikülü, sağ atriyumu ve sol ventrikülün alt duvarını beslemektedir. Sağ koroner arter, aort kapağının sağ semilunar tüberkülünün hemen üzerindeki aorttan çıkmaktadır. Sağ atriyoventriküler olukta pulmoner gövde ile sağ atriyum arasında bir seyir izler ve kalbin akut açısı etrafında kıvrılır (Carter ve ark., 2022).

Koroner arterler kalbin yüzeyinde yer almaktadırlar. Koroner damarların çoğu, sol arka atriyoventriküler oluktan geçen ve sağ atriyuma açılan koroner sinüs içinde birleşir. Thebesian damarları adı verilen diğer küçük damarlar, doğrudan kalbin dört odacığına da açılırlar. Küçük lenfatik damarlar, ventriküllerin epikard ve endokardiyumunun altında yoğun bir ağ oluşturur ve atriyoventriküler olukta lenfatik bir kanala açılmaktadırlar (Hussain ve Burns, 2022; Ogobuiro ve ark., 2022). Koroner arterler üç tabakadan oluşur: tunica intima, tunica media ve tunica adventitia (Oliver ve Ashurst, 2022).

Kalp te iletim sistemi: Bir elektrik iletim sistemi, kalbin pompalamasını ve çeşitli odacıkların kasılma zamanlamasını düzenler. Kalp kası, alınan elektriksel uyarana yanıt olarak kasılır. Kalbin ana kalp pili olan sinüs düğümü, superior vena kava ile sağ atriyumun birleştiği yerde bulunur. Ritmik olarak dakikada yaklaşık 70 kez bir elektrik boşalması üretir (Ogobuiro ve ark., 2022; Tucker ve ark., 2022). His demeti, Purkinje lifleri adı verilen binlerce küçük dala art arda dallanan sağ ve sol demetlere ayrılır (Oliver ve Ashurst, 2022). His-Purkinje ağacı, elektrik sinyalini her iki ventrikülün tüm bölümlerine hızlı bir şekilde ileterek, her iki ventrikülün tüm parçalarında neredeyse aynı anda bir kasılma oluşturarak, tekdüze ve koordineli bir sıkıştırma üretir (Capobianco ve ark., 2022).

2.2.2. Kardiyovasküler Hastalıklarının Sınıflandırılması

2.2.2.1. Koroner Kalp Hastalığı (KAH)

Koroner arterler, aorttan ayrılan ilk damarlardır ve kalbin katmanlarına önemli bir oksijen ve besin kaynağı sağlarlar (Saxton ve ark., 2022). Koroner arter hastalığı çok

faktörlü bir olgudur. Etiyolojik olarak cinsiyet, yaş, aile öyküsü ve genetiği, sigara içme, obezite, lipid seviyeleri ve psikososyal değişkenler yer almaktadır. Diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi ve kronik böbrek hastalığı gibi komorbid durumların da genel sonuçta bir rolü vardır (Tabei ve ark., 2014). Erkeklerde kadın cinsiyete göre daha çok görülmektedir. Hiperkolesterolemi, KAH için önemli bir değiştirilebilir risk faktörüdür. Bir çalışmada, KAH'nin genel küresel hastalık yükünün %2,2'sini ve kardiyovasküler hastalıkların %32,7'sini temsil ettiği tahmin edilmiştir (Brown ve ark., 2022).

Koroner Kalp Hastalığı (KAH) patofizyolojisinin ayırt edici özelliği aterosklerotik plak gelişimidir. Plak, damar lümenini daraltan ve kan akışını engelleyen yağlı bir materyalin birikmesidir. Sürecin ilk adımı, "yağlı çizgi" oluşumudur. Yağlı çizgi, köpük hücreleri olarak da adlandırılan lipit yüklü makrofajların endotel altı birikmesiyle oluşur. Bu aşamada subendotelial plak oluşumu gerçekleşir. Zaman geçtikçe, lezyon hemodinamik olarak yeterince önemli hale gelebilir ve artan talepler sırasında miyokardiyal dokuya yeterli kan ulaşamaz ve anjina semptomları ortaya çıkar. Bununla birlikte, oksijen gereksinimi düştükçe semptomlar istirahatte azalır. Bir lezyonun istirahatte anjinaya neden olabilmesi için en az %90 darlık olması gerekir (Shahjehan ve Bhutta, 2022).

Koroner arter hastalığı aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

1. Kararlı iskemik kalp hastalığı (SIHD)
2. Akut koroner sendrom (AKS)
 - ST yüksekliği MI (STEMI)
 - ST yükselmesiz MI (NSTEMI)
 - Kararsız anjina (Thygesen ve ark., 2012; Davies ve ark., 2000)

Koroner arter hastalığının değerlendirilmesinde EKG, Echo, göğüs röntgeni, Stres testi, kardiyak kateterizasyon, kan testleri, anjio gibi yöntemler kullanılmaktadır. Akut

koroner sendrom ortamında, tüm STEMI hastalarına ve seçilen NSTEMI hastalarına acil kardiyak kateterizasyon yapılır (Bamouni ve ark., 2018).

Tedavi: Koroner arter hastalığı, kararlı iskemik kalp hastalığı (SIHD) veya akut koroner sendrom (ACS) olarak ortaya çıkabilir. Kararlı iskemik kalp hastalığı, kronik bir hastalık olurken, akut koroner sendrom (ACS) genellikle akut bir ortamda ortaya çıkmaktadır. Yönetim, belirli hastalık tipine bağlıdır.

Kararlı iskemik kalp hastalığı, kararlı anjina olarak kendini gösterir. Stabil anjina tipik olarak efor veya emosyonel stres ile kötüleşen ve dinlenme veya nitrogliserin ile hafifleyen göğüs kafesi üzerinde yer alan göğüs ağrısı veya basıncı olarak ortaya çıkar ve 2 ay sürer. Klasik anginal semptomların olmayabileceğini ve bunun yerine kadınlar, yaşlılar ve diyabetikler gibi belirli demografik gruplarda atipik semptomlar ve efor dispnesi ile farklı şekilde ortaya çıkabileceğini bilmek önemlidir. Kararlı iskemik kalp hastalığı'nın yönetimi hem farmakolojik olmayan hem de farmakolojik müdahaleleri içerir. Özellikle bu hastalar günlük hayatta yaşam tarzlarında değişiklikler yapmalıdır. Bunlar arasında sigarayı bırakma, düzenli egzersiz, kilo verme, diyabet ve hipertansiyonun iyi kontrolü ve sağlıklı beslenmeye almaktadır. Farmakolojik müdahaleler, kardiyoprotektif ve antianjinal ilaçları içerir (Katz ve ark., 2019; Makki ve ark., 2015).

Akut koroner sendrom, ani başlangıçlı göğüs kafesi üzerinde yer alan göğüs ağrısı, tipik olarak boyuna ve sol kola yayılan basınçlı kol ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi, bilinç bulanıklığı, kalp durması veya yeni başlayan konjestif kalp yetmezliği eşlik etmektedir. Acil EKG, Akut koroner sendromlu tüm hastaların STEMI değerlendirmesi yapması için gereklidir. STEMI, V2 ve V3 hariç ekstremiteler derivasyonlarında veya prekordiyal derivasyonlarda 1 mm bitişik derivasyonlarda ST elevasyonunun varlığı ile tanınır (Smith ve ark., 2015).

2.2.2.2. Kalp Kapak Hastalıkları

Kalbinizde tek yönlü kapılar gibi işlev gören dört kapakçık (mitral, aort, triküspit ve pulmoner kapaklar) vardır. Kanın kalbinizden doğru yönde pompalanmasını sağlarlar. Oksijen bakımından fakir kan akciğerlere akar ve oksijen bakımından zengin kan akciğerlerden dışarı ve tekrar vücuda akar. Kalp kapağı hastalıkları genellikle kalp kapakçıklarının zamanla hasar görmesinden kaynaklanır. Bu kusurlar genellikle yaşlı kişilerde aşınma ve yıpranma nedeniyle ortaya çıkar (Berg ve ark., 2013). Çocuklarda kalp kapağı sorunları genellikle doğumda (doğuştan) mevcuttur ve farklı bir şekilde tedavi edilir. Kalp kapakçıklarının ana görevi kalpteki kanın engelsiz ileri akışını sağlamaktır. Regürjitasyonda, kalp kapağı düzgün kapanamaz. Bazen her iki sorun birlikte ortaya çıkar. Mitral kapak yetersizliği çoğunlukla, kalp atışı sırasında kapak yaprakçıklarının sol atriya doğru şiştiği bir durum olan prolapsustan kaynaklanmaktadır. Kalp kapak bozuklukları doğuştan ya da enfeksiyonlara bağlı olarak gelişmektedir. Bir kalp kapağı sadece biraz sızdırıyorsa veya sadece biraz darsa, kalp genellikle biraz daha sert pompalayarak bunu telafi edebilir. Hasarlı kalp kapakçıkları ayrıca düzensiz kalp atışlarına (aritmi) yol açabilir (Kasper ve ark., 2015). Bu, aşağıdaki gibi semptomlara yol açar:

- Zayıflık, performansta düşüş
- Özellikle alt bacaklarda şişlik (ödem)
- Aritmik yavaş ya da hızlı nabız
- Özellikle geceleri görülen öksürük ve nefes darlığı
- Göğüste sıkışma ve göğüs ağrısı
- Senkop (Bayılma)

2.2.2.3. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, tedavi edilmezse potansiyel olarak ölümcül bir hastalıktır. Kalp yetmezliği, kalbin vücudun gereksinimlerini karşılamak için yeterli kanı pompalayamadığı karmaşık bir klinik sendromdur. Kalp yetmezliği, kalbin yapısal anormallikleri, fonksiyonel anormallikler ve diğerk tetikleyici faktörlerden kaynaklanır. Ventriküler dolumu veya kanın sistemik dolaşıma atılmasını bozan herhangi bir bozukluktan kaynaklanır. Hastalar genellikle yorgunluk ve nefes darlığı, azalmış egzersiz toleransı ve sıvı tutulması (pulmoner ve periferik ödem) ile başvururlar. Dünya çapında 26 milyon kişide olduğu tahmin edilen bir prevalansa sahiptir (Savarase ve Kund, 2017). Kalp yetmezliğinin tedavisi, hasta eğitimini, kardiyak kontraktileteyi iyileştirmek için optimal tıbbi rejimi ve alevlenmelerin önlenmesini/sınırlanmasını içeren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir (Malik ve ark., 2022). Dekompanse kalp yetmezliğinin en önemli nedenlerinden birisi de kontrolsüz hipertansiyondur (Lind ve ark., 2021). Bu tür kalp yetmezliğinin yaygın etiyolojileri arasında şiddetli anemi (kansızlık), tirotoksikoz (tiroid hormonun fazla salgılanması), obezite, beslenme yetersizlikleri (tiamin eksikliği vb.) ve gebelik yer almaktadır (Reddy ve ark., 2016).

Kalp yetmezliğinin patofizyolojisinde özellikle kalp debisindeki bir azalma, epinefrin, norepinefrin, endotelin-1 (ET-1) ve vazopressin salınımı ile nöroendokrin sistemi uyarır. Apoptoz devam ederken, artan taleple birlikte kalp debisindeki bir azalma, artan nörohumoral stimölasyon ve uyumsuz hemodinamik ve miyokardiyal tepkilerin devam eden bir döngüsüne yol açmaktadır (Kemp ve Conte, 2012). Kalp debisindeki bir azalma aynı zamanda Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi'ni (RAAS) uyararak artan vazokonstriksiyonla birlikte artan tuz ve su tutulmasına yol açar. Bu, kalpteki uyumsuz mekanizmaları daha da besler ve ilerleyici kalp yetmezliğine neden olmaktadır (Obokata ve ark., 2020).

2.2.2.4. Konjenital (Doğuştan) Kalp Hastalıkları

Konjenital kalp hastalığı (KKH), yenidoğanlarda gözlenen en yaygın doğumsal hastalıklardan biridir. Bu tür kusurlar, hamilelik sırasında rahimde gelişirken fetüste meydana gelir. Dünya çapındaki prevalansı, tüm canlı doğumların %10'unu oluşturmaktadır (Sun ve ark., 2015; Wang ve ark., 2020).

2.2.3. Kalp ve Damar Hastalıkları ve Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalık (KVH) 21. yüzyılın başlarında, toplumsal ve ekonomik gelişmelere paralel olarak, %80'i daha az gelişmiş düşük gelirli ülkelerden kaynaklanan, dünya çapında erken ölüm ve morbiditenin önde gelen nedeni haline gelmiştir. Nedenler ve risk faktörleri üzerine kapsamlı araştırmalar 20. yüzyılın ortalarından beri yürütülmektedir (Karsenty ve ark., 2018). Kalp ve damar hastalıkları için önde gelen risk faktörleri, yaş, cinsiyet, yüksek tansiyon, yüksek düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol, diyabet, sigara ve pasif içiciliğe maruz kalma, obezite, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizliktir. Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), kardiyovasküler hastalığın yılda 800.000 ölüme neden olduğunu bildirmiştir.

Yaş: Kalp ve damar hastalıkları prevalansı hem erkeklerde hem de kadınlarda 35 yaşından sonra artmaktadır. 40 yaşından sonra erkeklerde ve kadınlarda yaşam boyu kalp ve damar hastalıkları gelişme riski sırasıyla %49 ve %32'dir (Sanchis-Gomar ve ark., 2016).

Cinsiyet: Erkeklerde kadınlara göre daha fazla gözlenmektedir (Ünal B. 2013).

Etnik köken: Siyahlar, Hispanikler, Latinler ve Güneydoğu Asyalılar, artmış kalp ve damar hastalıkları morbidite ve mortalite riski taşıyan etnik gruplardır (Carnethon ve ark., 2017).

Aile öyküsü: Aile öyküsü de önemli bir risk faktörüdür. Ailesinde 50 yaşından küçük erken kalp hastalığı öyküsü olan hastalarda artmış KAH mortalite riski daha yüksektir (Bachmann ve ark., 2012).

Sigara Kullanımı: Sigara ve diğer tütün kullanımı da kalp hastalıklarının gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Tütünün içindeki zararlı maddeler kan damarlarına zarar vermekte ve onları daraltmaktadır.

Yetersiz Fiziksel Aktivite: Egzersiz kalp damar hastalıkları gelişimini önlemede koruyucu bir faktördür. Azalan fiziksel aktivite ve hareketsiz davranışlar obezite, diyabet ve kalp hastalıkları ile yakından ilişkilidir. Azalan aktivite, değişen iş türleri ve aynı işte işyerinde artan makineleşme nedeniyle oluşur. Düşük gelirli gelişmekte olan ülkelerde daha sık meydana gelen bu beslenme ve fiziksel aktivite geçişleri, bu ülkelerde kalp hastalıkları riskinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Bachmann ve ark., 2012).

Sağlıksız Beslenme: Doymuş yağlar, trans yağlar, lipidler, endotel fonksiyonu, insülin direnci ve iltihaplanma üzerindeki olumsuz etkileri yoluyla kardiyovasküler hastalık riskini artırdığını bilinmektedir (Ades ve ark., 2017). Yapılan bir araştırmada, alkolsüz içecekler ve şekerli içeceklerin %22 daha yüksek miyokard enfarktüsü riski ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Temple, 2018).

Obezite: Obezite, kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörüdür ve ayrıca hipertansiyon, hiperlipidemi ve diabetes mellitus gibi diğer hastalıklarla birlikte kardiyovasküler hastalık riskini artırır (Ades ve ark., 2017). Çoğu toplumda, enerji yoğun gıdaların maliyeti, meyve ve sebzeler gibi daha az enerji yoğun gıdalardan daha düşüktür. Araştırmalar, kentsel alanlarda yaşayan insanlar arasında enerji tüketimindeki artışla birlikte, esas olarak her türlü yağ alımındaki artış, tam tahıl ve lif tüketimindeki azalma ve meyve ve sebzelerdeki artışın bir sonucu olarak, büyük beslenme değişimlerinin

meydana geldiğini göstermektedir. Bu tür beslenme değişiklikleri, obezite prevalansının artmasına neden olabilmektedir.

Hipertansiyon: Hipertansiyon kalp hastalığının önde gelen nedenlerinden biridir. Her üç kalp hastasından yaklaşık 1'inde hipertansiyon bulunmaktadır. Hipertansiyon, kalbi besleyen damarların duvarına yerleştiği hem oksidatif hem de mekanik stres nedeniyle kalp hastalığı için önemli bir risk faktörüdür (Malakar ve ark., 2019).

Diyabet: Diabetes mellitus, DSÖ uzmanları tarafından bulaşıcı olmayan bir salgın olarak kabul edilmekte ve ciddi bir tıbbi ve sosyal sorun teşkil etmektedir. Koroner kalp hastalığı, diyabetli hastalarda önde gelen ölüm nedenidir ve bu hastaların %90'ı tip 2 diyabetten (diabetes mellitus 2) muzdariptir. Diyabetin varlığı, her türlü koroner kalp hastalığının ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Aynı zamanda koroner kalp hastalığı, inme, periferik damar hastalığı gibi makrovasküler komplikasyonlar vakaların %67'sinde diyabetli hastaların ölüm nedenidir. Diyabetli yetişkin hastalarda kalp hastalığı oranı, diyabeti olmayanlara göre erkeklerde 2,5 kat, kadınlarda 2,4 kat daha fazladır (de Oliveira ve ark., 2015; Orekhov ve ark., 2014).

Yüksek Kan Kolesterolü (Hiperlipidemi): Lipid bozuklukları, kardiyovasküler hastalıkların değiştirilebilir risk faktörleridir. Genel popülasyon için kolesterol seviyesi <190 mg/dL (5 mmol/L), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol fraksiyonu seviyesi <115 mg/dL (3 mmol/L) yüksek olması risk göstergesidir (Ades ve ark., 2017).

2.3. Algılanan Sosyal Destek

2.3.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek, fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması için gerekli olan son derece önemli bir faktördür. Sosyal destek, “bireyin diğer bireyler, gruplar ve daha geniş toplumla sosyal bağları aracılığıyla erişebildiği destek” olarak tanımlanmıştır (Ozbay ve ark., 2007). Diğer bir ifadeyle sosyal destek, başkaları tarafından önemsenme ve ihtiyaç

duyulduğunda, günlük durumlarda veya belirli kriz anlarında başvurabileceği güvenilir bir ağı sahip olma algısıdır (Taylor, 2011). Sosyal destek stresli durumlarda yardımcı olsa da Barnes ve Duck, destek alışverişinin yalnızca krizler sırasında ortaya çıkmadığına, aynı zamanda kişisel ilişkilerde de günlük bir olay olduğunu belirtmektedir (Barnes ve ark., 1994).

Sosyal destek, kişiye başkaları tarafından değer verildiği ve kabul edildiği algısını verdiği için öz-değer güvencesi sağlar (Cobo-Rendón ve ark., 2020). Yetersiz sosyal destek, depresyon ve yalnızlıkla bağlantılıdır ve beyin işlevini değiştirdiği ve alkol kullanımı, kalp-damar hastalıkları, depresyon ve intihar gibi psikolojik hastalıkların riskini artırdığı gösterilmiştir (Zhou, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını, bireyin yeteneklerini bildiği ve bunları kendi toplulukları için yararlı olacak şekilde etkili ve üretken bir şekilde kullandığı bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 2012). Sağlığın sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynayabilen sosyal faktörler, hastalığın insidansında, prevalansında ve sürekliliğinde önemli bir rol oynamaktadır (Cokrin, 1997). Sosyal destek, insanların etkileşimlerini içeren bir olgudur, dolayısıyla bir kişi sosyal etkileşim sunduğunda, bu onların sağlığında önemli bir role sahiptir (Marmot ve Wilkinson, 2008). Sosyal desteğin tek başına önemi yoktur, önemli olan sosyal desteğin varlığına olan inançtır (Sharifabad ve ark., 2008). Cobb sosyal desteği, sosyal sağlığı ve performansı büyük ölçüde etkileyecek şekilde strese karşı bir koruyucu olarak ortaya koymaktadır. Cobb, sosyal desteğin insanlara sevilme, önemsenme, saygı duyulma ve bir iletişim ağına ait olma duygusu verdiğini açıklıyor (Cobb, 1976). Durkheim'ın teorisine göre, sosyal birlik zayıfsa insanlar sosyal destek almazlar ve sağlıkları risk altındadır. Tersine, yüksek düzeyde bir sosyal destek, insanları hastalıklardan korur (Kamran ve Ershadi, 2000).

Sosyal desteğin etki büyüklüğü cinsiyete göre değişmektedir. Kadınlar duygusal sorunlarını erkeklerden daha fazla aile dışındaki kişilerle tartışmaktadır. Erkeklerin stresle başa çıkamamaları zayıflıkları olarak değerlendirilebilir ve bu nedenle, onurlarını ve statülerini kaybetmekten korktukları için yardım bağlamlarından gelen desteği kullanmayabilirler (Cokrin, 1997; Garousi ve Shabestari, 2012).

Aydın ve ark., (2017) tarafından yapılan çalışmada yetişkin bireylerde sosyal destek düzeyleri arttığında, psikolojik iyilik durumlarının da arttığını belirlemiştir (Aydın ve ark., 2017). Engelli çocuğu olan ancak sosyal destek alan ebeveynler, yaşam problemlerini, zihinsel stresleri, fiziksel engelleri ve psikolojik savunmasızlıkları anlamlandırma ve dolayısıyla zihinsel baskıyı azaltma yeteneğine sahiptir (Bahri ve ark., 2014). Yaşlı yetişkin topluluklarında, diğerlerinden daha fazla sosyal destek alan ve sosyal hayatın farklı yönlerine daha fazla katılan yaşlıların ruh sağlığından daha olumlu yararlandıkları söylenmelidir (Shoja ve ark., 2013). Hastaların ruh sağlığına yönelik sosyal destek alanında, hastalar mutlaka kendilerini belirsiz bir durumda bulurlar böylece kaygı ve rahatsızlıklarını azaltabilecek bir destek ararlar ve böyle bir durumda sosyal destek kaygı ve rahatsızlıklarını azaltabilir (Riahi ve ark., 2011).

Yaşlı yetişkinler arasında çok fazla sosyal destek, belki de yetersizlik duyguları, düşük benlik saygısı ve daha az öz denetim ortaya çıkararak stresin olumsuz etkisini artırabilir. Ek olarak, sosyal destek sağlayıcısı olmak, sağlayıcıların fiziksel sağlığına, psikolojik esenliğine ve duygusal kaynaklarına zarar verebilir. Özellikle uzun bir süre boyunca destek sağlama eylemi, bu tür bir desteği sağlamak için sağlanması gereken duygusal, finansal ve zihinsel kaynakların miktarı nedeniyle vergilendirilebilir (Riahi ve ark., 2011).

2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları ve Sosyal Desteğin Boyutları

Sosyal destek kaynakları genel olarak formal ve informal destek kaynakları olarak iki ana bölüm içerisinde ele alınmaktadır. Resmi kurum ve kuruluşlar ile yasal bir çerçeve içerisinde hizmet veren sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar formal destek kaynaklarıdır. Aile, akraba, komşu, arkadaş gibi çevrede bulunan ve katkı sağlayan diğer bireyler ise informal sosyal destek kaynakları olarak belirtilebilir (Özbesler, 2001).

Özbesler (2001) sosyal desteği üç boyutta değerlendirmiştir (Özbesler, 2001):

- a) Sosyal çevre içinde kişi ve değerleri arasındaki bağlantılar,
- b) Harekete geçirilen destek,
- c) Öznel bilişsel değerlendirmeleri ifade eden algılanan destek.

2.3.3. Sosyal Destek Modelleri

Genel olarak sosyal desteğin iyi oluşa katkıda bulunduğu kabul edilmektedir. Sosyal desteğin sağlık ve iyilik hali üzerindeki etkisini açıklamak için üç farklı model önerilmiştir. Bu modeller:

Temel Etki Modeli (Main Effect Model): Temel etkiler modeli, sosyal desteğin, bireylerin yüksek veya düşük stres seviyeleri altında olup olmadığına bakılmaksızın, sonuçlar üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmasını önermektedir (Cohen ve ark., 2000; Freeman ve ark., 2010; Rees ve ark., 2007). 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 (Cohen ve Wils, 1985).

Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model): Tamponlama modeli, desteğin stres faktörlerinin olumsuz etkilerine karşı koruduğunu iddia eden ve sosyal desteğin stres faktörlerinin yokluğunda da faydalı olabileceğini savunan doğrudan etkiler modelidir. Stres tamponlama modeli (Cohen ve Wils, 1985), kişi yüksek yaşam stresi

yaşadığında, kişinin sosyal destek ağının bu strese karşı bir tampon görevi gördüğünü varsayar. Her destek faydalı değildir; alınan destek ile sağlık arasındaki bağlantılar, karmaşık moderatörlerle doludur; öyle ki, bir durumda faydalı olan alınan destek, diğer koşullar altında etkisiz ve hatta zararlı olabilir (Cohen ve ark., 2000; Freeman ve ark., 2010; Rees ve ark., 2007).

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. Diğer bir deyişle gerek yaşam olayları gerekse sosyal destek eksikliği kendi başına sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek değişkenlerdir. Bununla birlikte, bu model her iki değişkenin birlikte bulunmasının kişinin daha şiddetli fiziksel rahatsızlıklar yaşamasına ve kendini iyi hissetme düzeyinin daha fazla düşmesine, yol açacağını da bir sayılı olarak kabul etmektedir (Güngör, 1996).

2.3.4. Sosyal Destek Türleri

Cohen ve Wills (1985)'e göre ise, sosyal destek çeşitleri bireylere rehberlik yapmakta ve geri bildirim sağlamaktadır. Onlara göre sosyal destek, genel olarak beş grupta toplanmaktadır (Cohen ve Wils, 1985). Bunlar:

- **Duygusal destek (Emotional Support):** Duygusal (bazen somut olmayan) destek, insanların bir başkasına değer verildiğini hissettirmek için yaptıkları eylemler şeklinde tanımlanmaktadır. Duygusal destek, sosyal destekten türetilen bir kavramdır ve sefkat, ilgi, empati, sevgi ve güven sağlanmasını ifade etmektedir (Kort-Butler, 2017).
- **Takdir (Saygı) desteği (Esteem Support):** Saygı desteği, kişinin becerilerini, yeteneklerini ve içsel değerini geliştirmeye yardımcı olan mesajlar olarak tanımlanır.

- **Maddi destek (Instrumental Support):** Maddi yardım, araçsal destek, para ve ev temizliği gibi fiziksel olanı ifade eder.
- **Bilgisel destek (Informational Support):** Bilgi desteği, birine yardım etmek için bilgi sağlamak anlamına gelir. Bilgi desteği, tavsiyelerin ve diğer yararlı bilgilerin sağlanmasını içerir.
- **Berberlik desteği (Social Companionship Support):** Boş zamanların birlikte geçirilmesi ile sağlanan destektir. Aidiyet (veya arkadaşlık) desteği, bir aidiyet duygusu yaratır ve sosyal katılım için başkalarının varlığını veya kullanılabilirliğini içerebilir (Torun, 1995)

Sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlık yararları üzerine ilk çalışmalardan biri 1905'te Joseph Pratt tarafından yapılmıştır. Pratt'ın çalışmasında bir grup tüberküloz hastasını hastalıklarıyla ilgili hijyen konusunda eğitmek için bir araya toplamıştır. Bu "destek grubu", fiziksel sağlık ve iyileşmede psikolojik desteğin gücünün yüksek olduğunu savunmuştur (Pratt, 1905). Ayrıca sosyal destek ile refah ölçütleri arasında güçlü bir bağ vardır. Yakın kişisel ilişkileri olanlar, yas, iş kaybı, tecavüz ve hastalık gibi çeşitli stresörlerle daha iyi baş edebilmektedirler (Salovey ve ark., 2003).

2.3.5. Sosyal Desteğin İşlevleri

Sosyal destek, kişilerarası iletişim ve etkileşimi, sevgi ve anlayışı, ilgi ve alakayı, sevgi ve arkadaşlığı, maddi yardımı ve saygı ve kabulü içerir. Sosyal desteğin işlevleri, araçsal yardım, duygusal destek ve değer ve tutumların onaylanmasını içerir. Araçsal destek, somut olan yardımı içerir (Salovey ve ark., 2003). Sosyal desteğin belirli boyutlarının veya işlevleri bulunmaktadır. Bu boyutlar geleneksel olarak duygusal, araçsal ve bilgisel destekler olarak sınıflandırılır ve bireyler için niteliksel olarak farklı ve önemli işlevlere hizmet eder (Cohen, 1988). Duygusal destek, ilgi ve ilginin varlığıyla birleşen cesaretlendirme ve rahatlığın varlığıdır, kişinin benlik saygısını artırır ve aidiyet

duygusu yaratır. Araçsal destek, mali yardım, ev işlerine yardım etme veya ulaşım sağlama gibi somut desteğin sağlanmasıdır. Bilgi desteği, stresle başa çıkmak veya sorunları çözmek için kaynaklar hakkında bilgi veya başa çıkma stratejileri hakkında öneriler sağlayarak yardım alınmasını içerir (Cohen ve ark., 1985).

2.3.6. Algılanan Sosyal Destek

Bireyin ilk ilişki kurduğu kişiler aileleridir ve aile ile kurulan ilişkinin kalitesi gelecekteki yaşamını ve davranışlarını belirlemektedir. Bireyin karakterinin oluşumunda çocukluk döneminin önemini ele alan Erikson'a göre, 0-1,5 yaş döneminde güvenlik duygusundan yoksun yetiştirilen çocuklar, gelecekte kendine güvenmeyen, sosyal ilişkiler kurmakta çekimser davranan bireyler haline gelebilmektedir (Erikson, 1963). Bu dönemdeki olumsuz yaşantılar “düşmanlık dünyası” algısının oluşmasına neden olurken, bu algı kişinin diğerlerinden uzaklaşmasına, özgüven eksikliğine ve yakın ilişkilerde başarısızlığa neden olur. İlerleyen yıllarda aile kadar arkadaşlarla olan ilişkiler de önem kazanır. Özellikle ilkokul döneminde çocuğun arkadaşlarıyla olan ilişkileri ön plana çıkmakta ve bu ilişkiler gelecekteki ilişkilerini, sosyal uyumunu, sosyal yakınlığını ya da yalnızlığını belirlemektedir. Dolayısıyla bu ilişkilerin nasıl algılandığı ve kişi üzerindeki etkisi önemlidir. Bireyin ilişkilerinin doğasına göre ihtiyaç duyulduğunda yardım görme, sevilme, saygı ve ilgi görme olarak tanımlanabilecek olan algılanan sosyal destek, bireyin güvenilir bağlara sahip olduğuna dair bilişsel algısıdır (Başer, 2006; Kozaklı, 2006).

Sosyal destek hem bireyin yaşamının sosyal yapısını hem de çeşitli kişilerarası ilişkilerin sunduğu belirli işlevleri içeren geniş bir yapıdır. Desteğin yapısal yönleri genellikle, bireyin sosyal ağların bir parçası olma derecesini gösteren sosyal bütünleşmeyi değerlendirerek ölçülür. Araştırmacılar işlevsel desteği genellikle iki alana ayırırlar: algılanan destek veya insanların kendileri için uygun olduğuna inandıkları desteği öznel olarak yorumlamaları ve gerçekte başka kişiler tarafından sağlanan alınan

destek (Grey ve ark., 2020). İlk olarak, algılanan sosyal destek ölçümleri, desteğin genel mevcudiyeti ve yeterliliği ve/veya sağlanan destekle küresel memnuniyet ile ilgili bireysel algıları değerlendirmek için tasarlanırken, alınan destek ölçümleri, sosyal destek ağları tarafından bireylere sağlanan belirli destekleyici davranışları hedefler (Eagle ve ark., 2019). İkinci olarak, çok sayıda araştırma, algılanan sosyal desteğin, alınan desteğin ölçütleriyle yalnızca mütevazı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (Haber ve ark., 2007; Lakey ve ark., 2010).

Genel olarak, algılanan sosyal destek, yaşam doyumunun ve olumsuz duygulanımın önemli bir yordayıcısıdır (Siedlecki ve ark., 2014). Algılanan destek, sevgi ve ilgi düzeyleri olumlu deneyimler sağlayabildiğinden, algılanan sosyal destek tutarlı bir şekilde iyi oluşla ilişkilendirilmiştir (Siedlecki ve ark., 2014).

Algılanan sosyal destek, yüksek benlik saygısının bileşenleri olan öz-değer, güvenlik duygusu ve aidiyet üzerindeki etkisiyle psikolojik sağlığı iyileştirebilmektedir. Bu yüksek komorbidite, depresyon ile algılanan sosyal destek arasındaki sahte pozitif ilişkiyi açıklayabilmektedir (Starr ve ark., 2014). Jou ve Fukada (2002), yüksek sosyal destek alan bireylerin sağlık durumlarında da üst sıralarda yer aldığını bildirirken, aynı araştırmacılar (Jou ve Fukada, 1994) sosyal desteğin sosyal uyum üzerindeki olumlu etkisinden bahsetmişlerdir (Jou ve Fukada, 2002). Barrera, Sandler ve Ramsay'e (1981) göre sosyal desteği yüksek olan çocuk ve ergenler stres altında diğerlerine göre daha az kaygı ve depresyon göstermektedirler. Sosyal desteğin azlığı ya da yokluğu, uyuşturucu kullanımı, suç işleme gibi sağlıksız davranışların önemli bir belirleyicisidir (Barrera ve ark., 1981; Holt ve Espelage, 2005; Mason, 2004). Çocuk ve ergenlerde özellikle alınan sosyal destek ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek, bir gruba ait olma duygusuyla ilişkilidir ve desteğin azlığı yabancılaşmaya, ıssızlığa ve yalnızlığa neden olabilir (Lagana, 2004; Manfusa, 2001). Bireyin sosyal ilişki ağını arzu ettiğinden daha dar veya

daha az tatmin edici olarak algılaması sonucu yaşanan bir duygu olan yalnızlık (Peplau ve Perlman, 1982), birçok psikolojik ve psikolojik durumla da ilişkilidir (Chen ve ark., 2004; Galanaki ve Kalanti-Azizi, 1999; Storch ve ark., 2003). Bu nedenle, arkadaş ilişkilerinin önem kazandığı ilkökul döneminde bu ilişkilere katkıda bulunan faktörler teşvik edilmeli, engeller belirlenmeli ve önlemler alınmalıdır. Ayrıca çocukluk dönemi, psikolojik ve fiziksel sorunlarla ilişkili olduğu kabul edilen yalnızlık hissine neden olan etkenler ve başa çıkma konusundaki araştırmalar için oldukça önemlidir (Chen ve ark., 2004).

2.3.7. Yaşlılık ve Sosyal Destek

Yaşlanmayla birlikte fiziksel ve bilişsel işlevler bozulur, kronik hastalıklar ve ruhsal sorunlar ortaya çıkar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık azalır ve fiziksel aktivite düzeyi sınırlanır ve bu değişiklikler yaşlılığa uyum sorununu gündeme getirir (Bahar ve Parlar, 2007). Ayrıca yaşlılıkta yaşanan faktörlerin (eş, yakın arkadaş ve akraba kaybı, çocukların evden ayrılması, emeklilik ve dul kalma gibi rol kayıpları yaşama, üretkenliğin azalması, yaşamın sonuna yaklaşma gibi) uyum üzerinde olumsuz etkileri vardır. Daha önce yapılan çalışmalara göre yalnızlığın prevalansı 65 yaş üzeri bireylerde %80 oranında bulunurken, 18 yaş altı bireylerde bu oran %40 civarında olduğu bildirilmiştir. Bu oran orta yetişkinlik döneminde kademeli olarak düşmekte fakat 65 yaşından sonra tekrar yükselmektedir (Altındağ ve Madenci, 2010).

Ayrıca toplumun yaşlılığa yönelik olumsuz tutumları, yaşlıların uyumunu zorlaştırmaktadır. Sosyal destek algısının yaşlılarda sosyal etkileşim derecesi ile yakından ilgilidir (Beğer ve Yavuzer, 2012). Algılanan sosyal destek, yaşlı yetişkinlerin refahı ve yaşam kalitesi için ilgili çok boyutlu bir faktördür. Algılanan sosyal destek, yaşlı bireylerin bu güçlüklerle mücadelesini kolaylaştıran, yaşlılığa uyumunu ve iyilik halini artıran, fiziksel ve psikolojik sağlığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen önemli

bir başa çıkma mekanizmasıdır (Boylu ve Günay, 2018). Kooshia ve ark., yalnız yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeylerinin düşük olduğunu bulmuşlardır (Kim ve Lee, 2018; Kooshia ve ark., 2012). Jiang, sosyal desteğin duygusal olarak yaşlıları gençlerden daha fazla etkilediğini belirtmiştir (Jiang ve ark., 2018).

Hsu ve Tung (2011) yaptığı çalışmada yaşlılara yönelik aile ilişkileri, sosyal çevre ve sosyal destek gibi faktörlerin yaşlılığa psikososyal uyumu artırmada önemli olduğunu bildirmiştir (Hsu ve Tung, 2011). Literatürdeki çalışmalar, algılanan sosyal destek düzeyinin yaşlıların yaşlılık sorunlarıyla baş etmede ve yaşlılığa uyum sağlamada önemli olduğunu göstermektedir (Hsu ve Tung, 2011). Sağlıklı yaşlanma, sosyal ilişkilerin sürdürülmesi ve yeterli sosyal destek kaynaklarına sahip olmakla mümkündür (Duru ve Yiğit, 2018; Go ve ark., 2014; Hsu ve Tung, 2011). Sosyal desteğin yaşlıların sağlık algısı, psikolojik iyilik hali ve yaşlılık değişikliklerine uyumu üzerinde olumlu etkisi vardır (Oluwagbemiga, 2016). Literatür, sosyal desteğin yaşlıların depresyon ve yalnızlık düzeyi (Liu ve ark., 2016), yaşam kalitesi (Kang ve ark., 2018; Ünsar ve ark., 2015), psikolojik iyilik hali (Oluwagbemiga, 2016), stresle baş etme yeteneği (Wang ve ark., 2014) ve yaşam doyumu (Aydiner ve ark., 2018), öznel iyi oluş düzeyi (Rocha ve ark., 2017) ve yaşlılar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu bildirmektedir.

2.4. Umutsuzluk

2.4.1. Umut ve Umutsuzluk Kavramı

Umut, arzu edilen bir sonucu gerçek bir olasılık olarak görme yeteneği olarak tanımlanır (Kwong, 2019). Umut, insanoğlunun rahatsız olduğu duruma karşı harekete geçmesi ve içinde bulunduğu durumu değiştirme girişiminin edimidir. Umut, öznel refahın önemli bir belirleyicisidir ve olumlu bir motivasyon durumudur (Huen ve ark., 2015). Geleceğe dair beklentiler ile bu beklentilerin gerçekleşme ihtimalini birbirine bağlayan ve kişinin hedeflerine ulaşmak için kendi hayatını yönetmesini sağlayan olumlu

bir duygudur. Umut sayesinde kiři herhangi bir olumsuz durumla bař edebileceğine dair olumlu bir dűřünce geliştirebilir (Sert, 2017). Umut aynı zamanda ruhsal bozuklukların iyileşmesinde de en önemli belirleyicilerden biri olarak kabul edilmekte ve bireylerin hastalıklarıyla daha iyi bař etmelerine ve yaşamın anlamını keşfetmelerine yardımcı olabilmektedir (Noh ve ark., 2008).

Umutsuzluk ise bir sonuca ilişkin böyle bir beklenti ve istek duymama olarak tanımlanır. Umutsuzluk tanımı gereği umudun kaybıdır (Yıldırım ve ark., 2023). Pek çok kişi, hayatlarının bir parçası olan yalnızlıkla daha da yoğunlaşan derin bir umutsuzluk duygusu hisseder. Yalnızlık ve umutsuzluk, güçlü ile güçsüz arasındaki bu ilişkide kurulmaya başlar, çünkü hizmet edenlerle hizmet edilenler arasında bir köprü yoktur. Umutsuzluk genellikle insani hizmet sistemleri desteği ve/veya müdahaleleri alan kişiler tarafından hissedilir. İnsani hizmet ortamlarında hizmet verilen birçok insanın umutsuzluğu yalnızlıkla daha da kötüleşir, çünkü toplumun marjinallerindeki insanlar genellikle o toplumdaki en yalnız kişilerdir (Taylor, 2011).

2.4.2. Umudu Desteklemede Ailenin Rolü

Umut bir duygu, bilişsel bir süreç, bir varoluş durumu, bir eğilim, bir tutum (Doe, 2020), zihinsel sağlık alanında merkezi bir ilke (Acharya ve Agius, 2017) ve hayati bileşen olarak tanımlanmıştır. İnsanlar yaşlandıkça, bir aile destek sistemine sahip olmak yaşlılar için çok önemlidir. İnsanlar yaşlandıkça, sosyal ağları daralma eğilimi gösterir ve yaşlı insanların sosyal desteğinin hayati bir bileşeni olan aile desteğinin, yaşlı insanlar için aile dışı destekten daha büyük öneme sahip olduğu bulunmuştur (Merz, 2010; Wang ve ark., 2020). Yaşlı yetişkinler aile üyeleriyle sosyal bağlarını sürdürdüğünde, bu, sosyal olarak izole olanlara kıyasla yaşam beklentilerini artırabilir. Yaşlının ailesi ile kurduğu sosyal ağ, bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler (Altıparmak,

2009). Yaşlı yetişkinlerin aileleriyle sosyalleşmesi ve sevildiklerini ve değer verildiğini hatırlamaları önemlidir. Bu, yaşlıların depresyon gibi akıl hastalıklarından muzdarip olma olasılığının azalmasına, geleceğe yönelik daha umutlu olmasına ve yaşama doyumunu artırmaya yardımcı olabilir. Aile desteği ile yaşlıların yaşam memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki vardır. Grundy ve Henretta (2006), aile sisteminden kaynaklanan desteğin yaşlı yetişkinlerin refahı açısından özellikle önemli olabileceğini bulmuşlardır (Grundy ve Henretta, 2006)

2.5. Yaşam Kalitesi

2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi (YK), bir popülasyonun veya bireyin, belirli bir zamanda, varlıklarının bütünlüğü içinde hem olumlu hem de olumsuz unsurlara ilişkin refahını yakalamayı amaçlayan çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini, kişinin kendi kültürü ve değer sistemi merceğinden gözlemlendiği gibi, hedeflerine göre kendi gerçeklik algısının öznel bir değerlendirmesi olarak açıklamaktadır (Ozbay ve ark., 2007; WHO, 1993). Başka bir deyişle, geleneksel iktisat teorisi, yaşam kalitesini hane halkının geliri, gayri safi milli hasıla, istihdam vb. “nesnel değişkenler” olarak tanımlar (Zhao ve ark., 2005).

Yaşam kalitesi “esenlik”, “refah”, “iyi yaşam” gibi ilgili pek çok kavram erken Yunan felsefesinden bu yana tartışılmıştır ve yüzyıllar boyunca iyi yaşam insanların amacı olmuştur. Yaşam kalitesi günlük konuşmamızda çok popüler bir terim olmasına rağmen, refah, fayda vb. anlamları üzerinde tam bir fikir birliği yoktur (Fahey ve ark., 2003). Ancak çok boyutlu bir kavram olduğu konusunda görüş birliği vardır (Andre ve Dieudonne, 2001; Böhnke, 2005; Fahey ve ark., 2003; Hajiran, 2006; Megone, 1990). Nitekim bir kavram olarak yaşam kalitesi uzun süredir tanımlanmaya çalışılmaktadır. Kalite kavramı miktarın, yani niceliğin, sayının, boyutun vs. aksine, nitelik dilsel olarak

bir değer özelliği veya nesnelerin veya fenomenlerin temel doğası olarak anlaşılır (Kovac, 2004). Yaşamın anlamı genellikle yalnızca, dar anlamda "kişinin kendini iyi hissetmesi, mutluluğu ya da mutsuzluğu gibi tatmin ve benzer durumlar" anlamına gelen "zihinsel yaşam" anlamı ile sınırlıdır. Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, mutluluk, refah, sağlık, çevre, güven, güvenlik, ekonomi, özgürlük vb. birçok alanı içerdiğinden birbirinin yerine geçebilen bir kavram olarak adlandırılabilir (Anderson 2004). Ayrıca özgürlük, adalet, güvenlik, güven ve bugünü ve yarını kapsayan güvenceler gibi kişinin sahip olduğu maddi imkanlar ile maddi olmayan imkânlar toplamı olarak da tanımlanabilir (Özcan ve ark., 2003).

Sonuç olarak, yaşam standardı yaşam kalitesi olarak görülmektedir. Ayrıca, yaşam standardı daha kolay ölçülebildiği için yaşam kalitesi göz ardı edilmekte ve daha az çalışılmaktadır (Flora, 1998). Gerçekten de yaşam kalitesi, yaşam standardını kapsar, dolayısıyla yaşam kalitesi daha geniş bir kavramdır (Andre ve Dieudonne, 2001). Ayrıca, bir toplumun refahının ana ölçüsü olarak yalnızca yaşamın ekonomik alanı tarafından tanımlanan yaşam standardının kullanılması, diğer yaşam alanlarının, yani sağlık, özgürlük, eğitim, çevre, güvenlik, mutluluk ve yaşam doyumunun önemini göz ardı eder (Hajiran, 2006).

2.5.2. Yaşam Kalitesi İnceleyen Yaklaşımlar

Yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu ve sağlık, ekonomi, özgürlük, sosyal ilişkiler, eşitsizlik, gelir, suç gibi tüm yaşam alanlarının kişinin yaşam kalitesini etkilediği unutulmamalıdır. Birçok yaklaşım, yaşam kalitesini tanımlamak için mikro yani bireysel düzeye bağlıdır. Genel olarak bunlar, hareket noktası bireyin faaliyetleri ve konumu olan bireyci yaklaşımlar olarak adlandırılabilir. Temel argüman, bireyin toplum ve düzen üzerinde olduğudur. Dolayısıyla yaşam kalitesini “bireyin başarısı”, “koşullarına hakim olma” ve bireyin tüm kısıtlamalardan kurtulması olarak

tanımlamaktadır (Gerson, 1976). Yaklaşımına göre, “yaşam kalitesi, düşman veya farklı bir doğa, Tanrı veya sosyal düzen tarafından kendisine getirilen kısıtlamalara rağmen, bireyin arzularını gerçekleştirmede ne derece başarılı olduğu ile ölçülür” (Gerson, 1976).

Hazcılık bireyci yaklaşımlardan biridir. Hazcılığın temel argümanı, zevktir. Kısacası bu yaklaşım, yaşam kalitesini göreceli ve sübjektif olarak görmekte ve zevk veren her şeyin başarıma derecesi ile eş tutulmaktadır (Tekeli ve ark., 2004).

Diğer bir yaklaşım faydacılıktır. Faydacılığa göre hayatın temel amacı faydayı artırmaktır. Ana argüman, yararlı olan herhangi bir şeyin iyi olduğudur. Bu nedenle, herkesin farklı bir fayda kavramı vardır ve bilim adamları görecelikten kaçmak için standart bir insan yaratırlar (Sirgy ve ark., 2006; Tekeli ve ark., 2004). Örneğin, bir faydacı olan Bentham (1983), yaşam kalitesini, insan ihtiyaçlarının genel olarak karşılandığı gelişmiş dünyada “zevk ve mutluluğun ve nihayetinde yaşamdan elde edilen tatminin derecesi” olarak ifade eder (Sirgy ve ark., 2006).

Üçüncü yaklaşım arzu teorisidir. Bu teoriye göre yaşam kalitesi kişinin arzularına nasıl ulaştığı ile belirlenebilir ve ölçülebilir (Diener ve ark., 1997; Tekeli ve ark., 2004).

Dördüncüsü, Maslow'un popüler "ihtiyaçlar hiyerarşisi" teorisidir. Hava, su, yemek, uyku gibi temel ihtiyaçları (fizyolojik ihtiyaçları), Güvenlik ihtiyaçları; sevgi ve ait olma ihtiyaçları, benlik saygısı ihtiyaçları ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçları içeren bir ihtiyaçlar hiyerarşisi çizmektedir. Yaşam kalitesi, kişinin hangi basamağa ulaştığı ile ilgilidir (Maslow, 1943; Tekeli ve ark., 2004).

Beşincisi, Sen'in "yetenek" teorisidir. Onun teorisi, değerli şeylere ve durumlara ulaşmaya çalışan insan yeteneğine dayanmaktadır (Sen, 1998; Philips, 2006). Ayrıca, yaşam kalitesi, yeterli beslenme gibi basit durumlardan, "toplum yaşamına katılabilme ve sahip olma" gibi çok karmaşık kişisel durumlara kadar değişen "değerli işlevleri yerine getirme yeteneği açısından değerlendirilmelidir" (Sen, 1998).

Altıncı yaklaşım, Aristoteles'in felsefesiyle ilgilidir. Aristoteles'e göre iyi yaşamın temeli, "insanların tüm potansiyellerini gerçekleştirmek"tir. Diğer bir deyişle, iyi bir yaşam elde etmek için bireydeki potansiyelin farkına varılması gerekir (Diener ve ark., 1997). Ayrıca insanın her rasyonel faaliyeti “iyiye” ve “mutluluğa” yöneliktir (Haybron, 2000). Kısaca, Aristoteles'in ana fikri şudur: "Eğer bir insanın bir işlevi veya amacı varsa (sadece bir insan olarak), o amaca ulaşıldığında en iyi durumda olacaktır. Eğer insanın amacı makul bir şekilde bir tür yaşamsa, o zaman iyi bir yaşam sürmesi, bu amaca ulaşmasından ibarettir" (Megone, 1990).

Yedinci yaklaşım, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi ile ilgili olan temel ihtiyaçlar yaklaşımıdır (Maslow, 1943; Özcan ve ark., 2003).

Son yaklaşım Allardt'ın modeli'dir. “Sahip olmak”, temel ihtiyaçların tatminini ifade eder. "Sevmek" insanlar arasındaki ilişkilerle ilgilenirken, "var olmak" kişisel gelişim ve doğayla uyum için ihtiyaçlarla ilgilenir. Ayrıca “olma”, kültürel kaynaklara erişim, doğa ve hakkaniyete katılım ölçütlerini içerirken, “sevmek” algılanan ırkçılık, aile içi şiddet vb. içermektedir (Allardt, 1993)

Makro yaklaşımlar ise topluma dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre toplum, diğerinden farklı olarak bireyden önce gelir. Yaşam kalitesini “bir kişinin daha geniş sosyal düzendeki yerini gerçekleştirme derecesi” olarak tanımlar (Gerson, 1976; Sirgy ve ark., 2006; Vennhoven, 2001). Yaşam kalitesine ulaşmak için daha büyük düzene ihtiyaç vardır. Örneğin, bu yaklaşımlardan biri dini, felsefi veya diğer sistemler üzerine inşa edilen “normatif ideallere” odaklanır; İyi bir yaşamın temelinde yardımlaşma yatmaktadır, çünkü din öğretiminde altı çizilmektedir (Diener ve ark., 1997). Diğer bir makro yaklaşım, toplumdaki kolektif inanç ve değerler gibi bütün ve kalıcı unsurların altını çizen sosyo-kültürel karakteristik eğilimlerdir (Yetim, 2001).

2.5.3. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşam kalitesi göstergeleri; ekonomik göstergeler, sosyal göstergeler ve psikolojik göstergeler olmak üzere üç grupta toplanır (Erdoğan, 2015).

Ekonomik göstergeler, temel gereksinimler hiyerarşisinde üst kısımda olan fiziksel ihtiyaçların (su, besin ihtiyacı, korunma vb.) giderilmesinin dışında iyi bir sağlık hizmeti, barınma gibi olanakların oluşması için, gelir durumu ile direkt ilişkilidir. Araştırmalarda ekonomik durumun temel sağlayıcı olan gelir, kişinin yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayabilmektedir (Erdoğan, 2015).

Sosyal göstergeler arasında bireyin mesleği, yaşadığı yer, beslenme, sağlık koşulları, eğitim durumu, mesleği ve sosyal çevresi sayılabilir. Bunların iyilik hali içerisinde bulunması yaşam kalitesini pozitif şekilde destekleyecektir (Erdoğan, 2015).

Psikolojik göstergeler, yaşam doyumu, psikolojik etki ve bireyin bütüncül bir iyilik halinin değerlendirilmesiyle öğrenilir. İnsan istediklerini elde ediyorsa ve bunun karşısında mutlu oluyorsa, yaşamdan istediği her şeyi elde ettiyse, pozisyonu ve görevi de mükemmel ise, üstelik hiçbir sağlık problemi de bulunmuyorsa yaşam doyumunu da tamamlamış olarak değerlendirilir (Aslan, 2001).

a) Bireyin işinden aldığı doyum; Birey çalışma ortamını ve çalıştığı işi isteyerek ve severek yapıyorsa psikolojik yönden rahatlar. Bu durum yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler.

b) Aile ve toplum yaşantısından aldığı doyum; Bireyin aile ve toplum içerisindeki yaşantısından aldığı doyumla paralel olarak yaşam kalitesi olumlu ve olumsuz etkilenir. Aile ve toplumda otonomisine saygı duyulan birey daha huzurlu ve mutlu olur.

c) Özel hayatıyla ilgili olan doyum; Bireyin özel yaşamı psikolojik ruh halini çok önemli oranda etkilemektedir. Özel yaşamında problem yaşayan bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Perim, 2007).

2.5.4. Yaşam Kalitesi Ölçümünde Farklı Yaklaşımlar

Yaşam kalitesini ölçmek için, kişinin yaşamı iyi yapan şeyin ne olduğuna dair bir kurama sahip olması gerekir (Noll, 2004). Yaşam kalitesi, kişi başına düşen GSYİH ve bebek ölüm hızı gibi sayılabilir veya nesnel göstergelerle ve yaşam memnuniyeti, mutluluk, bireysel refah algısı gibi sayılamayan veya öznel göstergelerle ölçülebilir (Shackman ve Wang, 2005). Ayrıca Inkeles (1993), en etkili yöntemin objektif ve sübjektif ölçümleri birlikte kullanmak olduğunu belirtmektedir. Objektif ölçütleri şu şekilde tanımlar: “...gözlenen koşullardan muhtemelen etkilenen kişilerin iç durumlarına atıfta bulunulmaksızın dışarıdan bir gözlemci tarafından tespit edilip değerlendirilebilenler” (Inkeles, 1993). Ayrıca, nesnel ölçütler, bir sınıfta kaç çocuk olduğu gibi bariz bir fiziksel veya maddi referansı olan ölçütler ve okula gitmek için yasal haklar gibi toplumsal veya siyasi bir durumu gösteren ölçütler olarak ikiye ayrılır. Pozitif gösterge, azınlık grubun veya genç kızların eğitim durumu gibi bazı gösterge-değerlerin artması durumunda yaşam kalitesinin bazı yönlerinin artması beklenmektedir. Aksine, negatif gösterge, bebek ölüm hızı ve intihar oranları gibi bazı gösterge değerleri artarsa, yaşamın bazı yönlerinin kötüleştiği anlamına gelmektedir (Inkeles 1993; Vennhoven, 2001). Sübjektif göstergeler ise ancak insanlara kendi yaşam alanlarına, yaşam koşullarına veya başkalarının koşullarına ilişkin duygu, düşünce, inanç ve değerlendirmelerinin sorulmasıyla elde edilir (Flora, 1998).

2.5.5. Objektif ve Sübjektif Yaşam Kalitesi

Objektif göstergeler; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanılan konutun durumu vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyum ise yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleridir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Objektif yaşam kalitesi gelir, ortalama yaşam süresi, kişi başına düşen GSYİH vb. ve öznelidir. Bu düzeylerle ilgili iki kutuplu görüş vardır: objektif düzey, iyi toplum ve

sosyal refah kavramlarına odaklanan ve “belirli belirleyiciler altında bireyin hakimiyeti” olarak görülen bir refah sorunudur. Objektif yaşam kalitesi para, mülk, bilgi, güvenlik ve sosyal ilişkiler ve nesnel yaşam koşulları açısından tanımlanan kaynaklarla ilgilenir. Sübjektif göstergeler ise umutlar, beklentiler, duyular vb. ile ilgilidir. Burada önemli olan “kültürel ve tarihsel faktörler, gelenek, alışkanlık ve bazı durumlarda “istifa” gibi farklı algılara yol açan “teslimiyet”ten etkilenmeleridir (Petrucci ve Andrea, 2002). Allardt'a göre öznel ve nesnel göstergeler arasındaki ayrım, ihtiyaçlar ve istekler arasındaki ayrım felsefesine bağlıdır. Bu, öznel göstergeler bireyin isteklerini araştırırken, nesnel göstergeler kişinin ihtiyaçlarını araştırdığı anlamına gelir. Ancak bazen bunun tersi de mümkün olabilir (Allardt, 1993; Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

2.5.6. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Arttıran Durumlar

Günümüzde gerek ruhsal gerekse birçok fiziksel rahatsızlığın temelinde stres vardır. Akut ve kronik stresler vücutta hormonlarının salgılanmasına neden olur. Ani korku ve tehditler karşısında salgılanan bu hormonlar vücut savunması için gereklidir (Yoka, 2019). Savunma mekanizmalarında ise, kronik stres durumlarında bu hormonlar bağışıklık sistemini zayıflatır, hipertansiyon ve taşikardiye neden olur; başta kalp damar hastalıkları olmak üzere birçok kronik hastalığa ve ruhsal probleme neden olur. Belki günlük stres ve sıkıntılarımızdan kurtulmanın kolay bir yolu yoktur ama basit yöntemlerle ufak da olsa stres düzeyini azaltmak ve ufak mutluluklar sağlamak mümkündür (Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Savcı 2006; Yoka, 2019). “Bireylerde yaşam kalitesi azaltan durumlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Temel gereksinimlerinin karşılanması
- Beden imgesinin değişmesi
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik

- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Akut sağlık sorunları
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması
- İtibar görmesi
- Otonomisinin olması
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Kendini ifade edebilmesi
- Fonksiyonel olarak yeterli olması

2.5.7. Kaliteli Yaşamın Kriterleri

Hareketli Yaşam: Egzersiz ile iyileştirilmiş fiziksel ve psikolojik sağlık arasındaki bağlantılar iyi kurulmuştur. Yaşam boyu egzersiz yapmak, kalp ve damar hastalıkları, tansiyon yüksekliği ve ileri yaşlarda kemik yoğunluğunun azalması gibi sorunları azaltır. Başka türlü spor yapma olanağı olmasa bile her gün, hiç değilse gün aşırı en az 30 dakika hızlı tempoda yürüyüş yapmak da iyi bir egzersizdir. Egzersiz yapmak bir yaşam biçimidir. Birey günlük hayatını programlarken temel gereksinimleri arasında egzersize de yer açmış olmalıdır. Düzenli egzersiz yapmak kas gücü ve bedensel esnekliğin yanı sıra kalp damar sistemini güçlendirerek dayanıklılığını da artırır. Egzersiz akıl ve ruh sağlığı açısından da faydalıdır. Düzenli egzersiz ile kişi gerilimini azaltabilir, günlük baskılardan uzaklaşabilir ve zihnini zinde tutabilir (Demirkıran, 2012).

Beslenme: Beslenme, ruhsal ve bedensel sağlığımızı en çok etkileyen çevresel faktör olarak kabul edilmektedir. Beslenme, kişinin büyümesi, gelişmesi ve onarımı;

metabolizmasının çalışması; sağlığının korunması için gerekli enerji ve besin öğelerinin besinlerden uygun miktarlarda sağlanmasıdır. Bu ana karnından hayatımızın sonuna kadar devam eden doğal bir olay olduğundan, fizyolojik ihtiyaçlarımızı yeme ve içme yoluyla karşılamak kolaymış gibi görünmektedir Bazı kişiler, enerji ve besin öğelerini gereksinimlerinden daha düşük düzeylerde alırlar. Bunun sonucunda, yitık vücut dokuları, kalp yetmezliğı, anemi, zihinsel işlevlerde aksamalar, mikrobik hastalıklara dirençsizlik, vücutta zararlı maddelerin birikimi, anoreksia nevrosa ya da bilumia gibi psikolojik temelli sorunlar, bunalım, ortaya çıkabilir (Demirkıran, 2012).

Düzenli Yaşam ve Uyku: Sağlık ve zindelik için düzenli yaşam ve uyku da vazgeçilmez şartlardır. İnsan yaşamının devam edebilmesi için olmazsa olmazların arasında yer alan uyku, kuşkusuz hepimiz için zorunlu bir zaman dilimidir. Sağlıklı bir yaşamın yolu hem bedensel hem de ruhsal olarak bizi yenileyen ve vücudu onaran uykudan geçer. Uyku gereksinimi insan yaşamı boyunca süre açısından değişkendir. Büyüme hormonu uykuda salgılandığından çocukların büyüme ve gelişmesinde düzenli ve yeterli uyku çok önemlidir. Bireyler arasında uyku gereksinimi ve ritmi farklılık gösterir. Bazı insanlar 4-6 saatlik uyku ile yetinirler, kimileri ise 10-12 saat uyurlar. Uyku aynı 43 zamanda ruh sağlığının bir göstergesidir. Streste ve pek çok psikiyatrik hastalıkta uyku ritmi ve süresi bozulur (Demirkıran, 2012).

Zaman Yönetimi: Zaman yerine konması, geri döndürülmesi, yenilenmesi depolanması, satın alınması mümkün olmayan bir şeydir. Yapılacak her işe zaman gereklidir. Zaman pahalıdır. Zaman aslında herkes için sabittir, diğer bir deyişle herkes için günde yirmi dört, haftada yüz altmış sekiz saat vardır. Ancak benzer koşullarda yaşayan ve çalışanların üretimleri bireysel yeteneklerden de kaynaklanan farklılıklar gösterir. Bu farkı yaratan etkenlerden biri de zamanın nasıl kullanıldığıdır (Demirkıran, 2012).

Çalışma Ortamı: İş ve çalışma ortamı da sağlık açısından riskler içerebilir. Kötü çalışma koşulları; yetersiz aydınlatma, havalandırma, ısıtma vb. ortamın fiziksel koşullarının uygunsuzluğu, aşırı ve uzun çalışma saatleri, ergonomik kurallara uyulmaması, iş güvenliğinin olmaması, çalışma ortamındaki kalabalık, gürültü, kirlilik, sürekli aynı beden pozisyonunda çalışma zorunluluğu, ağır kaldırma, manyetik alanlara ya da kimyasal maddelere maruz kalma, hava kirliliği, iş kazaları gibi daha pek çok etken sağlığı tehdit etmektedir. Bireyler çalışma ortamlarından kaynaklanacak sağlık risklerini tanımalı ve bunları en aza indirmelidirler (Petrucchi, 2002).

2.5.8. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (YK) bireyin yaşadığı kültür ve sosyal çevre içerisindeki beklentileri, amaçları, ilgi ve istekleri doğrultusunda hayattaki durumunu algılayışı ile ilgilidir (Durduran, 2018). Mutluluk ve yaşam hedeflerine ulaşma ile yakından ilgili olduğu için özellikle yaşlı insanlarda yaşam kalitesi çok önemlidir. Yaşlılık, her konu için niteliksel olarak farklı bir deneyimdir (Görgün-Baran, 2008). Yaşlılık bireylerin fizyolojik ve ruhsal durumlarında geri dönüşü olmayan değişikliklerin olduğu biyolojik, kronolojik ve sosyal değişimlerini kapsayan bir süreçtir (Demir, 2017). Yaşlanmayla beraber ortaya çıkan fizyolojik ve fiziksel değişimler günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, depresif duygu-durum ve bilişsel işlevlerde bozulmaya bağlı olarak sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olmaktadır (Demir, 2017; Karakuş, 2017).

Yaşlanmayı olumlu bir deneyim haline getirmek için, buna sağlık, katılım ve güvenlik için sürekli fırsatlar eşlik etmelidir (WHO, 2014). Bu bağlamda DSÖ, “yaşlılıkta yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını optimize etme süreci” olarak nitelendirilen “aktif yaşlanma”dan bahsetmektedir. "Aktif" kelimesi, yalnızca fiziksel aktivite veya çalışma ile devam etmeyi değil, aynı zamanda yaşlıların sosyal, ekonomik, kültürel, manevi ve yurttaşlık gibi çeşitli alanlarda katılımını ifade eder

(DSÖ, 2002). Aktif yaşlanmanın temel amacı, engelliler ve bakıma muhtaç olanlar da dahil olmak üzere tüm yaşlanan insanların fiziksel ve zihinsel sağlığını, sosyal içermesini ve yaşam kalitesini teşvik ederek özerkliği ve bağımsızlığı sürdürmektir. Bireylerin sağlıklı yaşlanabilmeleri, yaşlılık döneminde aktif ve anlamlı bir yaşam sürdürebilmeleri için yaşlı bakımının amacı, içinde bulundukları çevreyi de dikkate alarak kapsamlı ve multidisipliner bakım koşullarını oluşturmak olmalıdır (Zamboriová ve ark., 2007). DSÖ, yaşam kalitesini “bireyin içinde yaşadığı kültürel ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile bağlantılı olarak yaşamdaki konumunu algılaması” olarak tanımlamaktadır. Kapsamlı fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar ve çevrenin temel özellikleriyle ilişkiyi kapsayan geniş bir terimdir” (WHO, 1995).

2.5.9. Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşlılarda, fonksiyonları korumak, bağımsız olmalarını sağlamak ve yaşam kalitesini iyileştirmek temel hedefler içinde yer almaktadır. Bunun nedeni, fiziksel kısıtlılık ve fonksiyonel problemler; yaşam kalitesinde azalmaya, sağlık harcamalarında artış ve uzun süreli bakıma neden olmaktadır. İleri yaştaki genel sağlık durumu, kronik hastalıkların sayısı, günlük yaşam aktiviteleri, kan basıncı kontrolü, egzersiz ve cinsiyet yaşam kalitesinin belirleyicisi olarak bulunmuştur. Tıbbi problemler öncelikli olarak fonksiyonel değişikliklerle ortaya çıktığı, fonksiyonel kayıplar yaşam kalitesini etkilediği, engelliliğe neden olduğu ve hasta ve bakıcılarını etkileyeceği için önemi büyüktür. Fonksiyonlar ve fiziksel durumdaki küçük değişikliklerin, hasta ve bakıcılarının yaşam kalitesinde büyük farklılık yaratacağı unutulmamalıdır (Eyigör, 2010).

Ağrı sıklığı yaşla artma eğilimindedir ve fonksiyonel kısıtlılık, bozulmuş uyku ve yaşamdan memnuniyette düşüklüğe neden olmaktadır. Kişilerin yaşam kalitesini ciddi

derecede etkilemektedir. Bu nedenle, ağrı sadece tek bir sağlık problemi gibi algılanmamalı ve diğer faktörlerle ilişkisi de göz önünde bulundurulmalıdır (Eyigör, 2010).

Sosyal ilişkiler: Yaşlanma nedeniyle işitme, görme ve fiziksel güç açısından fiziksel fonksiyonları azalan yaşlı insanlar, yemek yeme, giyinme, tualete gitme, hareket etme vb. Bu nedenle, yardım ve bakım için başkalarına güvenme eğilimindedirler. Yaşlı kişilerin sosyal ilişki düzeyleri ilginç şekilde; hastalık, ölüm ve fiziksel fonksiyonlarını etkilemektedir. Sık hastane yatış öyküsü olan yaşlılarda, kapsamlı geriatrik değerlendirme ve evde yapılan rehabilitasyon programları, özürllükte azalma ve yaşam memnuniyetinde artışa yol açmaktadır. Bunun yanında, iş-uğraşı tedavisi ve çevre adaptasyonları da fiziksel fonksiyonları iyileştirmek açısından yararlı olmaktadır. Hastanın sağlık personeli ile karşılaştığı ilk andan itibaren tedavisi sonuçlanıncaya kadar devam eden tüm bu aşamalar hastanın yaşam kalitesini etkiliyor görünmektedir. Değiştirilebilen ve modifiye edilebilen faktörlerin bilinmesi, elbette ki bizim yaşlıya yaklaşımlarımızı değiştirecektir (Eyigör, 2010).

Süre gelen hastalıklar: Çoğu yaşlı kişi süreğen hastalıklar nedeniyle sağlık problemleri ve özürllük ile karşı karşıya kalmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durum görece olarak fizik aktivite eksikliğine bağlı olabilmektedir. Hareket kısıtlılığı, ağrı ve emosyonel problemlere bağlı bu aktivite azalması sonucu kısır bir döngü olmaktadır. Süreğen hastalıkların çoğu zaman tam tedavisi olmadığı için, amaç kişiyi rahatsız eden problemleri ortadan kaldırmak ve yaşam koşullarını iyileştirme yönünde olmaktadır. Diyabet (şeker), astım, artrit (kireçlenme) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi görece olarak yaygın bu dört hastalık, fiziksel fonksiyonları etkileyerek sağlıklı yaşlanma üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Özellikle de diyabet ve sağlıklı yaşlanma arasında görülen bu ilişkinin, kalp, ayak ve görme problemlerinin, bu

kişilerde daha sık olması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Kronik hastalıklarda fiziksel aktivite düzeyindeki artışın yaşam kalitesini düzelttiği belirtilmektedir (Eyigör, 2010; Shin ve ark., 2011).

Düşme: Yaşlı kişilerde düşmelerin önlenmesi önemli bir konudur. %30-50 arasında yaşlı, yılda en az bir defa düşmektedir. Düşmenin; kırık, düşme korkusu, fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon kabiliyetinde azalmaya neden olması, yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır. Fiziksel kırılganlık ve düşme ile ilişkili yaralanmalar, yaşam kalitesini ve yaşlı kişinin genel fonksiyonlarını etkileyeceği için yapılan çalışmalarda da bu konu üzerine yoğunlaşmıştır (Eyigör, 2010).

Hareket kaybı: İnsanlar, yaşlılıkta hastalıktan kaynaklanan fiziksel değişiklikler veya fiziksel işlevlerin doğal olarak bozulması, evdeki ve toplumdaki rollerinin kaybı nedeniyle sosyal değişiklikler, kötüleşen ekonomik durum, depresyon, yalnızlık ve hatta intihar dürtüleri gibi çeşitli değişiklikler yaşarlar. Bu değişiklikler arasında, yaşlanma nedeniyle fiziksel işlevlerin bozulması beyin işlevini olumsuz etkiler ve bilişsel işlevlerin azalmasına yol açar, bu da hafıza sorunlarına, oryantasyon bozukluğuna, muhakemede azalmaya ve zayıf kavramaya neden olur. Sedanter yaşam ve hareket kaybı açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Azalan bilişsel işlevsellik, denge duygusunu etkiler, bağımsız fiziksel aktiviteyi zorlaştırır ve yaşlı insanlarda yaşam kalitesini düşürür (Eyigör, 2010; Shin ve ark., 2011).

Depresyon: İleri yaşta görülen en sık ve özürlülüğe en fazla neden olan psikiyatrik hastalık olup, hastalık ve sağlık harcamaları açısından da önemlidir. Depresyon günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve yaşam kalitesi ile belirgin ilişkili görünmektedir. Tanı konmuş depresyon sıklığı düşük olsa da depresif belirti ve bulguların klinik olarak anlamlı olduğu yaşlı yüzdesinin 15-25 arasında olduğu söylenebilir. Sosyal fonksiyonların ve yaşam kalitesinin azalması, fiziksel özürlülük ve kognitif etkilenmenin

artışı ve intihar girişimi ile ilişkili görünmektedir. Bu nedenle yaşamın ileri aşamalarında depresyonun tanınması ve uygun zamanda tedavi edilmesi önem taşımaktadır (Demnitz ve ark., 2016; Eyigör, 2010).

İdrar ve gaita kaçırma da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (%3.7-26). Yaşla birlikte sıklığı artmaktadır. Genellikle hekimler tarafından sorgulaması yapılmamakta, hasta tarafından da utanma, yaşlılığın normal seyri, tedavi olamayacak olması nedeniyle gizlenmektedir. Oysa sosyal, fiziksel ve hijyenik boyutu nedeniyle yaşam kalitesini belirgin olarak etkilemektedir. Hem hasta hem de bakıcılarında, depresif belirti ve bulgulara da yol açtığı bilinmektedir. İdrar kaçırması olan kişilerin daha depresif oldukları ve sağlık algılamalarının kötü olduğu görülmüştür. Ortaya konulmuş çalışmalarda, sadece %40 hastanın tedavi edici veya koruyucu önlem yöntem aldığı belirtilmektedir (Demnitz ve ark., 2016; Eyigör, 2010).

İyi ağız sağlığı: Kişilerin fizyolojik ve fonksiyonel olarak iyi hissetmeleri açısından önemlidir. Çok ilaç kullanan yaşlı kişiler ağız sağlığı açısından sorun yaşamaktadırlar. Sistemik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar oral fonksiyonları etkilemektedir. Hastalıklardan kaynaklanan olası fiziksel kısıtlılıklar ve hastaneye yatış yaşlı kişilerin ağız sağlığı konusundaki duyarlılığını ve kendine bakım kapasitesini etkiler ve böylece ağız hijyeni olumsuz etkilenir. Bu nedenle hastane bakımı çok önem taşımaktadır. Ağız sağlığı, tahmin edilenden daha fazla günlük hayatı etkilemektedir. Geride kalan diş sayısının azalmasının ve ağız kuruluşunun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ağız bakımı, kişinin kendini iyi hissetmesi ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olup, yaşam kalitesi ağız bakımı ve diş tedavisi için geçerli sonuç göstergesi olarak tanımlanmaktadır. İşitme kaybı ve görme problemleri de yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (Eyigör, 2010).

2.5.10. Yaşlılıkta Yaşam Memnuniyeti

Yaşam doyumu son zamanlarda yaşam kalitesinin en iyi göstergesi olarak tanıtılmaktadır. Yaşam kalitesi genellikle objektif ve öznenin ötesinde değerlendirilen bir kavramdır. Sağlık, ekonomik durum, çevresel faktörler ve sosyal ilişkiler gibi bir dizi belirleyici faktörü içerebilir. Yaşam kalitesi, kişinin yaşamının çeşitli alanlarındaki tatmini ve refahıyla ilgilidir. Yaşam doyumu veya memnuniyeti ise daha çok bireyin kendi subjektif algısıyla ilişkilidir. Bir kişinin kendi yaşamını ne kadar tatmin edici bulduğuna, mutlu olup olmadığına ve yaşamından ne kadar keyif aldığına dair bir ölçüdür. Yaşamdan memnuniyet, dış dünyadaki bireysel deneyimlerden kaynaklanan bir tür genel ve derin iç mutluluktur (Yeniaras ve ark., 2017). Sağlık durumu yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Sağlıklı ve fiziksel olarak iyi olan yaşlılar genellikle daha yüksek bir yaşam doyumu yaşarlar. Daha yüksek yaşam doyumuna sahip olan yaşlı yetişkinlerin de sağlık davranışlarını geliştirmede daha yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir (Vijayakumar ve ark., 2016). Ancak artan yaş, fiziksel ve psikolojik sorunlar nedeniyle daha yüksek yaşam doyumu elde etmek genellikle zordur (Papi ve ark., 2019). Yaşlı yetişkinlerin yaşam tarzı memnuniyetlerinde önemli bir rol oynar. Ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerin yaşlı yetişkinlerin yaşam doyumunu etkilediği görülmektedir. Sosyal ilişkiler ve sosyal destek, yaşlıların yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırabilmektedir. Sosyal bağlantılar, yaşamın anlamını ve amacını artırabilir ve yaşlı bireylerin kendilerini daha tatmin olmuş hissetmelerine yardımcı olabilmektedir (Gholizadeh ve ark., 2010). Yaşlı erişkinlerde başarı, bireysel genetik faktörlerden etkilenmez, ancak fiziksel aktivite düzeyi, sosyal etkileşim ve sosyal destek gibi daha fazla faktör, yaşlı yetişkinlerin memnuniyetinde etkili olacaktır. Ayrıca yaşlı bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneği, bağımsızlığı ve kendini gerçekleştirme potansiyeli, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerinde olumlu bir etkiye

sahiptir (Seeman ve ark., 1998). Li ve diğerleri (2013) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçları, yaşlı yetişkinlerde yaşam doyumunun eğitim düzeyi, finansal kaynaklar, sağlığın öz değerlendirmesi, çocuklardan maddi destek alma ve onların desteğini tatmin etme, evde kalma, komşuları görme ve ziyaret etme ve onları akşam yemeğine davet etme ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Li ve ark., 2013). Didino ve ark., (2016), gelir, ev donanımı düzeyi, kaygı ve yalnızlık gibi faktörlerin yaşlı yetişkinlerin yaşam doyumunu etkilediğini bildirmiştir (Didino ve ark., 2016).

Yaşlılık döneminde yaşam memnuniyetini artırmak için kişinin kendi yaşam tarzı, çevresel faktörler ve sosyal destek önemlidir. Bu öneriler, yaşlı bireylerin daha sağlıklı, daha mutlu ve daha tatmin edici bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir.

2.6. Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşire, bakım veren bireyin güçlük yaşıyıp yaşamadığını belirleyerek, uygun hemşirelik girişimleri ile kişinin bakım verme sürecinden zarar görmesini önleyebilir. Hemşire tarafından bakım verenin en çok endişe duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık ve net bir biçimde sorulması ve belirlenmesi gerekir. Bakım verenin ekonomik problemler hakkında konuşmak istemeyebileceğinin bilincinde olunmalı ve bakım verenin fiziksel ve duygusal sınırlılıklarının belirlenmesi gerekir. Sosyal izolasyon nedeniyle bakım vericinin depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmesi, hemşirenin özellikle dikkat etmesi gereken konular arasındadır (Kasuya, 2000).

Algılanan sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin istenen düzeyde olmadığı, umutsuzluk düzeyinin ise genel olarak yüksek olduğu düşünüldüğünde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler tarafından yaşlıya bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal desteği ve yaşam kalitesini arttıracak, umutsuzluk seviyesinin düşürülmesine yardımcı olacak eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi faydalı olabilir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırmanın türü kesitsel araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ağrı ili Merkeze bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde Haziran 2023-Ekim 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezi'nde toplam 3 aile hekimi, 2 ebe ve 1 hemşire çalışmaktadır. Aile Sağlığı Merkezi sadece kardiyoloji hastalarını değil diğer tüm branş hastalarını kabul eden genel bir aile sağlığı merkezidir ve gerektiğinde kişinin gözlem, tedavi ve tetkikleri yapılmaktadır. Ağrı ili Merkez'de hizmet veren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (ASM) düşük, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin yaşadığı, yüksek nüfuslu bir yerdir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Eğitim ASM bölgesinde yaşayan herhangi bir kalp hastalığı bulunan yaşlı ebeveyne sahip 18 yaş üstü bireyler oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme ise evren bilinmeyen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak saptanmıştır. Bu formüle göre çalışmaya en az 384 kişinin alınması gerektiği hesaplanmıştır ve çalışmaya **393** birey alınmıştır. Veri kaybı yaşanmamıştır ve araştırma 393 bireyin katılımı ile tamamlanmıştır.

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

$$(1.962) \times 0.5 \times 0.5 / 0.052 = 384$$

- n= Örneklem alınacak birey sayısı.
- p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0.5).
- q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0.5).
- t= belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96).

- d= olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma, olarak simgelenmiştir (0.05) (Büyüköztürk, 2014).

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- 18 yaş ve üzeri olan
- Bakımdan primer sorumlu olan
- Mental durumu sağlıklı olan
- Görme, işitme ve konuşma sorunu yaşamayan
- Türkçe bilen
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi
- Kalp hastalığına sahip ebeveyn sahip aileler araştırma kapsamına alınmıştır.

Hastalar için;

- Kronik hastalık tanısını en az altı ay önce almış olması
- İletişim kurma güçlüğü olmaması

Dışlanma Ölçütleri:

- Bakımı belli bir ücret karşılığında yapması

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından, Haziran 2023'te toplanmaya başlanmış ve Mayıs 2024 tarihine kadar devam etmiştir. Çalışmada kalp hastalığı bulunan yaşlı ebeveynler ile bu yaşlı ebeveyne bakım veren bireylere anket formu uygulanmıştır. Her bir anket doldurulması Eğitim ASM'de yüz yüze ortalama 20 dk sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu (Ek-4), Bakım Verici Bilgi Formu (Ek-5), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-6), Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-7) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-8) kullanılmıştır.

3.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-6)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASD), Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, üç ana boyutta (aile, arkadaş ve özel bir kişi) toplanan 12 maddeden oluşmaktadır ve bireylerin çeşitli alanlarda (örneğin, aile, arkadaş çevresi, iş arkadaşları, komşular vb.) algıladığı sosyal desteğin miktarını ve niteliğini değerlendirmeyi amaçlar. Bu sosyal destek; duygusal destek, bilgi sağlama, pratik yardım ve değerlendirme desteği gibi çeşitli açılardan incelenir. Türkiye’de Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda, ölçeğin Cronbach α katsayısı 0.78 ile 0.92 arasında hesaplanmıştır. Likert tipi olarak tasarlanan bu 7 dereceli (1’den 7’ye kadar) ölçek, “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında bir puanlama sistemine sahiptir; bu sayede her bir maddeye verilen puan yükseldikçe algılanan sosyal desteğin düzeyi de artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek ise 84’tür. Bu çalışmada, ÇBASD’nin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.862, basıklık katsayısı -0.318 ve çarpıklık katsayısı ise 1.072 olarak bulunmuştur.

3.5.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-7)

Beck Umutsuzluk Ölçeği, bireylerin geleceğe yönelik olumsuz bakış açılarının puanlandığı bir değerlendirme aracıdır. Aaron T. Beck ve Arlene Weissman tarafından 1974 yılında yayımlanan bu ölçek, katılımcıların bireysel olarak doldurabileceği şekilde tasarlanmış olup, testin uygulanmasında gözlemciye ihtiyaç duyulmaz. Ölçeğin maddeleri duygusal, motivasyonel ve bilişsel etmenler göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Bu kapsamda, 1, 6, 13, 15 ve 19 numaralı maddeler geleceğe dair duyguları, 2, 3, 9, 11, 12, 16 ve 20 numaralı maddeler motivasyon kaybını, 4, 7, 8, 14 ve 18 numaralı maddeler ise geleceğe yönelik beklentileri ölçmektedir. Toplamda 20 maddeden oluşan bu ölçekte, her bir soru "evet" veya "hayır" şeklinde iki seçenekten biri

işaretlenerek yanıtlanır. Ölçekte 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen "hayır" yanıtları bir puan, diğer sorulardaki "evet" yanıtları ise bir puan olarak değerlendirilir. Ölçekten elde edilen puanlara göre 0-3 arası minimal, 4-8 arası hafif, 9-14 arası orta ve 15 ve üzeri şiddetli umutsuzluk düzeyi olarak sınıflandırılır. Ayrıca, ters puanlanan maddeler de bulunmaktadır. Puan ne kadar yüksekse, bireyin umutsuzluk düzeyi de o kadar yüksek kabul edilmektedir. Bu çalışmada, Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.896, basıklık katsayısı -1.513 ve çarpıklık katsayısı ise 1.817 olarak bulunmuştur.

3.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (ShortForm 36) (Ek-8)

Ware ve Sherbourne tarafından 1992'de geliştirilen ve yaşam kalitesini ölçmeye yönelik kullanılan SF-36, kısa, kullanımı kolay ve zengin içerikli bir veri toplama aracıdır (Arat, 2006). Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Koçyiğit ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır. SF-36, 36 maddeden oluşan ve 2 ana boyut ile 8 alt boyutu içeren bir Likert tipi ölçektir. Ancak 4. ve 5. maddeler yalnızca "evet/hayır" şeklinde yanıtlanır. Alt boyutlar, fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel rol güçlüğü (4 madde), duygusal rol güçlüğü (3 madde), ruh sağlığı (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde), sosyal işlevsellik (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde) başlıkları altında toplanır. Ölçek, son 4 haftalık döneme dair bir değerlendirme sağlar. Her alt boyut bağımsız olarak puanlanır ve alınabilecek puan aralığı 0 ile 100 arasında değişir. Puan ortalamasının yüksek olması, yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu gösterir (Koltarla, 2008).

SF-36'da yer alan 2 ana boyut ve 8 alt boyut aşağıdaki gibidir.

1.Fiziksel Boyut

- Fiziksel Fonksiyon: 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 maddeler
- Fiziksel Rol Güçlüğü: 13,14,15,16 maddeler

- Ağrı:21,22 maddeler
- Enerji / Canlılık /Vitalite: 23,27,29,31 maddeler
- Genel Sağlık Algısı: 1,33,34,35,36 maddeler

2. Mental Boyut

- Sosyal İşlevsellik: 20,32 maddeler
- Emosyonel Rol Güçlüğü: 17,18,19 maddeler
- Ruhsal Sağlık: 24,25,26,28,30 maddeler

Bu çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.917, basıklık katsayısı 0.392 ve çarpıklık katsayısı 0.551 bulunmuştur. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin toplam ve alt boyutların basıklık ve çarpıklık katsayıları ve cronbach α değerleri Tablo 3.1.'de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. SF-36'nın basıklık ve çarpıklık katsayılarının ve cronbach α değerleri

	Basıklık	Çarpıklık	Cronbach α
Fiziksel Fonksiyon	-0.530	-0.399	0.879
Fiziksel Rol Güçlüğü	-1.549	0.323	0.931
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0.336	1.008	0.613
Enerji/Canlılık/Vitalite	-0.009	0.541	0.735
Ruhsal Sağlık	0.612	0.769	0.575
Sosyal İşlevsellik	0.049	0.112	0.568
Ağrı	-0.018	-0.722	0.822
Genel Sağlık	0.761	0.796	0.772
Ölçek toplam	0.392	0.551	0.917

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek puanları.

Bağımsız Değişkenler: Çalışmaya katılan ailelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, yaptığı meslek, ikamet ettiği yerler, sosyal güvence, kalp

hastası olan yaşlı ebeveynin yaşı, ebeveynin cinsiyeti, ebeveynin tanısı bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan verilerin analizinde, IBM® SPSS 27 istatistik yazılım paketi (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlere verilen yanıtların dağılımını açıklayan tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ise ortalama, standart sapma ve medyan değerleri şeklinde sunulmuştur.

Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Ayrıca, normal dağılımın değerlendirilmesinde basıklık ve çarpıklık katsayıları (kurtosis ve skewness) dikkate alınmış olup, katsayıların +2.0 ile -2.0 aralığında olması verilerin normal dağılım gösterdiğine işaret etmiştir (George, 2011).

İkili ve çoklu karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için Ki-kare testi ve Fisher'in exact testi, nicel değişkenler için ise bağımsız değişkenler t-testi, Tek Yönlü ANOVA testi veya Kruskal-Wallis yöntemi kullanılmıştır. Nicel değişkenlerde ikiden fazla grup karşılaştırması yapılırken, varyanslar homojen ise LSD, homojen değil ise Dunnett C testlerinden biri tercih edilmiştir. Ölçeklerin birbiriyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular, %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmayı yapabilmek için Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul'undan 08.06.2024 Tarih ve 2023-6/5 sayılı onay alınmıştır (Ek-2). Ayrıca çalışma izni için Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı resmi izin alınmıştır (Ek-3). Araştırmaya başlamadan önce bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya gönüllü olarak

katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Bireylerin sözlü onayları alınmıştır. Araştırmadaki kişiyi tanımlayan bilgilerin araştırmacı tarafından gizliliği korunması ve etik ilkelere uyulmasına genel olarak dikkat edilmiş, çalışma süresinde “İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu”na sadık kalınmıştır.



4. BULGULAR

Kalp hastalığı olan yaşlı ebeveynlerin ve ailelerinin demografik ve hastalık özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Kalp hastalığı olan yaşlıların demografik ve hastalık özellikleri (n=393)

		n	%
Yaş	45-60	175	44.5
	61-70	124	31.6
	71 ve üzeri	94	23.9
Cinsiyet	Erkek	141	35.9
	Kadın	252	64.1
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	8	2.0
	Okuryazar	106	27.0
	İlkokul	164	41.7
	Ortaokul	40	10.2
	Lise	46	11.7
	Üniversite ve üzeri	29	7.4
Medeni Durum	Evli	330	84.0
	Bekar	63	16.0
Sosyal Güvence	Var	393	100
	Yok	0	0.0
Meslek/İş	Memur	28	7.1
	İşçi	30	7.6
	Emekli	116	29.5
	Serbest meslek	54	13.7
	Ev hanımı	141	35.9
	Diğer	24	6.1
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	292	74.3
	Yarım zamanlı	46	11.7
	Tam zamanlı çalışıyor	55	14.0
Ailenin Gelir Durumu	Gelir gidere göre az	146	37.2
	Gelir gideri dengeler	233	59.3
	Gelir gidere göre yüksek	14	3.6
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy-kasaba	180	45.8
	İlçe	121	30.8
	Şehir	92	23.4
Sigara Kullanımı	Evet	114	29.0
	Hayır	185	47.1
	Bıraktım	94	23.9
Alkol Kullanımı	Evet	16	4.1
	Hayır	355	90.3
	Bıraktım	22	5.6
Bakıma Yardımcı Olan Varlığı	Var	393	100
	Yok	0	0.0
Bakıma Yardımcı Olan Birey	Eş	141	35.9
	Çocuklar	178	45.3
	Diğer	74	18.8

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%		
Ailede Başka Kalp Hastalık Tanısı Almış Olan Birey	Evet	214	54.5		
	Hayır	179	45.5		
Ailede Başka Kalp Hastalık Tanısı Almış Olan Bireyler	Anne	45	11.5		
	Baba	60	15.3		
	Baba ve abi	8	2.0		
	Eşim	16	4.1		
	Kardeş	85	21.6		
	Yok	179	45.5		
Diyete Uyma Durumu	Evet	130	33.1		
	Hayır	263	66.9		
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	Evet	361	91.9		
	Hayır	32	8.1		
Egzersiz Yapma Durumu	Evet	16	4.1		
	Hayır	377	95.9		
Sağlık Algısı	İyi	46	11.7		
	Orta	251	63.9		
	Kötü	96	24.4		
Sürekli Değişkenler	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Yaş (yıl)	393	64.02	8.48	46	80
Boy (cm)	393	168.19	9.27	150	190
Kilo (kg)	393	73.82	10.23	50	96

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi kalp hastalığı olan yaşlıların %44.5’i 45-60 yaş aralığında yer almaktadır. Kalp hastalığı olan yaşlıların %64.1’i kadın, %41.7’si ilköğretim mezunu ve %84’ünün evli oldukları saptanmıştır. Kalp hastalığı olan yaşlıların hepsinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Yaşlıların %35.9’unun ev hanımı oldukları, %74.3’ünün çalışmadıkları ve %59.3’ünün gelir ve giderlerinin dengeli olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %45.8’i en uzun süre köy-kasabada yaşamışlardır, %29’u sigara ve %4.1’inin alkol kullanmaktadır. Kalp hastalığı olan yaşlıların tamamının bakımına yardımcı olan biri vardır. Bakıma yardımcı olan bireylerin %45.3’üne çocukları bakmaktadır. Yaşlıların %54.5’unun ailelerinde başka kalp hastalığı tanısı almış bireyler bulunurken, %21.6’sının kardeşleri kalp hastalığı tanısı almışlardır. Yaşlıların sadece %33.1’i diyetlerine uyarken, %91.9’u ilaçlarını düzenli kullanmakta ve %4.1’i egzersiz yapmaktadır. Kalp hastalığı olan yaşlıların %63.9’u sağlık algıları orta düzeydedir.

Yaşlıların yaş ortalamaları 64.02 ± 8.48 yıl, boy ortalamaları 168.19 ± 9.27 cm ve kilo ortalamaları 73.82 ± 10.23 kg'dır.

Tablo 4.2. Bakım vericilerin demografik özellikleri

		n	%
Yaş	18-40	206	52.4
	41-60	125	31.8
	61-78	62	15.8
Cinsiyet	Erkek	116	29.5
	Kadın	277	70.5
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	35	8.9
	İlköğretim	141	35.9
	Lise	164	41.7
	Üniversite ve üzeri	53	13.5
Medeni Durum	Bekar	92	23.4
	Evli	301	76.6
Sosyal Güvence	Var	380	96.7
	Yok	13	3.3
Çalışma Durumu	Evet	135	34.4
	Hayır	258	65.6
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	162	41.2
	Gelirim giderime eşit	194	49.4
	Gelirim giderimden fazla	37	9.4
Halen Yaşanılan Yer	İl	325	82.7
	İlçe	30	7.6
	Kasaba	17	4.3
	Köy	21	5.3
Çocuk Varlığı	Evet	264	67.2
	Hayır	129	32.8
Hastayla Olan Yakınlık Derecesi	Eş	133	33.8
	Anne/Baba	179	45.5
	Kardeş	26	6.6
	Büyükbaba/Büyükanne	15	3.8
	Diğer	40	10.2
Hasta ile Aynı Evde Yaşama	Evet	342	87.0
	Hayır	51	13.0
Evde Hastanın Kendine Ait Bir Odası Olma Durumu	Evet	358	91.1
	Hayır	35	8.9
Kronik Hastalık Durumu	Evet	114	29.0
	Hayır	279	71.0
Ailede Başka Kalp Hastalık Tanısı Almış Olan Birey	Evet	236	60.1
	Hayır	157	39.9

Tablo 4.2. (Devamı)

		n	%
Bakım Verme Sürecinde Destek	Evet	295	75.1
Alma Durumu	Hayır	98	24.9
	0-1 yıl	96	24.4
	2-5 yıl	196	49.9
Hastalarına Bakım Verme Süresi	6-10 yıl	62	15.8
	11-15 yıl	22	5.6
	16 yıl ve üzeri	17	4.3
Yakınlarının Yaşadığı Hastalık ve Tedavi Sürecinden Sağlıkları Etkilenme Durumu	Evet	164	41.7
	Hayır	229	58.3
Hastalarına Bakım Vermek Diğer Sorumluluklarını Etkileme Durumu	Evet	164	41.7
	Hayır	221	56.3
	Kısmen	8	2.0
	1 saat	51	13.0
	1-2 saat	14	3.6
	2 saat	134	34.1
	3-4 saat	71	18.1
Günlük Bakım Verme Süresi	4 saat	83	21.1
	6 saat	8	2.0
	Değişiyor	8	2.0
	Gündüz boyunca	16	4.1
	Tüm gün	8	2.0
Yakınlarının Yaşadığı Hastalık ve Tedavi Süreci Nedeniyle Evlilik İlişkilerinde Güçlük Yaşama	Evet	109	27.7
	Hayır	284	72.3
Yakınlarının Yaşadığı Hastalık ve Tedavi Süreci Nedeniyle Aile İlişkilerinde Güçlük Yaşama	Evet	166	42.2
	Hayır	227	57.8
		Ort.	SS.
Yaş (yıl)		40.9	16.3

Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.2’de gösterilmektedir. Buna göre yaşlılara bakım veren bireylerin %52.4’ü 18-40 yaş aralığında ve %70.5’i kadındır. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin %41.7’si lise mezunu ve %76.6’sının evli oldukları saptanmıştır. Yaşlılara bakım veren bireylerin %96.7’sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Yaşlılara bakım veren bireylerin 65.6’sı çalışmamaktadır ve %49.4’ünün geliri giderlerine eşittir. Yaşlılara bakım veren bireylerin %82.7’si ilde yaşarken, %67.2’sinin çocuğu vardır. Yaşlılara bakım veren bu bireylerin %45.5’i kalp hastası olan anne ve babalarına bakmaktadır. Bu bireylerin %87’si hasta ile aynı evde yaşamaktadır. Yaşlıların %91.1’inin evde kendisine ait odası bulunmaktadır. Yaşlılara bakım veren bireylerin %29’unun kronik hastalıkları bulunmakta, %60.1’inin ise ailelerinde başka kalp hastalığı tanısı almış bireyleri bulunmaktadır. Bireylerin %75.1’i bakım verme sürecinde destek alırken, %49.9’u hastalarına 2-5 yıl süreyle bakım vermektedir. Bakım verenlerin %41.7’si hastalarına bakım verme sürecinde sağlıklarının etkilendiğini, %41.7’si diğer sorumluluklarını etkilediğini belirtmiştir. Bakım veren bireylerin %34.1’i hastalarına günde 2 saat bakım verirken, %27.7’si yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını ve %42.2’si yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bakım veren bireylerin yaş ortalamaları 40.9 ± 16.3 ’dir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) puan ortalaması Tablo 4.3’de gösterilmektedir.

Tablo 4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) puan ortalaması

	n	Ort.	SS.	Min.	Max.
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı	393	51.11	12.25	18	78

Tablo 4.3’de görüldüğü üzere kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden (ÇBASDÖ) aldıkları toplam puan ortalaması 51.11 ± 12.25 olup, puanlar 18-78 arasında değişim göstermektedir.

Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanlarının karşılaştırılmaları Tablo 4.4’de sunulmaktadır.

Tablo 4.4. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği’nden (ÇBASDÖ) alınan puanların karşılaştırılması

		n	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Yaş	18-40 ^a	206	52.90	11.46	F=9.977	p=0.001*
	41-60 ^b	125	46.53	12.16		fark
	61-78 ^c	62	54.35	12.59		b<c, b<a
Cinsiyet	Kadın	277	54.68	9.02	t=7.413	p=0.017*
	Erkek	116	50.02	13.74		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar ^a	35	47.51	6.82	F=17.082	p=0.001*
	İlköğretim ^b	141	46.09	11.63		fark
	Lise ^c	164	64.50	11.24		b<c, a<c,
	Üniversite ve üzeri ^d	53	55.26	16.55		b<d
Medeni Durum	Bekar	92	48.65	11.23	t=4.849	p=0.028*
	Evli	301	51.85	12.47		
Sosyal Güvence	Var	380	51.13	12.45	t=0.108	p=0.742
	Yok	13	50.00	13..58		
Çalışma Durumu	Evet	135	58.16	9.62	t=12.503	p=0.001*
	Hayır	258	47.41	11.87		
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az ^a	162	48.36	9.49	F=13.211	p=0.001*
	Gelirim giderime eşit ^b	194	51.86	13.59		fark
	Gelirim giderimden fazla ^c	37	59.16	11.79		a<c, b<c
Halen Yaşanılan Yer	İl ^a	325	51.62	12.07	F=1.480	p=0.219
	İlçe ^b	30	49.87	13.04		
	Kasaba ^c	17	49.06	13.35		
	Köy ^d	21	46.43	12.69		
Çocuk Varlığı	Evet	264	52.99	11.79	t=4.614	p=0.032*
	Hayır	129	50.18	12.39		

Tablo 4.4. (Devamı)

		n	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Hastayla olan yakınlık derecesi	Eş ^a	133	51.27	10.99	F=11.805	p=0.001* fark e<b, e<c, e<d
	Anne/Baba ^b	179	53.16	13.05		
	Kardeş ^c	26	53.00	3.06		
	Büyükbaba/ Büyükanne ^d	15	52.11	0.00		
	Diğer ^e	40	39.40	12.38		
Hastanızla aynı evde yaşama	Evet	342	50.24	12.33	t=13.365	p=0.001*
	Hayır	51	56.87	10.02		
Evde hastanın kendine ait bir odası olma durumu	Evet	358	56.61	12.64	t=6.673	p=0.011*
	Hayır	35	50.18	15.03		
Kronik hastalık	Evet	114	50.71	10.46	t=0.163	p=0.686
	Hayır	279	51.27	12.93		
Ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan birey	Evet	236	54.59	10.99	t=10.468	p=0.001*
	Hayır	157	45.85	12.21		
Hastalarına bakım verme süresi	0-1 yıl ^a	96	42.89	16.45	F=12.104	p=0.001* fark a<e, a<c, b<e
	2-5 yıl ^b	196	49.80	10.76		
	6-10 yıl ^c	62	52.59	14.96		
	11-15 yıl ^d	22	51.81	17.39		
	16 yıl ve üzeri ^e	17	56.68	11.20		
Bakım verme sürecinde destek alma durumu	Evet	295	51.26	13.72	t=0.191	p=0.662
	Hayır	98	50.63	15.98		
Yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenme durumu	Evet	164	48.65	13.29	t=9.218	p=0.001*
	Hayır	229	53.25	11.15		
Hastalarına bakım vermek diğer sorumluluklarını etkileme durumu	Evet ^a	164	48.66	13.30	F=9.218	p=0.001* fark c<b
	Hayır ^b	221	53.24	11.16		
	Kısmen ^c	8	42.00	13.10		
Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşama	Evet	109	47.00	11.93	t=11.622	p=0.001*
	Hayır	284	52.68	12.02		
Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama	Evet	166	47.46	12.19	t=16.923	p=0.001*
	Hayır	227	53.78	11.62		

F=Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 4.4'e göre yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, çocuk varlığı, hastayla olan yakınlık derecesi, hastayla aynı evde yaşama, evde hastanın kendisine ait odasının bulunması, ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan bireylerin varlığı, hastalarına bakım verme süresi, yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmesi, hastalarına bakım vermenin diğer

sorumluluklarını etkilemesi, yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşama durumu ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş grupları için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; 41-60 yaş grubunun puan ortalamasının 18-40 ve 61-78 olan gruptan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların algılanan sosyal destek puan ortalamaları, erkeklerden daha yüksektir.

Eğitim düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; ilköğretim mezunu olanların algılanan sosyal destek puan ortalamasının üniversite ve üzeri, lise mezunlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Evlilerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları, bekarlardan daha yüksektir.

Çalışan bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Gelir düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; geliri giderinden az olan grubun algılanan sosyal destek puan ortalamasının geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır,

Çocuğu olan bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Hastayla olan yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; anne/babası hasta olan bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastalarıyla aynı evde yaşamayan bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları, hastalarıyla aynı evde yaşayan bireylerden daha yüksektir.

Evde kendisine ait odası bulunan hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Ailede kalp hastalık tanısı almış olan başka birey varlığı olanların algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Hastalarına bakım verme süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; 16 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmeyenlerin sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenme düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenmeyen grubun sosyal destek puan ortalamasının hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenen ve kısmen etkilenen gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşamayanların algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşamayanların algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, sosyal güvence, halen yaşanan yer, kronik hastalık durumu ve bakım verirken destek alma durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeğinin puan ortalaması Tablo 4.5'te gösterilmektedir.

Tablo 4.5. Beck umutsuzluk ölçeğinin puan ortalaması

	n	Ort.	SS.	Min.	Max.
Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı	393	9.61	2.51	0	14

Tablo 4.5'te görüldüğü üzere kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 9.61 ± 2.51 olup, puanlar 0-14 arasında değişim göstermektedir.

Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre

Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının karşılaştırılmaları Tablo 4.6’da sunulmaktadır.

Tablo 4.6. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik ve hastalık özelliklerine Göre Beck umutsuzluk ölçeği’nden alınan puanların karşılaştırılması

		n	Beck Umutsuzluk Ölçeği			
			Ort	SS.	Test	p
Yaş	18-40 ^a	206	10.09	1.56	F=9.544	p=0.001*
	41-60 ^b	125	8.50	3.53		fark
	61-78 ^c	62	10.23	1.75		b<c, b<a
Cinsiyet	Kadın	277	10.23	1.71	F=17.922	p=0.001*
	Erkek	116	8.12	3.34		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar ^a	35	10.29	1.92	F=8.614	p=0.006*
	İlköğretim ^b	141	9.91	1.81		fark
	Lise ^c	164	9.51	2.77		a<d, a<b
	Üniversite ve üzeri ^d	53	7.95	3.76		
Medeni durum	Bekar	92	10.26	1.92	F=8.402	p=0.004*
	Evli	301	9.41	2.62		
Sosyal güvence	Var	380	9.63	2.54	F=0.788	p=0.375
	Yok	13	9.01	3.12		
Çalışma durumu	Evet	135	8.90	3.29	F=7.225	p=0.031*
	Hayır	258	9.98	1.87		
Gelir durumu	Gelir giderden az ^a	162	10.62	1.55	F=3.413	p=0.042*
	Gelir gidere eşit ^b	194	9.21	2.54		fark
	Gelir gideren fazla ^c	37	9.09	2.59		a<c, b<c
Halen yaşanılan yer	İl ^a	325	9.50	2.43	F=4.003	p=0.018*
	İlçe ^b	30	10.80	2.73		fark
	Kasaba ^c	17	8.59	2.72		c<b, c<d
	Köy ^d	21	10.29	2.59		
Çocuk varlığı	Evet	264	9.61	2.33	F=0.056	p=0.995
	Hayır	129	9.60	2.82		
Hastayla olan yakınlık derecesi	Eş ^a	133	9.51	2.76	F=9.528	p=0.002*
	Anne/Baba ^b	179	10.21	1.87		fark
	Kardeş ^c	26	6.00	3.06		c<b, c<a,
	Büyükbaba/ Büyükanne ^d	15	9.00	2.95		c<e
	Diğer ^e	40	9.80	2.16		
Hastayla aynı evde yaşama durumu	Evet	342	9.54	2.65	F=1.608	p=0.205
	Hayır	51	10.01	1.92		
Evde hastanın kendine ait odası olma durumu	Evet	358	9.76	2.27	F=5.856	p=0.003*
	Hayır	35	8.03	3.92		
Kronik hastalık	Evet	114	8.74	3.03	F=4.516	p=0.044*
	Hayır	279	9.84	2.21		

Tablo 4.6. (Devamı)

		n	Beck Umutsuzluk Ölçeği			
			Ort	SS.	Test	p
Ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan birey	Evet	236	9.74	2.35	t=1.641	p=0.201
	Hayır	157	9.41	2.71		
Hastalarına bakım verme süresi	0-1 yıl ^a	96	8.69	3.19	F=3.585	p=0.038* fark a<e, a<d
	2-5 yıl ^b	196	9.80	3.04		
	6-10 yıl ^c	62	9.89	2.59		
	11-15 yıl ^d	22	10.50	1.52		
	16 yıl ve üzeri ^e	17	11.00	1.13		
Bakım verme sürecinde destek alma durumu	Evet	295	8.61	2.43	F=11.683	p=0.001*
	Hayır	98	9.93	2.46		
Yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenme durumu	Evet	164	9.92	2.93	t=1.995	p=0.001*
	Hayır	229	9.11	2.16		
Hastalarına bakım vermek diğer sorumluluklarını etkileme durumu	Evet ^a	164	10.81	2.05	F=9.293	p=0.001* fark c<b
	Hayır ^b	221	10.21	1.44		
	Kısmen ^c	8	9.01	2.80		
Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşama	Evet	109	10.28	2.01	t=8.407	p=0.001*
	Hayır	284	9.24	2.62		
Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama	Evet	166	9.78	2.76	t=2.85	p=0.116
	Hayır	227	9.38	2.29		

F=Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 4.6'ya göre yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, halen yaşanılan yer, hastayla olan yakınlık derecesi, evde hastanın kendisine ait odasının bulunması, kronik hastalık varlığı, hastalarına bakım verme süresi, bakım verme sürecinde destek alma durumu, yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmesi, hastalarına bakım vermenin diğer sorumluluklarını etkilemesi ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşama durumu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yaş grupları için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; 41-60 yaş grubunun puan ortalamasının 18-40 ve 61-78 olan gruptan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadın bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; okuryazar olanların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının üniversite ve üzeri, lise ve ilköğretim mezunu bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Evli bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması daha düşüktür.

Çalışan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması daha düşüktür.

Gelir düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; geliri giderinden fazla olan grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Halen yaşanan yer için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; kasabada yaşayan grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının il, ilçe ve köyde yaşayan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır,

Hastayla olan yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; anne/babası hasta olan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Evde kendisine ait odası bulunan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Kronik hastalığı bulunan hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha düşüktür.

Hastalarına bakım verme süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; 16 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin daha yüksek Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Bakım verme sürecinde destek alanların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha düşüktür.

Yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenme düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını kısmen etkilenen grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenen ve etkilenmeyen gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır,

Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşayanların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, sosyal güvence varlığı, çocuk varlığı, hastayla aynı evde yaşama durumu, ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan birey ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumuna göre Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları Tablo 4.7’de gösterilmektedir.

Tablo 4.7. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği'nin puan ortalaması

	n	Ort.	SS.	Min.	Max.
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	393	50.45	17.22	10	93
Fiziksel Fonksiyon Toplam Puanı	393	62.79	23.79	10	100
Fiziksel Rol Güçlüğü Toplam Puanı	393	44.91	42.11	10	100
Emosyonel Rol Güçlüğü Toplam Puanı	393	27.06	35.00	10	100
Enerji/Canlılık/Vitalite Toplam Puanı	393	45.17	17.92	15	90
Ruhsal Sağlık Toplam Puanı	393	53.00	12.13	28	88
Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı	393	46.41	20.51	10	100
Ağrı Toplam Puanı	393	56.46	24.54	10	100
Genel Sağlık Toplam Puanı	393	46.55	17.66	15	100

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin toplam puan ortalaması 50.45 ± 17.22 olup, puanlar 10-93 arasında değişim göstermektedir. Bunun yanı sıra SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin “*Fiziksel Fonksiyon*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 62.79 ± 23.79 . “*Fiziksel Rol Güçlüğü*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 44.91 ± 42.11 , “*Emosyonel Rol Güçlüğü*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 27.06 ± 35.00 , “*Enerji/Canlılık/Vitalite*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 45.17 ± 17.92 , “*Ruhsal Sağlık*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 53.00 ± 12.13 , “*Sosyal İşlevsellik*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 46.41 ± 20.51 , “*Ağrı*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 56.46 ± 24.54 ve “*Genel Sağlık*” alt boyutunun toplam puan ortalaması 46.55 ± 17.66 olarak tespit edilmiştir.

Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’den alınan puanlarının karşılaştırmaları aşağıdaki Tablo 4.8’de sunulmaktadır.

Tablo 4.8. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin demografik ve hastalık özelliklerine göre sf-36 yaşam kalitesi ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması

		n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Yaş	18-40 ^a	206	56.89	17.49	F=11.175	p=0.001* fark c<a
	41-60 ^b	125	49.21	12.01		
	61-78 ^c	62	31.52	12.01		
Cinsiyet	Kadın	277	49.51	18.13	t=2.867	p=0.091
	Erkek	116	52.72	14.65		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar ^a	35	32.01	9.74	F=13.593	p=0.001* fark a<d, b<d, a<c
	İlköğretim ^b	141	46.10	17.93		
	Lise ^c	164	54.57	13.32		
	Üniversite ve üzeri ^d	53	61.45	17.12		
Medeni durum	Bekar	92	57.68	12.57	t=12.346	p=0.001*
	Evli	301	48.25	17.85		
Sosyal güvence	Var	380	57.23	21.14	t=16.583	p=0.001*
	Yok	13	40.12	20.18		
Çalışma durumu	Evet	135	59.66	14.85	t=19.075	p=0.001*
	Hayır	258	45.63	16.41		
Gelir durumu	Gelir giderden az ^a	162	47.94	15.13	F=14.237	p=0.001* fark a<b, c<b
	Gelir gidere eşit ^b	194	53.61	16.78		
	Gelir giderden fazla ^c	37	44.90	24.04		
Halen yaşanılan yer	İl ^a	325	51.22	17.31	F=3.593	p=0.044* fark b<c, d<c
	İlçe ^b	30	42.90	15.83		
	Kasaba ^c	17	58.28	16.63		
	Köy ^d	21	44.27	16.30		
Çocuk varlığı	Evet	264	47.63	18.82	t=22.879	p=0.001*
	Hayır	129	56.24	11.38		
Hastayla olan yakınlık derecesi	Eş ^a	133	43.64	17.45	F=22.514	p=0.001* c<b, c<a c<d, c<e
	Anne/Baba ^b	179	56.75	13.87		
	Kardeş ^c	26	33.28	10.82		
	Büyükbaba/ Büyükanne ^d	15	55.23	11.36		
	Diğer ^e	40	54.31	20.83		
Hastayla aynı evde yaşama durumu	Evet	342	49.91	16.20	t=2.604	p=0.107
	Hayır	51	54.07	22.77		
Evde hastanın kendine ait odası olma durumu	Evet	358	50.59	17.98	t=1.248	p=0.619
	Hayır	35	49.07	4.69		

Tablo 4.8. (Devamı)

		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
		n	Ort.	SS.	Test p
Kronik hastalık	Evet	114	36.52	16.09	t=14.479 p=0.001*
	Hayır	279	56.15	14.16	
Ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan birey	Evet	236	45.02	16.17	t=18.938 p=0.001*
	Hayır	157	58.61	15.45	
Hastalarına bakım verme süresi	0-1 yıl ^a	96	46.81	46.76	F=14.812 p=0.001* fark a<d, b<d
	2-5 yıl ^b	196	55.42	22.95	
	6-10 yıl ^c	62	55.71	19.15	
	11-15 yıl ^d	22	71.59	17.20	
	16 yıl ve üzeri ^e	17	83.77	12.28	
Bakım verme sürecinde destek alma durumu	Evet	295	50.59	17.98	t=0.299 p=0.588
	Hayır	98	49.07	4.69	
Yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenme durumu	Evet	164	43.57	16.14	F=25.808 p=0.001*
	Hayır	229	55.57	16.54	
Hastalarına bakım vermek diğer sorumluluklarını etkileme durumu	Evet ^a	164	43.03	12.77	F=17.699 p=0.001* fark a<c, a<b
	Hayır ^b	221	52.32	23.05	
	Kısmen ^c	8	54.12	16.18	
Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşama	Evet	109	37.82	15.29	t=10.270 p=0.001*
	Hayır	284	55.30	15.37	
Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama	Evet	166	40.19	14.95	t=37.931 p=0.001*
	Hayır	227	57.96	14.72	

F=Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 4.8'e göre yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu, halen yaşanılan yer, çocuk varlığı, hastayla olan yakınlık derecesi, kronik hastalık varlığı, ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan birey, hastalarına bakım verme süresi, yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları

etkilenmesi, hastalarına bakım vermenin diğer sorumluluklarını etkilemesi, yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşama durumu ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği'nin toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yaş grupları için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; 18-40 yaş grubunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 41-60 yıl ve 61-78 yıl olan gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan Dunnett C ileri analizinde üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının okuryazar, lise ve ilköğretim mezunu bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Evli bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşüktür.

Sosyal güvencesi bulunmayan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşüktür.

Çalışmayan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşüktür.

Gelir düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; geliri gideriden fazla olan grubun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Halen yaşanan yer için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; ilçede yaşayan grubun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının il, kasaba ve köyde yaşayan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır,

Çocuğu olan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları daha düşüktür.

Hastayla olan yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; anne/babası hasta olan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı bulunan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları daha düşüktür.

Ailede yer alan kalp hastalık tanısı almış olan başka bireylerin varlığının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları daha düşüktür.

Hastalarına bakım verme süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; 16 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin daha yüksek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmeyenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamalarının daha yüksektir.

Hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenme düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını kısmen etkilenen grubun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamasının hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenen ve etkilenmeyen gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşayanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamalarının daha düşüktür.

Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşayanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi, cinsiyet durumu, hastayla aynı evde yaşama durumu, evde hastanın kendine ait odası olma durumu ve bakım verme sürecinde destek alma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.9'da gösterilmektedir.

Tablo 4.9. Kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin beck umutsuzluk ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi

		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Beck Umutsuzluk Ölçeği
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	r	0.219	0.125
	p	0.043*	0.193
	n	393	393
Beck Umutsuzluk Ölçeği	r	-0.372	-
	p	0.035*	-
	n	393	-

Tablo 4.9'a göre; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ortalaması arasında düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulunmuş olup istatistiksel yönden anlamlılık içerdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşam kalitesi puanı arttıkça ÇBASDÖ toplam puan ortalaması da artmaktadır.

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması arasında düşük düzeyli ve negatif yönlü ilişki bulunmuş olup istatistiksel yönden anlamlılık içerdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşam kalitesi puanı arttıkça Beck Umutsuzluk toplam puan ortalaması azalmaktadır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde algılanan sosyal destek, umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde, araştırma bulguları literatürde yer alan benzer araştırmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda; 61-78 yaş grubu bakım vericilerin algılanan sosyal destek puan ortalamasının 18-40 ve 41-60 yaş grubunda olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde Softa ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri incelemişler ve çalışma sonucunda yaşlıların yaş grupları ile ÇBASDÖ arasında anlamlı farkların bulunduğunu, özellikle 65-68 yaş grubundaki yaşlıların ÇBASDÖ puan ortalamalarının 69-72 yaş grubu, 73-76 yaş grubu ve 77 ve üzeri yaş grubu yaşlılardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Softa ve ark., 2016). Türkoğlu çalışmasında (2010) bakım vericilerin yaşları arttıkça destek olacak kişi sayısı daha fazla olduğunu ve sorumlulukları genç bireylere göre daha az olduğunu belirtmiştir (Türkoğlu, 2010). Araştırmamızda literatür ile benzer olarak daha ileri yaşta istatistiksel anlamlı olarak algılanan sosyal destek puanı yüksektir. Yaşın ilerlemesi ile bireyler bağımlı hale gelerek bakıma ihtiyaç duymakta, bu durum bakım verenin desteğe ihtiyacını arttırmaktadır.

Bu çalışmada, kadınların algılanan sosyal destek puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal destek ve cinsiyet arasındaki ilişkiye dair önceki literatürle uyumludur. Çeşitli araştırmalar, kadınların genellikle daha geniş sosyal ağlara sahip olduklarını ve bu ağlardan daha fazla destek aldıklarını göstermektedir. Matud ve ark. (2003) çalışmasında, 3210 kişilik geniş bir örnekleme, kadınların sosyal desteği tek bir boyut olarak algılarken, erkeklerin sosyal desteği duygusal ve araçsal destek olarak iki ayrı boyut olarak algıladığını ortaya koymuştur

(Matud ve ark., 2003). Bir diğerk önemli çalışma, Antonucci ve Akiyama (1987) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada, 380 yaşlı bireyden oluşan bir örneklemede kadınların daha büyük sosyal ağılara sahip oldukları ve bu ağlardan daha fazla destek aldıkları bulunmuştur (Antonucci ve Akiyama, 1987). Bu bulgular, kadınların sosyal destek ağlarının yapısal ve fonksiyonel açıdan erkeklerden farklı olduğunu ve bu farkın sosyalizasyon süreçleri ve toplumsal cinsiyet rollerine dayandığını ortaya koymaktadır. Çalışmamız, bu bağlamda, kadınların daha yüksek sosyal destek algısına sahip olmasının sadece daha geniş ve çeşitli sosyal ağlara sahip olmalarından değil, aynı zamanda sosyal rollerin de bu algıyı şekillendirdiğinden kaynaklanabileceğini göstermektedir.

İlköğretim mezunu olanların algılanan sosyal destek puan ortalamasının üniversite ve üzeri ve lise mezunlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Altıparmak (2009) tarafından yapılan araştırmanın bulguları da, eğitim düzeyi ilkokul üstü bireylerin algılanan sosyal destek ortalama puanlarının, ilkokul ve altı eğitim almış bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aydıner Boylu ve Hazer (2012) yaşlılarda algılanan sosyal destek üzerinde etkili olan faktörleri inceledikleri çalışmalarında lise mezunlarının Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ortaokul mezunları, ilkokul mezunları ve altı bireylere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Aydın er Boylu ve Hazer 2012). Çalışmamız sonuçlarından farklı olarak şahin (2019) yaşlı bireylerde sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini incelediği çalışmasında eğitim durum ile ÇBASDÖ toplam puan arasında anlamlı bir fark olduğunu, okuryazar ve ilkokul mezunu bireylerin ÇBASDÖ toplam puanlarının lise ve üniversite ve üzeri mezunu bireylere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (şahin, 2019). Elde ettiğimiz sonuçlara göre kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe çeşitli iletişim ağlarına ulaşabilme yetilerinin veya farklı iletişim ağlarına sahip olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda evli olan bakım veren bireylerin puan ortalamasının bekar katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Helman ve Stewart (1994) ile Aksüllü ve Doğan (2004) tarafından yapılan çalışmalarda paralel sonuçlar bulunmuştur. Aydın Boylu ve Hazer (2012) yaşlılarda algılanan sosyal destek üzerinde etkili olan faktörleri inceledikleri çalışmalarında evli katılımcıların algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının bekar ve dul katılımcılara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Şahin (2019) çalışmasında evli bireylerin bekar bireylere göre daha yüksek ÇBASDÖ toplam puanına sahip olduklarını saptamıştır. Altıparmak (2009) da evli, dul ve boşanmış katılımcılarda algılanan sosyal destek puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu durum evli olmanın daha fazla destek kaynaklarına sahip olmada faydalı bir faktör olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda çalışan bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalaması daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde Kılıç (2018) yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükleri ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, çalışan bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Kılıç, 2018). Karaaslan (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyini incelediği araştırmasında, çalışan bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Çalışan bakım veren bireyler iş ya da sosyal arkadaşlarıyla bir araya gelerek paylaşımlarda bulunabilmekte, sosyal anlamda destek görebilmektedir. Bu nedenle çalışan bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda geliri giderinden az olan bakım verici grubun algılanan sosyal destek puan ortalamasının geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Şahin (2019) çalışmasında, bireylerden geliri giderinden

az olanların daha düşük sosyal destek puan ortalamasına sahip olduklarını saptamıştır. Berkman ve Syme (1979), düşük gelirli bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu ve bu durumun sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Çalışmamız literatür ile benzer sonuçlar göstermiştir. Bu durum kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerden ekonomik sıkıntısı olan bireylerin sosyal yaşamlarının daha az aktif olabilmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda çocuğu olan bakım verici bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olanların algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının, olmayanlara göre daha yüksek olduğu çeşitli araştırmalarda da ortaya konmuştur (Aksüllü ve Doğan, 2004; Altıparmak, 2009). Şahin (2019) çalışmasında 5 ve üzeri çocuğa sahip olanların ÇBASDÖ toplam puanlarının 1-2 çocuğu olanlardan yüksek olduğunu saptamıştır (Şahin, 2019). Sonuç olarak bireylerin çocuklarıyla olan olumlu iletişimlerinin, algılanan sosyal desteğin niteliğinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastayla olan yakınlık derecesine göre; anne/babası hasta olan bakım verici bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde Dökmen (2012) yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında algılanan sosyal destek bakımından hasta ve yaşlı yakını olanlarla olmayanlar arasında anlamlı farklılık olduğu, yakınlarına bakım verenler daha düşük sosyal destek algıladıklarını tespit etmiştir. Silverstein ve Bengtson (1997) ebeveyn-çocuk ilişkilerinin sosyal destek algısı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Anne/babası hasta olan bireylerin daha yüksek sosyal destek algısına sahip oldukları belirtilmiştir. Çalışmamızda anne/babasına bakım veren bireylerin sosyal destek ihtiyaçlarının daha fazla olduğu ve bu nedenle de mevcut sosyal

desteklerinden hoşnut oldukları belirlenmiştir. Sosyal destek, bireylerin hasta yakınlarına bakım verme yüklerini hafifletebilir.

Çalışmamızda hastalarıyla aynı evde yaşamayan bakım verici bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarına benzer olarak Şahin (2019) çalışmasında yaşlı bireylerle aynı evde birlikte yaşamayan kişilerin ÇBASDÖ toplam puan ile arasında anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir (Şahin, 2019). Hastalarıyla aynı evde yaşayan bireyler, sürekli bakım verme ve destek sağlama yükümlülüğünden dolayı daha fazla stres ve yorgunluk yaşayabilirler. Bu durum, sosyal destek algısını olumsuz etkileyebilir. Aynı evde yaşamayan bireyler, sosyal çevreleriyle daha fazla etkileşime girme fırsatına sahip olabilirler. Bu durum, geniş bir sosyal destek ağına sahip olmalarını ve algılanan sosyal destek düzeylerinin artmasını sağlayabilir.

Çalışmamız sonuçlarına göre; Evde kendisine ait odası bulunan hastaların ve ailede kalp hastalık tanısı almış olan başka birey varlığı olan bakım vericilerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir. Hastanın odasının kendisine özel olması gerekir. Bu hem konfor hem de sağlık açısından gereklidir (Özlü, 2019). Başka bir çalışmada kendi odasına sahip olan hastaların yakınlarının ÇBASDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (Çelik, 2023). Hastanın kendisine ait odasının olması hasta yakınının daha geniş sosyal ağlar kurmasına olanak sağlayabilir. Bu durum bakım vericinin algıladığı sosyal desteğin yüksek olmasını açıklayabilir. Çalışmalar, ailede başka bir kalp hastası birey varlığının, hasta yakınına bakım konusunda deneyim ve bilgi kazandırarak, algılanan sosyal destek düzeyini artırdığını göstermektedir. Özellikle, daha önce kalp hastalığı tanısı almış bireylere bakım sağlamış aile üyelerinin, mevcut hastalara yönelik sosyal destek süreçlerinde daha etkin ve güvenli hissetmeleri, bu süreci kolaylaştırabilir (Clayton, Motley ve Sakakibara, 2019). Ailede

başka kalp hastalığı tanısı almış olan birey varlığı hasta yakınına bakım konusunda daha çok tecrübe ve bilgi kattığından dolayı algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu ön görmekteyiz.

Çalışmamıza göre, 16 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Schulz ve Sherwood (2008), uzun süreli bakım veren bireylerin, bakım sürecine uyum sağladıkça, destek ağlarını genişletme ve bu süreçle daha iyi başa çıkma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamız literatür ile benzer olup uzun süreli bakım veren bireylerin daha fazla sosyal destek algısına sahip olduklarını göstermektedir. Bu bulgular, uzun süre bakım verme sürecinin zamanla bireylerin bu duruma daha iyi uyum sağlamalarına ve destek ağlarını güçlendirmelerine olanak tanıdığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmeyenlerin sosyal destek puan ortalamaları, sağlıkları etkilenenlerden daha yüksek bulunmuştur. Özdemir ve ark. (2020) çalışmasında, yakınlarının ciddi sağlık sorunları yaşayan bireylerin sosyal destek puanlarının, etkilenmeyen bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışma, bulgumuzu destekler niteliktedir. Younas ve ark. (2023) yaptığı çalışma, kalp yetmezliği olan hastalara bakım veren bireylerin sosyal destek algısının, mental sağlık durumu ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Schulz ve Sherwood (2008), sosyal desteğin sağlık üzerindeki koruyucu etkilerini vurgulamış ve sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin daha iyi bir psikolojik ve fiziksel sağlık durumuna sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular, çalışmamızda sağlıkları etkilenmeyen bireylerin daha yüksek sosyal destek algısına sahip olmalarını açıklayabilir.

Çalışmamızda hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenmeyenlerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları, etkilenenlerden daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada aile bireyelerine bakım verenlerin, diğer iş ve aile

sorumluluklarıyla başa çıkmakta zorlandıkları ve bu sebeple sosyal destek algılarının düştüğü tespit edilmiştir. Bu bireyler, yoğun bakım yükü altında kaldıklarında sosyal çevrelerinden aldıkları desteklerin yeterli olmadığını hissetmekte ve bu durum, onların genel yaşam memnuniyetini ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Sökmen, 2022). İçel ve ark. (2022), tarafından yapılan benzer bir çalışmada, Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin sosyal destek algıları incelenmiştir. Çalışmada, bakım yükü arttıkça bu bireylerin sosyal destek algılarının azaldığı gözlemlenmiştir. Lafcı ve ark. (2020), kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri üzerinde yaptıkları araştırmada, yoğun bakım yükü altında olan bireylerin sosyal destek algısının düştüğünü bulmuşlardır. Yukarıdaki literatür örnekleri, çalışmamızda elde edilen bulguların benzer sonuçlar sunduğunu göstermektedir. Bakım sorumluluklarının diğer yaşam alanlarını etkilediği durumlarda, sosyal destek algısının düşmesi, literatürde yaygın olarak gözlemlenen bir durumdur. Bu, bakım veren bireylerin sosyal ve duygusal olarak daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu, ancak bu desteği her zaman alamadıklarını ortaya koyar. Literatürdeki bu bulgular ışığında, bakım veren bireylere yönelik sosyal destek sistemlerinin ve psikososyal müdahale programlarının geliştirilmesi, onların genel iyilik hallerini artırmak için kritik öneme sahiptir.

Çalışma bulgularımıza göre yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşamayanların algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir. Atagün ve ark. (2011) tarafından yapılan bir araştırmada, kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerin eşleri üzerinde odaklanılmıştır. Bu çalışmada, eşler arasındaki ilişki dinamiklerinin, hastalık sürecinde önemli ölçüde zorlaştığı ve bu durumun sosyal destek algısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Turan ve ark. (2021), aile içi ilişkilerin ve özellikle evliliklerin desteklenmesi için geliştirilen psikososyal müdahalelerin, bireylerin sosyal destek algısı üzerinde olumlu etkiler yarattığını

bulmuşlardır. Buna göre çalışmamızda elde edilen bulguların literatürdeki mevcut araştırmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Yakınlarının sağlık durumları nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşamayan bireylerin sosyal destek algılarının daha yüksek olması, sağlıklı evlilik ilişkilerinin bireylerin sosyal destek mekanizmalarını daha etkin kullanmalarını sağladığını ortaya koymaktadır. Evlilikte yaşanan zorluklar, sosyal destek algısını olumsuz yönde etkileyebilir, bu da bireylerin genel iyilik hallerini ve yaşam kalitelerini düşürebilir. Literatürde bu tür durumlarda psikososyal destek programlarının evlilik ilişkilerini destekleyici rolü vurgulanmakta ve bu tür müdahalelerin sosyal destek algısını artırabileceği belirtilmektedir.

Yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşamayanların algılanan sosyal destek puan ortalamaları, güçlük yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Aspin ve ark. (2018), kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerin aileleri üzerinde yaptıkları çalışmada, aile içi ilişkilerin bozulmasının, sosyal destek algısını ciddi anlamda düşürdüğünü bulmuşlardır. Yanardağ ve Özkan (2023), aile bireylerinin ciddi sağlık sorunları yaşadığı durumlarda aile dinamiklerinin nasıl etkilendiğini incelemişlerdir. Bu çalışmada, sağlık sorunları nedeniyle aile içi ilişkilerde yaşanan zorlukların, bireylerin sosyal destek arayışlarını olumsuz etkilediği ve sosyal destek algısının düştüğü bulunmuştur. Pak (2019), aile içi ilişkilerin güçlendirilmesi için uygulanan psikososyal destek programlarının, bireylerin sosyal destek algısı üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Sonuçlar, aile içi ilişkileri destekleyen bu tür müdahalelerin, bireylerin sosyal destek puanlarını anlamlı derecede artırdığını göstermiştir. Aile içindeki güçlü bağlar, bireylerin stresle başa çıkma yeteneklerini artırarak, sosyal destek algısını ve duygusal iyilik hallerini olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda 41-60 yaş grubunun umutsuzluk ölçeği puan ortalamasının 18-40 ve 61-78 olan gruptan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarına benzer

olarak Şahin (2019) yaşı bireylerde sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini incelediği çalışmasında yaş grupları ile BUÖ toplam puanları arasında anlamlı farkların bulunduğunu, özellikle 75-79 yaş grubunda yer alan bireylerin BUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Şahin, 2019). Orta yaş grubunun daha düşük umutsuzluk seviyelerine sahip olması, bu dönemde bireylerin sosyal destek mekanizmalarına daha fazla erişim sağladıklarını ve yaşam deneyimlerinin bu duygusal zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, yaş ilerledikçe umutsuzluk seviyelerinin arttığı ve özellikle yaşı bireylerin daha yüksek risk altında olduğu görülmektedir. Şahin'in (2019) bulgularıyla da desteklenen bu sonuçlar, yaşı bireyler için daha fazla sosyal destek sağlanmasının ve yalnızlıkla mücadele edilmesinin önemini vurgulamakta, bu gruba yönelik özel müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kadın bireylerin umutsuzluk ölçeği toplam puan ortalamalarının erkek bireylerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürde Upmanyu ve Upmanyu, (1994) yılında yaptıkları bir çalışmada kadın ve erkelerin umutsuzluk düzeylerini cinsiyete göre incelemişler ve kadınların umutsuzluk düzeylerinin erkelerin umutsuzluk düzeylerine göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Şahin (2019) yaşı bireylerde sosyal destek algısının yalnızlık ve umutsuzluk üzerine etkisini incelediği çalışmasında kadınların umutsuzluk düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma sonuçlarının kültürden ve toplumsal yapının özelliklerinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda okuryazar olanların umutsuzluk puan ortalamalarının üniversite ve üzeri, lise ve ilköğretim mezunu bireylerden daha yüksek olduğunu tespit ettik. Çalışmamız sonuçlarına benzer olarak Şahin (2019) çalışmasında okuryazar olmayanların umutsuzluk düzeyi toplam puanlarının, okuryazar, ilköğretim, lise ve

üniversite mezunlarından yüksek olduğunu saptamıştır. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin, özellikle okuryazar olanların, daha yüksek umutsuzluk puanlarına sahip olması, bu bireylerin sorunlarla başa çıkma konusunda yeterli kaynaklara ve desteğe sahip olmamalarından kaynaklanıyor olabilir. Şahin'in (2019) çalışmasıyla da paralellik gösteren bu bulgular, eğitim düzeyi düşük bireyler için sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve bu bireylere yönelik farkındalık programlarının artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin bilgiye erişimi, sosyal destek sistemlerine katılımı ve problem çözme yetenekleri de artmakta, bu da umutsuzluk düzeylerini azaltmaktadır. Bu nedenle, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler için özel psikososyal destek programları geliştirilmesi, onların umutsuzluk duygularıyla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olabilir.

Çalışmamızda evli olan bireylerin puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamız sonuçlarına benzer olarak Şahin (2019) çalışmasında evli olan katılımcıların umutsuzluk düzeyi toplam puanlarının, bekar ve dul/boşanmış katılımcılardan daha düşük olduğunu bildirmiştir. Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan araştırmalarda ise medeni durumla umutsuzluk algısı arasında fark olmadığını bildirmişlerdir (Aydın ve İşleyen, 2004; Gümüş ve ark., 2007). Çalışmamız, evli bireylerin daha düşük umutsuzluk düzeylerine sahip olduğunu göstererek, evliliğin bireylerin duygusal ve psikolojik sağlığı üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır. Evlilik, sürekli bir sosyal destek kaynağı sağlayarak, bireylerin zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olabilir.

Çalışma bulgularımıza göre çalışan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha düşük olduğu bulunmuştur. Jongen ve ark. çalışmasında (2020) benzer şekilde çalışmanın bireylerin depresyon ve umutsuzluk düzeylerini azalttığına dair bulgular bulunmaktadır. Buna göre çalışan bireylerin BUÖ puanlarının daha düşük

olması, istihdamın psikolojik esenlik üzerindeki olumlu etkilerini gösterebilir. Çalışma hayatı, bireylere bir amaç ve yapı sunarak, umutsuzluk hissini azaltabilir.

Çalışmamızda geliri giderine göre az olan bireylerin BUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız sonuçlarına benzer olarak Şahin (2019) çalışmasında geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu tespit etmiştir. Yaşlılarla yapılan bir araştırmada düşük gelire sahip yaşlıların orta ve iyi düzeyde olanlardan (Ron, 2004), başka bir araştırmada ise daha düşük düzeyde gelire sahip olanların, daha fazla gelire sahip olanlardan anlamlı düzeyde yüksek umutsuzluk puan ortalamasına sahip olduklarını bildirmişlerdir (Şahin ve ark., 2018). Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan bir araştırmada gelir düzeyinin yetersiz olduğunu algılayan yaşlıların, gelir düzeyini orta düzeyde algılayanlara göre BUÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Gümüş ve ark., 2007). Geliri giderine göre az olan bireyler, sürekli ekonomik zorluklar ve mali kaygılarla karşı karşıya kalırlar. Bu durum, onların sürekli bir stres ve endişe durumu içinde olmalarına neden olabilir. Mali sıkıntılar, bireylerin geleceğe dair belirsizlik ve güvensizlik hislerini artırarak umutsuzluk düzeylerini yükseltebilir.

Çalışmamız elde ettiğimiz diğer bir sonuç ise ilçede yaşayan bireylerin BUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde çalışmamızdan farklı olarak Şahin (2019) çalışmasında köyde yaşayanların BUÖ toplam puanının ilçede yaşayan yaşlılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur. Finlandiya’da Haatainen ve ark. (2004) tarafından yapılan bir araştırmada 25-65 yaş grubundaki bireylerle yapılan bir araştırmada yaşanılan yere göre umutsuzluk görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmişlerdir (Haatainen ve ark., 2004). Araştırmalardan elde edilen farklı sonuçlarda kültürel, bireysel, bölgesel özelliklerin etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda anne/babası hasta olan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kubler-Ross (1969), yakın bir aile üyesinin hastalığının, bireylerde umutsuzluk, kaygı ve depresyon gibi duygusal tepkilere yol açabileceğini belirtmiştir. Bu durumu anne veya babanın hastalığı, bireylerde sevdiklerini kaybetme korkusu, gelecek belirsizliği ve duygusal tükenmişlik gibi hisleri tetikleyebileceği ve sonucunda umutsuzluk düzeylerini artırabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Anne veya babaya bakım verme sorumluluğu bireylerde kaygı ve depresyon gibi duygusal fonksiyonları tetikleyerek umutsuzluk duygularının artmasına sebep olabilir.

Çalışma sonucumuza göre evde hastanın kendine ait odası olanların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Hasta odasının gürültüden uzak ve oldukça temiz olması gerekir (Özlü, 2019). Hastanın kendisine ait odasının olması ve odanın temiz tutulup takibinin düzgün bir şekilde sağlanması gerekir (Geiger, 2013). Bu durum bakıcıya fazladan iş yükü olduğu, bundan ötürü umutsuzluk seviyesinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalığı bulunan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Snyder ve ark. (1996), kronik hastalıkların bireylerde umutsuzluk, depresyon ve çaresizlik duygularını artırabileceğini belirtmiştir. Çalışmamız literatür ile benzerdir. Buna göre kronik hastalıklarla yaşayan bireyler, sağlıklarının sürekli bir tehdit altında olduğunu hissedebilir ve bu durum, onların geleceğe dair umutlarını zayıflatabilir. Bu bağlamda, daha düşük BUÖ puanları, kronik hastaların yaşamla başa çıkma zorluklarını ve duygusal yüklerini yansıtır olabilir.

Çalışmamızda 16 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin daha yüksek BUÖ puan ortalamasının olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Salik ve Çıtlık (2021) kalp yetersizliği hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerini inceledikleri

alışmalarında hastaların Bakım verme süresi umutsuzluk düzeyini etkilediğini saptamışlardır (Salik ve ıtlık 2021). Bakım verme süresi uzadıkça bireylerin gelecek belirsizliğı ve duygusal tükenmişlik gibi hislerin artabileceğı ön görölmektedir.

Çalışmamızda bakım verme sürecinde destek alanların daha düşük BUÖ puan ortalamasının olduğı saptanmıştır. ALS'li hastalara bakım veren bireylerle yapılmış çalışmada destek olan bireylerin olmasının umutsuzluk düzeyinde belirgin bir azalma sağladığı bildirilmiştir (Esser ve ark., 2019). Bakım sürecinde destek almanın bireye maddi ve manevi katkılar sağladığı bu yüzden ümitsizlik seviyesinin daha düşük olduğı düşünölmektedir.

Çalışmamızda yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenen bireylerin daha yüksek BUÖ puan ortalamasının olduğı saptanmıştır. Folkman ve Lazarus (1988), stresle başa çıkma da denge ve esnekliğin, bireylerin psikolojik sağlığını korumada kritik bir rol oynadığını vurgulamışlardır. Yakınlarının hastalık ve tedavi sürecinde bireylerin yoğun stres yüzünden bu dengeyi sağlayamadıkları bundan ötürü daha yüksek ümitsizlik seviyesine sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışma sonucumuza göre yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeğı puan ortalamaları daha yüksektir. Beck ve Steer (1988), umutsuzluk duygusunun depresyonun temel bileşenlerinden biri olduğunu ve bu duygunun, bireyin hayatında önemli stres faktörleri olduğunda yoğunlaştığını belirtmişlerdir. Ayrıca, Lazarus ve Folkman (1984), stresle başa çıkma mekanizmalarının, bireyin psikolojik iyi oluşu üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. alışmalarına göre sağlık durumu kötüleşen bireyler, hastalık ve tedavi süreciyle başa çıkmakta zorlanabilir ve bu durum, umutsuzluk duygularını artırabilir. Bireyin sağlık durumunun kötüleşmesi, psikolojik stresin artmasına ve bu nedenle de umutsuzluk düzeylerinin yükselmesine yol açabilir. Schulz ve Sherwood (2008) ise, sağlıkla ilgili

stres faktörlerinin, bireylerin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebileceğini ve sosyal destek eksikliğinin bu durumu daha da kötüleştirebileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamız literatürü desteklemektedir. Buna göre, yakınlarının hastalık sürecinden sağlıkları etkilenen bireylerin daha yüksek umutsuzluk düzeylerine sahip olduklarını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını kısmen etkilenen grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenen ve etkilenmeyen gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Pearlin ve ark. (1990), bakım verme sürecinin tamamen bireyin hayatını kaplamadığı durumlarda, bu sorumluluğun daha yönetilebilir olduğunu ve bu sayede umutsuzluk duygularının azalabileceğini belirtmiştir. Bu bulgu, bakım verme sürecinde dengeli bir yaklaşımın, bireylerin duygusal sağlığını koruma konusunda ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Kısmen etkilenen grup, bu dengeyi kurarak, bakım verme sorumluluğunu yerine getirirken diğer yaşam alanlarını da sürdürmeyi başarmış olabilir.

Çalışmamızda yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşayanların daha yüksek BUÖ puan ortalamasının olduğu saptanmıştır. Umrigar ve Mhaske (2022), kronik hastalıkların evlilik ilişkileri üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, özellikle uzun süreli bakım gerektiren hastalıklarda, evlilikte yaşanan zorlukların arttığını belirtmişlerdir. Bu zorluklar, eşlerin birbirleriyle olan iletişimlerini zayıflatmış ve duygusal destek arayışlarını olumsuz etkilemiştir. Evlilik ilişkileri zayıflayan bireylerin yüksek ümitsizlik puan ortalamalarına sahip olması, bu bireylerin karşılaştıkları zorlukların ve stres faktörlerinin yoğunluğunu yansıtmaktadır.

Çalışmamızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde 18-40 yaş grubunun puan ortalamasının 41-60 yıl ve 61-78 yıl olan gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yel

ve ark. (2020) araştırmalarında 65 yaşın üzerinde olan hastaların 65 yaşın altında olanlara göre iş hayatında ya da günlük aktivitelere emosyonel sorunlara bağlı olarak az sorun yaşadıklarını saptamışlardır. Ayrıca yaş ile ağrı ve fiziksel fonksiyon puan ortalamaları arasında negatif yönde, emosyonel rol kısıtlıkları puanı ile arasında ise pozitif yönde korelasyon bulunduğunu bildirmişlerdir (Yel ve ark., 2020). Ggeldi ve ark. (2008) alışmasında yaşın ilerlemesi ile yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir. Genç bireylerin genellikle daha iyi fiziksel sağlık, daha az kronik hastalık ve daha yüksek enerji seviyelerine sahip olmaları, yaşam kalitesi puanlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda niversite ve üzeri mezunu olan bireyler ile lise mezunu bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi lek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş, böylece eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttıkı saptanmıştır. Dilek ve ark. (2010) alışmasında koroner arter hastalığı olan kişilerin eğitim seviyelerindeki artışla yaşam kalitelerinin de artış gösterdiği belirtilmiştir. Kişinin eğitim seviyesi arttıkça, sağlık problemlerine sebep olacak durumlardan uzak durarak (kişisel bakım ve temizliğinde yetersizlik, kötü beslenme vb.), yaşam kalitesini arttıran yöntemleri (spor, sağlıklı beslenme vb.) etkin biçimde uygulayarak stresle baş etme yöntemlerini geliştirdiği ve olumlu davranışlarıyla daha sağlıklı bir yaşama kavuştuğu dşnlmektedir.

Çalışmamızda evli olan bakım verici bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi puan ortalamaları daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yel ve ark. (2020) araştırmasında dul olan bireyler evli olanlar ile karşılaştırıldığında; yaşam kalitelerinin düşük olduğunu, evli olanların dullara göre enerji, sağlığın genel algılanması ve fiziksel fonksiyon alt grup puanları yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ggeldi ve ark. (2008) alışmasında dul olanların yaşam kalitesinin, evli ve bekar olanlarla karşılaştırıldığında düşük olduğu belirtilmiştir. Evli olan bireylerin aile içi sorumluluklarının daha fazla olması yaşam kalitesi açısından negatif yönlü bir ilişki ortaya koyabilir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi bulunmayan bakım verici bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, sosyal güvencesi bulunan bireylerden daha düşüktür. Türkoğlu çalışmasında (2010) sosyal güvencesi olan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanını daha yüksek bulmuştur (Türkoğlu, 2010). Anderson ve ark. (2015), Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları çalışmada, sosyal güvenceden yoksun bireylerin, ekonomik kaygılar nedeniyle daha yüksek stres, anksiyete ve depresyon seviyelerine sahip olduğunu bulmuşlardır. Bu durum, sosyal güvencesi olmayan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Zhi ve ark. (2022), Güney Kore'de yaptıkları araştırmada, sosyal güvenceye sahip olan bireylerin genel yaşam memnuniyetinin daha yüksek olduğunu, çünkü bu bireylerin sağlıklarını koruma konusunda daha az endişe taşıdıklarını ve daha yüksek bir yaşam kalitesi sürdürdüklerini belirlemişlerdir. Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları, sosyal güvencenin bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını koruma ve yaşam kalitelerini artırma konusundaki kritik rolünü desteklemektedir. Sosyal güvence eksikliğinin bireylerin yaşam kalitelerini nasıl olumsuz etkilediğini anlamak, bu bireyler için daha iyi sağlık hizmetleri ve destek mekanizmaları geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışma bulgularımıza göre çalışmayan bakım verici bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Murphy ve Athanasou (1999) çalışmayan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olması, işsizlik durumunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. İşsizlik, ekonomik sıkıntılar, düşük benlik saygısı ve sosyal izolasyon gibi faktörlerle yaşam kalitesini düşürebilir. İş arkadaşları ve işyeri sosyal ağları, bireylerin stresle başa çıkma kapasitelerini artırabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz diğer bir sonuç ise kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerin geliri giderinden fazla olanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına göre geliri giderinden az veya geliri giderine eşit olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Najjar ve ark. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin sınırlı olması, stres seviyelerinin yüksek olması ve sosyal destek eksikliği gibi nedenlerle yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Marmot ve Allen (2020) ise sosyoekonomik durumun genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyerek, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin daha iyi sağlık sonuçlarına ve daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim, sağlıklı beslenme imkanları ve yaşam koşulları gibi faktörler üzerinde doğrudan etkili olduğu için, bu durum SF-36 ölçeğinde de yansımaktadır. Dolayısıyla, çalışmamızın bulguları, gelir durumunun yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koyan mevcut literatürle uyumlu olup, kalp hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerde bu ilişkinin özellikle önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ilçede yaşayan bireylerin S36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanının, il, kasaba ve köyde yaşayan gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Deng ve ark. (2017), ilçelerde yaşayan bireylerin, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorluklar ve sosyal izolasyon nedeniyle daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Gruebner ve ark. (2015), küçük yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin, büyük şehirlerde yaşayanlara göre daha düşük stres ve daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu bulgular, çalışmamızda ilçede yaşayan bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olmasını açıklayabilir.

Çalışmamıza göre çocuğu olan bakım verici bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları daha düşüktür. Karakaya ve Işıkhani'nin (2020) yaptığı çalışmada

çocuk sahibi olan bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Nelson ve ark. (2014), çocuk sahibi olan bireylerin, özellikle küçük çocukları olanların, daha yüksek düzeyde stres yaşadıklarını ve bunun da yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceğini bulmuşlardır. Çocuk sahibi olmak bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen ek sorumluluklar ve stres faktörleri yaratabilir.

Çalışmamızda anne/babası hasta olan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Schulz ve Beach (1999), hasta bir aile üyesine bakım vermenin, bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve sağlık sorunlarını artırdığını bulmuşlardır. Bakım sürecinin, bireylerin kendi sağlıklarına, sosyal yaşamlarına ve profesyonel sorumluluklarına yeterince zaman ayıramamalarına neden olabileceğini ve bu nedenle genel yaşam kalitesini düşürebileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamız literatür ile uyumludur. Anne veya babaya bakım verme sorumluluğu, bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir.

Kronik hastalığı bulunan bakım verici bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Ware ve Sherbourne (1992), kronik hastalığa sahip bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel alanlarda yaşam kalitesinin ciddi şekilde düşebileceğini vurgulamıştır. Kronik sağlık sorunları, bireylerin bağımsızlıklarını kaybetme korkusunu artırabilir, sosyal ilişkilerini sınırlayabilir ve genel yaşam memnuniyetini azaltabilir.

Çalışmamızda ailede başka kalp hastalık tanısı olan birey varlığı SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına göre daha düşük puan ortalamasının olduğu saptanmıştır. Ailede kalp hastalığı olan bir bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi hem fiziksel hem de psikolojik açıdan oldukça önemlidir. Özellikle, hastalık bakımını üstlenen aile üyeleri, zararlı psikolojik sonuçlar yaşayabilir. Bu kişilerin kendilerinde de depresyon, anksiyete gibi mental sağlık sorunları gelişme riski artmaktadır. Bu etki,

bakımı üstlenenin hasta ile olan ilişkisine göre değişiklik gösterebilir; eşler ve çocuklar genellikle daha yüksek risk altındadırlar (Shah ve ark., 2021). Kalp hastalığının bakım sürecine katılan aile üyelerinin yaşam kalitesindeki düşüş, aynı zamanda sosyal yaşam, iş performansı ve genel yaşam tatmini üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bir çalışmada, çocuklarında doğuştan kalp hastalığı olan ailelerde, ebeveynlerin yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği ve özellikle annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Cole ve ark., 2024). Ailede başka kalp hastalığı tanısı alan bireylerin varlığı bakım vericilerin iş yükünü artırması ve yaşam doyumunun azaltmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza göre, 16 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Pearlin ve ark. (1990), uzun süreli bakım vermenin bireyler üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olabileceğini, ancak bu sürecin yönetilebilir hale getirildiğinde bireylerin daha yüksek yaşam kalitesi algısına sahip olabileceğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak, bu çalışma literatür ile benzer olup uzun süreli bakım veren bireylerin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Bu bağlamda, uzun süreli bakım veren bireylerin desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için uygun stratejiler geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Çalışmamızda yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmeyenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları sağlıkları etkilenenlerden daha yüksek bulunmuştur. Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan yaygın bir araçtır. Bu ölçeğe göre, sağlık durumu iyi olan bireyler, fiziksel ve zihinsel sağlık boyutlarında daha yüksek puanlar alarak genel yaşam kalitesini

daha iyi algılamaktadırlar. Bu bulgu, sağlıkları etkilenmeyen bireylerin, genel yaşam kalitelerini daha yüksek algılamalarını açıklamaktadır.

Çalışmamızda hastalarına bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenmeyenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları, etkilenenlerden daha yüksek, kısmen etkilenenlerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Zarit ve ark. (1980), bakım verirken diğer sorumluluklarını etkilenenlerin daha fazla stres maruz kaldıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. Diğer sorumlulukları etkilenmeyen bireylerin daha düşük stres seviyelerine maruz kalması daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasını açıklamaktadır.

Çalışmamızda yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik/aile ilişkilerinde güçlük yaşamayanların SF-32 Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre daha yüksek puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır. De Maria ve ark. (2020), kronik hastalığı olan yaşlı bireyler ve onların bakım verenleri üzerinde yaptıkları çalışmada, aile desteğinin hem bakım verenin hem de hastanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir. Karabuğa'nın (2009) çalışmasında evlilik ilişkisinde sorun yaşayanların, finansal sıkıntı hariç, her boyutta ve toplamda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmamızı desteklemektedir. Aile ve evlilik içindeki güçlü bağlar, bireylerin stresle başa çıkma yeteneklerini artırarak, genel yaşam memnuniyetlerini ve duygusal iyilik hallerini olumlu yönde etkileyebilir.

Yaşam kalitesi puanı arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ortalaması da artmaktadır. Yaşam kalite puanının arttıkça, algılanan sosyal destek puanının da arttığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, doğum sonrası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, ÇBASDÖ puanlarının yaşam kalitesi ile pozitif bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmada kişilerden, aileden ve arkadaşlardan alınan sosyal destek, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal

ilişkiler gibi yaşam kalitesi alanlarındaki puanların iyileşmesine katkıda bulunmuştur (Asgarabad ve ark., 2024). Bakım verenlerin sosyal destekleri azaldıkça, yaşam kaliteleri düşmekte, bakım verme yükleri ve tükenmişlikleri artmaktadır (Aydemir, 2023). ÇBASDÖ puanlarının artması, bireylerin çevrelerinden aldıkları duygusal, maddi ve bilgilendirici destek ile daha yüksek yaşam kalitesi düzeyleri arasında güçlü bir bağlantının var olduğunu işaret etmektedir. Bu bulgular, sosyal desteğin, özellikle kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerde, yaşam kalitesini artırmada kritik bir faktör olduğunu gösteren literatürle tutarlıdır.

Yaşam kalitesi puanı arttıkça Beck Umutsuzluk toplam puan ortalaması azalmaktadır. Chang ve ark. (2018) çalışmasında, depresif semptomları yüksek olan bireylerde yaşam kalitesinin düşük, umutsuzluk düzeylerinin ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Kocalevent ve ark. (2017), kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, daha yüksek yaşam kalitesine sahip hastaların umutsuzluk seviyelerinin anlamlı derecede düşük olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmalar, yaşam kalitesinin bireylerin genel psikolojik iyilik hali üzerinde ne kadar belirleyici olduğunu ve yüksek yaşam kalitesinin umutsuzluk gibi olumsuz duygusal durumları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik müdahaleler, bireylerin umutsuzluk düzeylerini azaltmada önemli bir strateji olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp hastalığı olan yaşlı ebeveyne sahip ailelerde algılanan sosyal destek, umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu tanımlayıcı çalışma ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Katılımcılardan 41-60 yaş grubunda olanların, erkek bireylerin, ilköğretim mezunu olanların, bekarların, çalışmayanların, geliri giderine göre düşük olanların, çocuğu olmayanların, eşi hasta olanların, hastalarıyla aynı evde yaşayanların, evde kendisine ait odası bulunmayanların, ailede yer alan kalp hastalık tanısı almış olan başka bireylerin bulunmayanların, 0-1 yıl hastalarına bakım verenlerin, hastalarına yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenenlerin, hastalara bakım vermenin diğer sorumluluklarını kısmen etkilenenlerin, yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşayanların ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşayanların daha düşük ÇBASDÖ puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.
- Katılımcılardan 41-60 yaş grubunda olanların, erkek bireylerin, üniversite ve üzeri mezunu olanların, evli olan bireylerin, çalışan bireylerin, geliri giderine göre fazla olan bireylerin, kasabada yaşayan bireylerin, kardeşi hasta olan bireylerin, evde kendisine ait odası bulunmayan hastaların, kronik hastalığı olan bireylerin, 0-1 yıl hastalarına bakım veren bireylerin, bakım verme sürecinde destek alan bireylerin, yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmeyenlerin, hastalara bakım vermenin diğer sorumluluklarını etkilenmeyenlerin, yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşamayanların ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşamayanların daha düşük BUÖ puan ortalamasının olduğu saptanmıştır.

- Katılımcılardan 18-40 yaş grubunda olanların, üniversite ve üzeri mezunu olan bireylerin, bekar olanların, sosyal güvencesi olan bireylerin, çalışan bireylerin, geliri giderine denk olan bireylerin, kasabada yaşayanların, çocuğu olmayan bireylerin, anne/baba hasta olan bireylerin, ailede yer alan kalp hastalık tanısı almış olan başka bireylerin bulunmayanların, kronik hastalığı bulunmayanların, 16 yıl ve üzeri hastalarına bakım veren bireylerin, yakınlarının yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlıkları etkilenmeyenlerin, hastalara bakım vermenin diğer sorumluluklarını kısmen etkilenenlerin, yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde güçlük yaşamayanların ve yakınlarının yaşadığı hastalık/tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşamayanların daha yüksek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.
- Yaşam kalitesi puanı arttıkça ÇBASDÖ toplam puan ortalaması da artmaktadır.
- Yaşam kalitesi puanı arttıkça Beck Umutsuzluk toplam puan ortalaması azalmaktadır.
- Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşam kalitesi düşük, umutsuzluk düzeyi yüksek, sosyal desteği yeterince almadığını düşünen ileri yaşta, gelir düzeyi düşük, okuryazarlığı olmayan veya eğitim durumu çok düşük bireylere ve köyde yaşayan bireylere v.b. devlet tarafından ya da sağlık kuruluşları tarafından Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık hizmetlerinin verilmesi kalp hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin bu zorlu süreci daha kolay atlattıklarına destek olabilir.
- Araştırma sonuçları doğrultusunda ihtiyaç değerlendirmesinin yapılması ve entegre bakım programlarının oluşturulması için girişimsel hemşirelik çalışmalarının planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Acharya, T. & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery of mental illness. *Psychiatry Danubia*, 29(Suppl 3), 619–622.
- Ades, P. A. & Savage, P. D. (2017). Obesity in coronary heart disease: An unaddressed behavioral risk factor. *Prev Med.* 104,117-119.
- Akgül, H. ve Yeşilyaprak, B. (2018). The effect of psychoeducation program for reducing loneliness on loneliness level of the elderly. *International Journal of Society Researches*, 8(14), 13–52.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
- Allardt, E. (1993). *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research*, The Quality of Life, Edited by Martha Nussbaum and Amartya Sen, Clarendon Press, Oxford, 88-94.
- Alpaman, A. (2015). *Kalp damar hastalıkları/ kalp damar hastalıklarında risk faktörleri*. <https://ahmetalpman.com>
- Alpman, A. (10.10.2023). *Kalbin anatomisi*, (<https://ahmetalpman.com/genel-anatomi/>).
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan bireylerin yaşam doyumu sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3), 159-164.
- Anderson, B. (2004). *Quality of life (and ISTs)*, [www.socquit.net/ Presentations /2_Ben_YK-Review.ppt](http://www.socquit.net/Presentations/2_Ben_YK-Review.ppt).
- Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1,176:183-96. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.019. Epub 2015 Jan 21. PMID: 25723562.

- Andre, P., & Dieudonne, B. (2001). *Development of a Conceptual and Methodological Framework*, http://www.ceaa-acee.gc.ca/015/001/015/3_e.htm
- Anton, S. D., Woods, A. J., & Ashizawa, T. (2015). Successful aging: Advancing the science of physical independence in older adults. *Ageing Research Reviews*, 24, B304–327.
- Antonucci, T. & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17, 737-749. <https://doi.org/10.1007/BF00287685>.
- Arat, Z. (2006). *Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler*. <http://acikerisim.baskent.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11727/2359/00075.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi].
- Aslan, K. (2001). İlköğretim 1. Kademe Öğretmenlerinin Yaşam Kalitesi ve Meslek Doyumları, *Ege Eğitim Dergisi*, 1(1), 63-82.
- Asgarabad, M., Vahabi, Z., Cheung, H. N., Ahmadi, R., Akbarpour, S., Sadeghian, M. H., & Etesam, F. (2024). Perceived social support, perceived stress, and quality of sleep among COVID-19 patients in Iran: Assessing measurement invariance of the multidimensional scale of perceived social support across gender and age. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1337317. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1337317>
- Aspin, C., Brown, N., Jowsey, T., Yen, L., & Leeder, S. (2012). Strategic approaches to enhanced health service delivery for aboriginal and torres strait islander people with chronic illness: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-143>
- Atagün, M. İ., Devrim-Balaban, Ö., Atagün, Z., Özpolat, A. Y., ve Elagöz, M. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-*

Current Approaches in Psychiatry, 3(3), 513–552.

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/115111>

Aydemir, Ö. (2023). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi, Bakım Yükü ve Tükenmişlikle İlişkisi*. file:///C:/Users/lenovo/Downloads/818507.pdf. (Tez No. 8018507) [Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

Aydın, A., Kahraman, N., ve Hiçdurmaz, D. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi olma düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 40-47.

Aydın, Ş., ve İşleyen, S. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(3), 19–25

Ay, E., Durmaz, H., Olçun, Z., ve Okanlı, A. V. (2018). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Baş etme Tarzları. *Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 20-23 Kasım*. 20(2), 11-13.

Babaoğlu, E. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 24-33.

Bachmann, J. M., Willis, B. L., Ayers, C. R., Khera, A., & Berry, J. D. (2012). Association between family history and coronary heart disease death across long-term follow-up in men: the Cooper Center Longitudinal Study. *Circulation*, 125(25), 3092-3098.

Bahar, A., ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4):32-39.

- Bahri, L., Dehghan-Menshadi, M., & Dehghan-Manshadi, Z. (2014). Investigate the predictive role of resilience and social support on the mental health of parents of blind children and deaf. *Exceptional Education*. 14(1), 5–12.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, M.M. Baltes & (Ed.), *Successful ageing: Perspectives from the behavioural sciences*, 1-34. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Bamouni, J., Naibe, D. T., Yameogo, R. A., Mandi, D. G., Millogo, G. R. C., Yameogo, N. V., & Zabsonré, P. (2018). Contribution of stress test to the treatment of ischemic heart disease. *The Pan African Medical Journal*, 31, 229-229.
- Barnes, M. K., & Duck, S. (1994). Everyday communicative contexts for social support. In: Burleson BR, editor; Albrecht TL, editor; Sarason IG, editor. *Communication of social support*. California, SAGE, 175–194.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies of college students. *American Journal of Community Psychology*. 9. 435-447
- Başer, Z. (2006). The analyze of the relation between the perceived social support taken from the family and the level of self-acceptance, (Tez No. 186572) [Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. Dec;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. PMID: 3204199.
- Beck, A. T., Lester, D., Trexler, L., & Weissman, A. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 6 (42), 861-865.

- Beğer, T., ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. T. Beğer. (Ed.), *Klinik Gelişim Geriatri*, 25 (3), 1-3,
- Berg, K. S., Zwisler, A. D., Pedersen, B. D., Haase, K., & Sibilitz, K. L. (2013). Patient experiences of recovery after heart valve replacement: suffering weakness, struggling to resume normality. *BMC Nurs* 12(1), 23.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Boylu, A. A., ve Günay, G. (2018). The effect of the perceived social support on the elderly life satisfaction. *Journal of the Human and Social Science Researches*. 7(2), 1351-1363.
- Boylu, A. A., ve Hazer, O. A. (2012). Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Üzerinde Etkili olan Faktörlerin İncelenmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 23(1), 39-48.
- Boylu, A. A., & Paçaçioğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Böhnke, P. (2005) *First European Quality of Life Survey: Life Satisfaction, Happiness and Sense of Belonging*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0591EN.pdf.
- Brian, J. N., and David, A. S. (2012). *The Intersection Between Aging and Cardiovascular Disease*. 13.Nisan.2012.
<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.111.246876>
- Brown, J. C., Gerhardt, T. E., & Kwon, E. (2022). Risk Factors for Coronary Artery Disease. StatPearls StatPearls Publishing; Treasure Island
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>.

- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Capobianco, S. M., Fahmy, M. W., & Sicari, V. (2022). Anatomy, Thorax, Subclavian Veins. StatPearls. *StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532885/>.
- Carnethon, M. R., Pu, J., Howard, G., Albert, M. A., Anderson, C. A. M., Bertoni, A. G., Mujahid, M. S., Palaniappan, L., Taylor, H. A., Willis, M., & Yancy, C. W. (2017). American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; and Stroke Council. Cardiovascular Health in African Americans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 136(21), e393-e423.
- Carter, Y. M., Wehrle, C. J., ve Mahajan, K. (2022). Anatomy, Thorax, Heart Anomalous Left Coronary Artery. *StatPearls StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*,
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725871/>.
- Chang, E. C., Downey, C. A., Hirsch, J. K., ve Yu, E. A. (Eds.). (2018). Treating depression, anxiety, and stress in ethnic and racial groups: Cognitive behavioral approaches. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000091-000>
- Chen, X., He, Y., De Oliveira, A. M., Coco, A. L., Zappulla, C., & Kaspar, V. (2004). Loneliness and social adaptation in Brazilian, Canadian, Chinese and Italian children: A multi-national comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1373-1384.

- Ciarrochi, J., Parker, P., Kashdan, T. B., Heaven, P. C., & Barkus, E. (2015). Hope and emotional well-being: A six-year study to distinguish antecedents, correlates, and consequences. *The Journal of Positive Psychology*, 520-532
- Clayton, C., Motley, C., & Sakakibara, B. (2019). Enhancing Social Support Among People with Cardiovascular Disease: a Systematic Scoping Review. *Current Cardiology Reports*, 21(10). <https://doi.org/10.1007/s11886-019-1216-7>.
- Cobb, S. (1976). Social Support as Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300- 314.
- Cobo-Rendón, R., López-Angulo, Y., Pérez-Villalobos, M. V., and Díaz-Mujica A. (2020) Perceived Social Support and Its Effects on Changes in the Affective and Eudaimonic Well-Being of Chilean University Students. *Front. Psychol.* 11, 590513.
- Cohen, S., Mermelstein, T. K., & Hoberman, H. M. (1985). *Measuring the functional components of social support*. In: Sarason, editor. *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*. 7:269–297.
- Cohen, S., & Wils, T. A. (1985). Stres, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 310–357.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., and Underwood, L. G. (2000). *Social relationships and health, in Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, eds S. Cohen, L. G. Underwood, and B. H. Gottlieb, New York, NY: Oxford University Press, 3–25.
- Cokrin, R. (1997). *In: social basics of mental deseases*. Najarian Bahman.Tehran: Roshd publication; 1997.

- Cole, L., Ridings, L., & Phillips, S. M. (2024). Stress and Coping Factors Affecting Health-Related Quality of Life in Parents of Children with Congenital Heart Disease: An Integrative Review. *Pediatr Cardiol* 45, 457–470. <https://doi.org/10.1007/s00246-023-03227-5>
- Çelik, F. (2023). *Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları*. Haziran 2023.
- Davies, M. J. (2000) The Pathophysiology of Acute Coronary Syndromes. *Heart*. 2000;83(3)361-6.
- De Maria, M., Tagliabue, S., Ausili, D., Vellone, E., & Matarese, M. (2020). Perceived social support and health-related quality of life in older adults who have multiple chronic conditions and their caregivers: A dyadic analysis. *Social Science ve Medicine*, 262, 113193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113193>
- Demirkıran, S. (2012). *Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları*, (Tez No. 325222) [Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Demir, Y. P. (2017). Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(1),19-28.
- Demnitz, N., Esser, P., Dawes H., Valkanova, V., Johansen-Berg, H., Ebmeier, K. P., & Sexton, C. (2016). Sağlıklı yaşlı erişkinlerde hareketlilik ve biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen kesitsel çalışmaların sistematik bir incelemesi ve meta-analizi, *Yürüyüş ve Duruş*, 50, 164–174.
- Deng, F., Lv, J. H., Wang, H. L., Gao, J. M. and Zhou, Z. L. (2017) Expanding Public Health in China: An Empirical Analysis of Healthcare Inputs and Outputs. *Public Health*, 142, 73-84. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.10.007>

- Di Cesare, M., Perel, P., Taylor, S., Kabudula, C., Bixby, H., Gaziano, T. A., McGhie, D. V., Mwangi, J., Pervan, B., Narula, J., Pineiro, D., & Pinto, F. J. (2024). Dünyanın Kalbi. *Glob Kalp*. 19(1),11.
- Didino, D., Frolova, E. A., Taran, E. A., & Gorodetski, K. (2016). Predictors of life satisfaction among older adults in Siberia. *Tomsk: Future Academy*, 400–407.
- Diener, E., & Eunkook, S. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, Social and Subjective Indicators, *Social Indicators Research* 40, 189-216.
- Dilek, F., Ünsar, S., ve Süt, N. (2010). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5, 29–44.
- Dirimeşe, E., Demir Korkmaz, F. D. ve Okgün-Alcan, A. (2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2), 56-61.
- Doe, M. J. (2020) Conceptual Foreknowings: an integrative review of Hope. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 55–64.
- Dökmen, Z. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.
- DSÖ. (2002). Active ageing: A Policy framework. Geneva: WHO
- Durduran, Y., Okka, B., Şafak, Ş., Karaoğlu, N. ve Uyar, M. (2018). “Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi: Kamu Hastanesine Başvuranlar Örneği.” *Genel Tıp Dergisi*, 28 (3), 113-120.
- Duru, A. G., ve Yiğit, H. (2018). The effect of older people’s adaptation to old age on their health-related quality of life. *LIFE: International Journal of Health and LifeSciences*. 4,14-25.

- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *J. Soc. Pers. Relationsh.* 36(7), 2055–2073.
- Esser, P., Metelmann, M., Hartung, T., Claßen, J., Mehnert, A. and Koranyi, S. (2019). Psychosocial Care For Patients With Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Narrative Review. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 69(9-10), 372-381.
- Eker, D., Arkar, H., ve Yaldız, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Eyigör, S. (2010). <https://www.geriatri.org.tr/halksagligi?id=11> 12.Şubat.2010 Erişim Tarihi.10.Ocak.2023
- Erdoğan, R. (2015). *Sağlık Kuruluşunda Halkla İlişkiler: hastane tercihinde halkla ilişkilerin rolü üzerine bir saha araştırması*, (Tez No. 422437) [Yüksek Lisans Tezi, Konya Selçuk Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Fahey, T., Nolan, B., and Whelan, C. T. (2003) Monitoring Quality of life in Europe, *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF02108EN.pdf>
- Flint, B., & Tadi, P. (2023). Physiology, Aging. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556106/>
- Flora, C. B. (1998). Quality of Life Versus Standard of Living, *Winter 1998-99*, <http://www.ncrcrd.iastate.edu/newsletter/Winter%209899/From%20the%20Director.html.7>.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Coping as a mediator of emotion*. Springer.

- Francis, L. E., Worthington, J., Kypriostakis, G., & Rose, J. H. (2009). Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Support Care Cancer*.
- Freeman, P., and Rees, T. (2010). Perceived social support from team-mates: direct and stress-buffering effects on self-confidence. *Eur. J. Sport Sci.* 10, 59–67.
- Galanaki, E. P., & Kalanti-Azizi, A. (1999). Loneliness and social dissatisfaction: Its relation with children's self-efficacy for peer interaction. *Child Study Journal*, 29(1), 1-22.
- Garousi, S., & Shabestari, S. H. (2012). Social Capital and Mental Health among Household Head Women Surveying the Relationship in the City of Kerman. *Iranian Social Studies*. 5(1), 1–123.
- Geiger, B. and O'Neal, M. (2013). Determining caregiver needs for respite, results of an alabama survey. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4). <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n4p1>
- Gerard, J. M., & Booth, M. Z. (2015). Family and school influences on adolescents' adjustment: The moderating role of youth hopefulness and aspirations for the future. *Journal of Adolescence*, 1-16.
- Gerson, E. M. (1976). On 'Quality of Life, *American Sociological Review*, 41(5), 793-806.
- Gholizadeh, A., & Shirani, E. (2010). Relationships among individual, familial, social, economic and life satisfaction of the elderly of Isfahan. *Appl Sociol.* 21, 69–82.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J., & et al. (2014). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics, *Update: A report from the American Heart Association. Circulation.* 129(3), 399-410.

- Göçgeldi, E., Babayiğit, A. M., Hassoy, H., Açikel, C. H., Taşçı, İ., ve Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3),172–179.
- Görgün-Baran, A. (2008). Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (2): 86-97
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 293,113452.
- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 114(8). <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children: A new look at the intergenerational care provided by the ‘sandwich generation’ *Ageing Soc.* 26, 707–722.
- Gümüş, B. A., Özgür, G. ve Yıldırım, S. (2007). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri ve Etki Eden Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2) , 105-116.
- Güngör, A. (1996). *Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Destek, Negatif Yaşam Olayları, Öfkenin İfade Ediliş Biçimi ile Kendini Suçlamanın Fiziksel Sağlık ve Sosyal Uyumla Olan İlişkilerinin İncelenmesi*, (Tez No. 52900) [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Haatainen, K., Tanskanen, A., Kylma, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., & Hintikka, J. (2004). Factors Associated with Hopelessness: A Population Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 142–152.

- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am. J. Community. Psychol.* 39,133–144
- Hajiran, H. (2006). Toward A Quality of Life Theory: Net Domestic Product Of Happiness, *Social Indicators Research* 75, 31-43.
- Haybron, D. M. (2000). Two Philosophical Problems in The Study of Happiness, *Journal of Happiness Studies* 1(2),207-225.
- Helman, E. A. & Stewart, C. (1994). Social support and the elderly client. *Home Health Nurs*, 12, 51- 60.
- Holt, M. K., & Espelage, D. L. (2005). Social support as a moderator between dating violence victimisation and depression/anxiety among African-American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review*, 34(3), 309-328.
- Hsu, H. C., Tung, H. J. (2011). Coping strategies and adaptation for the disabled elderly in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int.* 11, 488-95.
- Huen, J. M., Ip, B. Y., Ho, S. M., & Yip, P. S. (2015). Hope and hopelessness: the role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PLoS One.* 10, e0130073.
- Hussain, A., & Burns., B. (2022). Anatomy, Thorax, Wall. StatPearls [Internet]. *StatPearls Publishing; Treasure Island (FL).*
- Inkeles, A. (1993). Industrialization, Modernization and The Quality of Life, *International Journal of Comparative Sociology*, 34(1/2), 1-23.
- İçel, S. ve Aydoğan, A. (2022). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Veren Yükünün Gözden Geçirilmesi. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 3(1), 15–20. <https://doi.org/10.51261/yiu.2022.00040>

- Jiang, J., Drolett, A., & Kim, H. S. (2018). Age and social support seeking: Understanding the role of perceived social costs to others. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
- Jongen, L. A., Bruijniks, S. J. E., Engelhard, I. M., Huibers, M. J. H., & Arntz, A. (2020). The effectiveness of psychological treatments for depression in primary care: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 419-431.
- Jou, H. Y., & Fukada, H. (1994). Effects of social support on adjustment of Chinese students in Japan. *The Journal of Social Psychology*, 135(1), 39-47.
- Jou, H. Y., & Fukada, H. (2002). Stress health and reciprocity and sufficiency of social support: The case of university students in Japan. *The Journal of Social Psychology*, 142(3), 353-371.
- Joyner, M., & Casey, D. P. (2015). Regulation of increased blood flow (hyperemia) to muscles during exercise: a hierarchy of competing physiological needs. *Physiol Rev*. 95(2), 549-601.
- Kamran, F., Ershadi, K. H. (2000). Discovering social capital and mental health relationship. *Pojohesh Ejtemaee*. 2(3):29–54.
- Kang, H. W., Park, M., & Wallace-Hernandez J. P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *J Sport Health Sci*. 7:237-44.
- Karaaslan, A. (2013). *Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi*, (Tez No. 334221) [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Karabuğa, H. (2009) *Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek

- Lisans Tezi İstanbul, 2009. (Tez No. 236834) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Karakaya, C. ve Işıkhani, V. (2020). *Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458
- Karakuş, E. (2017). *Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılım: kırsal ve kent farklılıkları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul* (Tez No. 468724) [Yüksek Lisans Tezi, Haliç üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Karsenty, C., Zhao, A., Marijon, E., & Ladouceur, M. (2018). Risk of thromboembolic complications in adult congenital heart disease: a literature review. *Arch Cardiovasc Dis*. 111:613–620.
- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Kasuya, T. R. (2000). Caregiver burden and burnout A guide for primary care physicians. *Postgrad Med*, 108 (7): 119.
- Katz, D., & Gavin, M. C. (2019). Stable Ischemic Heart Disease. *Ann Intern Med*, 06, 171(3):ITC17-ITC32.
- Kemp, C. D., & Conte, J. V. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Pathol*, 21(5), 365-71.
- Kılıç, G. (2018) *Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, (Tez No. 517345) [Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Kim, J., & Lee, J. E. (2018). Social support and health-related quality of life among elderly individuals living alone in South Korea: A cross-sectional study. *The Journal of Nursing Research*, 26(5), 316–323.
- Kitrungrote, L., Cohen, M. Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum*, 33: 3, 625-632.
- Kocalevent, R. D., Zenger, M., Hinz, A., Klapp, B., & Brähler, E. (2017). Resilient coping in the general population: Standardization of the brief resilient coping scale (BRCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15: 251. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0822-6>
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., ve Memiş, A. (1999). Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-6.
- Koltarla, S. (2008). *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması*, (Uzmanlık Tezi, İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi)
- Kooshlar, H., Yahaya, N., Hamid, T. A., Abu Samah, A., & Sedaghat-Jou, V. (2012). Living arrangement and life satisfaction in older Malaysians: The mediating role of social support function. *PLoS ONE*, 7(8), 316–323.
- Kort-Butler, L. A. (2017) The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice. *Social support theory*, 1–4.
- Kovac, D. (2004). Quality of life: A megaconcept of coming époque, *Psychology Science*, 46 (1).167-186.
- Kozaklı, H. (2006). *The relation between social support and loneliness as perceived by the undergraduates who accommodate at the dormitories and their families*, (Tez No. 189130) [Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Kwong, J. M. (2019). What is hope? *Eur J Philos.* 27, 243–54.
- Kubler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*. Macmillan, New York.
- Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F., Karakaya, D., Bilgileri, Y., Author, Üniversitesi, M., Fakültesi, H., ve Bölümü, H. (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi Care burden in cancer patients and its effect on caregivers. *Health Care Acad J • Year*, 7(2). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1189271>
- Lagana, M. T. (2004). Protective factors for inner-city adolescents at risk of school dropout: Family factors and social support. *Children and Schools*, 26(4), 211-220.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lahey, B., Orehek, E., Hain, K.L., & Vanvleet, M. (2010). Enacted support's links to negative affect isolated from trait influences. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 36(1):132–142.
- Li, H., Chi, I., & Xu, L. (2013). Life satisfaction of older Chinese adults living in rural communities. *J Cross Cultural Gerontol.* 28:153–165.
- Lind, L., Ingelsson, M., Sundstrom, J., & Ärnlöv, J. (2021). Impact of risk factors for major cardiovascular diseases: a comparison of life-time observational and Mendelian randomisation findings. *Open Heart.* 8(2), 1-12
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol.* 21, 750-8.
- Lök, N., & Akın, B. (2013). Domestic Environmental Risk Factors Associated With Falling İn Elderly. *Iranian Journal Of Public Health*, 42(2), 120.
- Makki, N., Brennan, T. M., & Girotra, S. (2015). Acute coronary syndrome. *J Intensive Care Med.* 30(4), 186-200.

- Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., & Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol.* 234(10), 16812-16823.
- Malik, A., Brito, D., Vaqar, S., et al. (2022). Congestive Heart Failure. [Updated 2022 Nov 7]. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/>
- Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. *Psychological Review*, 50, 370-396
- Manfusa, S. (2001). Social support, loneliness and friendship preference among British Asian and non-A
- Matud, M., Ibáñez, I., Bethencourt, J., Marrero, R., & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support.. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-1929. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00041-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00041-2).
- sian adolescents. *Social Behavior and Personality*, 29(4), 399-404.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2008). In: Social Determinants of health. Montazeri Ali., translator. *Tehran: Iranian Institute for Health Sciences Research*; [Google Scholar]
- Marmot, M., & Allen, J. (2020). COVID-19: Exposing and Amplifying Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(9), jech-2020-214720. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720>
- Mashayekhi, F., Pilevarzadeh, M., & Rafati, F. (2015). The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. *Mater Sociomed* 27(5), 333-6.
- Mason, W. A. (2004). General and specific predictors of behavioral and emotional problems among adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(1), 49-61.

- Megone, C. (1990). *The quality of life: Starting from Aristotle*, Quality of Life Perspectives and Policies, edited by Sally Baldwin et al., Routledge, London and New York, 28-41.
- Morovati-Sharifabad, M. A., & Rohani-Tonekaboni, N. (2008). Social support and self-care behaviors in diabetic patients. *Yazd Diabetes Research Center*.
- Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Australian Psychologist*, 34(2), 120-130.
- Najjar, S., Saade, M., Abdalla, S., & AlBuhairan, F. (2021). Determinants of adolescents' perceptions on access to healthcare services in the kingdom of Saudi Arabia: jeeluna national survey findings. *BMJ Open*, 11(10), e035315. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035315>
- Nelson, S. K., Fuller, J. A. K., Choi, I., & Lyubomirsky, S. (2014). Beyond Self-Protection: Self-Affirmation Benefits Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(8), 998-1011. <https://doi.org/10.1177/0146167214533389>
- Noh, C., Choe, K., & Yang, B. (2008). Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea) *Arch Psychiatr Nurs*. 22, 69–77.
- Noll, H. H. (2004). *Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievement and Current Trends, Advances in Sociological Knowledge Over Half a Century*, Edited by Nicolai Genov, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Obokata, M., Reddy, Y. N. V., & Borlaug, B. A. (2020). Diastolic Dysfunction and Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Understanding Mechanisms by Using Noninvasive Methods. *JACC Cardiovasc Imaging*. 13(1 Pt 2), 245-257.

- Ogobuiro, I., Wehrle, C. J., & Tuma, F. (2022). Anatomy, Thorax, Heart Coronary Arteries StatPearls [Internet]. *StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*.
- Oh, J. Y., Allison, M. A., & Barrett-Connor, E. (2017). Different impacts of hypertension and diabetes mellitus on all-cause and cardiovascular mortality in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo Study. *J Hypertens*. 2017; 35(1): 55-62.
- Oliver, K. A., & Ashurst, J. V. (2022). Anatomy, Thorax, Phrenic Nerves. StatPearls [Internet]. *StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*.
- Oluwagbemiga, O. (2016). Effect of social support systems on the psychosocial well-being of the elderly in old people's homes in Ibadan. *J Gerontol Geriatr Res*. 5, 343.
- Orehov, A. N., Bobryshev, Y. V., Sobenin, I.A., Melnichenko, A. A., & Chistiakov, D. A. (2014). Altered low-density lipoprotein and circulating immune complexes containing lipoprotein as diagnostic and prognostic biomarkers of atherosclerosis and type 1 diabetes macrovascular disease. *Int J Mol Sci*. 15 (7), 12807–12841.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 4(5), 35-40.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi*, (Tez No. 100349) [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Özcan, Y., Ayata, Z. S., Akçay, A., Arun, Ö., ve Erciyes, C, (2003). Toplumsal Yapı, Refah Göstergeleri ve Toplumsal Raporlama, *Tübitak Raporları*, Ankara.

- Özdemir, K., Başkaya, Y., ve İdare, A. (2020). Annelerin Maternal Bağlanma Düzeyleri İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(1). <https://doi.org/10.38136/jgon.715703>
- Özlü, C. Ç. (20.01.2019). Evde hatalara Bakarken Nelere Dikkat Edilir. <https://sesanltd.com.tr/evde-hasta-bakarken-nelere-dikkat-edilir/>
- Papi, S., Karimi, Z., Zilae, M., & Shahry, P. (2019). Malnutrition and its relation to general health and multimorbidity in the older people. *J Holistic Nur Midwifery*, 29, 228–235.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience. In M. Buluş (1996). The relationship between locus of control and loneliness level in adolescents. (Unpublished Master Thesis, Dokuz Eylül University)
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Perim, A. (2007). *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*. (Tez No. 203459) [Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Petrucchi, A., & Andrea, S. S. (2002). Quality of Life In Europe: Objective and Subjective Indicators-A Spatial Analysis Using Classification Techniques, *Social Indicators Research*, 60, 55-88.
- Philips, D. (2006) *Quality of Life: Concept, policy and practice*, Routledge, London and New York.
- Pak, M. (2019). Kronik hastalıklarla baş etmede çoklu aile grubu terapisi uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1120-1141. <https://doi.org/10.33417/tsh.622613>

- Polat, Ü. ve Atamer, B. (2020). Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım. Verenlerin Bakım Yüğü, Etkileyen Faktörler ve Karşılanmamış Gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38-47.
- Pratt, J. H. (1905) The class method of treating consumption in homes of the poor. *JAMA* 1907; 49:755-9. Reimpresso em: MacKenzie KR, organizador. *Classics in Group Psychotherapy*. New York (USA): Guilford Press; 1992. p. 25-30.
- Reddy, Y. N. V., Melenovsky, V., Redfield, M. M., Nishimura, R. A., & Borlaug, B. A. (2016). High-Output Heart Failure: A 15-Year Experience. *J Am Coll Cardiol*. 68(5), 473-482.
- Rees, T., and Freeman, P. (2007). The effects of perceived and received support on self-confidence. *J. Sports Sci.* 25, 1057–1065.
- Rehman, I., & Rehman, A. (2022). Anatomy, Thorax, Heart. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470256/>
- Riahi, M. A., Verdinia, A. A., & Pourhossein, Z. (2011). Relationship between social support and mental health. *Social Welfare*. 10(39), 85–121.
- Rocha, L. F. D., Oliveira, E. R., & Mot, M. M. P. E. (2017). Relationship between social support and subjective well-being in older people: systematic review. *Rev Bras PromoçSaúde, Fortaleza*. 30,1-13.
- Ron, P. (2004). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among The Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2/3), 97-116.
- Salık, E. (12.12.2017). Yşlılarda Yas Sıkalaşı. <https://www.uplifers.com/dunya-saglik-orgutu-18-65-yas-arasini-genc-kabul-ediyor-o-zaman-omurgamiz-icin-dans/>

- Salik, S., ve Çıtlık, S. S. (2021). Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 12(29), 173 - 182.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Caruso, D., & Lopes, P. N. (2003), Measuring emotional intelligence as a set of abilities with the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test, In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), Positive psychological assessment: A handbook of models and measures, *Washington, DC: American Psychological Association*, 251-265.
- Sanchis-Gomar, F., Perez-Quilis, C., Leischik, R., & Lucia, A. (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med*. 4(13), 256.
- Savcı, B. A. (2006). *Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler*, (Tez No. 196269) [Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi] Ulusal Tez merkezi.
- Saxton, A., Chaudhry, R., & Manna, B. (2022). Anatomy, Thorax, Heart Right Coronary Arteries, *StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*.
- Saxton, A., Tariq, M. A., & Bordoni, B. (2022). Anatomy, Thorax, Cardiac Muscle. *StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215–2219.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(Supplement), 23-27.
- Seeman, T. E., & Adler, N. (1998). Older Americans: who will they be? *Natl Forum*, 78:22–26.
- Sen, A. (1998) *Development as Freedom*, NY: Anchor Books.

- Shackman, G. Y. L. and Wang, X. (2005). Measuring quality of life using free and public domain data, Issue 47, <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU47.pdf>
- Shahjehan, R. D. and Bhutta, B. S. (2022). Coronary Artery Disease. [Updated 2022 Nov 7]. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564304/>
- Shah, R., Ali, F. M., Finlay, A. Y. et al. (2021). Family reported outcomes, an unmet need in the management of a patient's disease: appraisal of the literature. *Health Qual Life Outcomes* 19, 194 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01819-4>.
- Shin, B. M., Han, S. J., Jung, J. H., Kim, J. E, & Fregni, F. (2011). Hafif bilişsel bozukluğun dengeye etkisi. *Journal of the Neurological Sciences*, 305 (1-2), 121–125.
- Shoja, M., Rimaz, S., Asadi-Lari M., Bagheri-Yazdi, A., & Gohari, M. R. (2013). Evaluation of mental health and its relationship with social capital seniors. *Journal of monitoring*. 12(4), 345–53.
- Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families. *American Journal of Sociology*, 103(2), 429–460.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., and Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Soc. Indicat. Res.* 117, 561–576.
- Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferriss, A., Easterlin, R. A., Patrick, D. and Pavot, W. (2006). The Quality-Of-Life (YK) Research Movement: Past, Present and Future, *Social Indicators Research* 76, 343-466.

- Smith, J. N., Negrelli, J. M., Manek, M. B., Hawes, E. M., & Viera, A. J. (2015). Diagnosis and management of acute coronary syndrome: an evidence-based update. *J Am Board Fam Med*. 28(2), 283-93.
- Softa, H. K., Bayraktar T., ve Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 9, 1-12.
- Sökmen, Ü. N. (2022). *Bakım verenlere uygulanan yapılandırılmış sosyal destek programının bakım verme yükü ve sosyal destek algısına etkisi*. Aydın (Tez No. 727304) [Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi] Ulusal Tez Merkezi.
- Starr, L. R., Hammen, C., Connolly, N. P., and Brennan, P. A. (2014). Does relational dysfunction mediate the association between anxiety disorders and later depression? Testing an interpersonal model of comorbidity. *Depress. Anxiety* 31, 77–86.
- Storch, E. A., Brassard, M. R., & Masia-Warner, C. L. (2003). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescence. *Child Study Journal*, 33(1), 1-18.
- Sun, R., Liu, M., Lu, L. et al. (2015). Congenital Heart Disease: Causes, Diagnosis, Symptoms, and Treatments. *Cell Biochem Biophys* 72, 857–860.
- Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *J Pers Soc Psychol*. Feb;70(2):321-35. doi: 10.1037//0022-3514.70.2.321. PMID: 8636885.
- Şahin, M. A. (2019). *Yaşlı Bireylerde Sosyal Destek Algısının Yalnızlık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi*. (Tez No. 551420) [Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi] Ulusal Tez merkezi.

- Şahin, E., Topkaya, N., Gençoğlu, C. ve Ersanlı, E. (2018). Prevalence and Correlates of Hopelessness Among Turkish Elderly People Living with Family in Nursing Homes. *Societies*, 8(39), 1-10.
- Tabei, S. M., Senemar, S., Saffari, B., Ahmadi, Z., & Haqparast, S. (2014). Non-modifiable Factors of Coronary Artery Stenosis in Late Onset Patients with Coronary Artery Disease in Southern Iranian Population. *J Cardiovasc Thorac Res*. 6(1), 51-5.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: a review, Oxford library of psychology in The Oxford handbook of health psychology. ed. H. S. Friedman, New York: Oxford University Press, 189, 214-217.
- Tchkonian, T., Kirkland, J. L. (2018). Aging, Cell Senescence, and Chronic Disease: Emerging Therapeutic Strategies. *JAMA*, 320(13):1319–1320. doi:10.1001/jama.2018.12440.
- Tekeli, İ., Güler, Ç., Vaizoğlu, S., Algan, N., ve Kaya-Dündar, A. (2004) Yaşam Kalitesi Göstergeleri: Türkiye için bir veri sistemi önerisi, *Türkiye Bilimler Akademisi Raporları*, sayı:6, Ankara.
- Temple, N. J. (2018). Fat, Sugar, Whole Grains and Heart Disease: 50 Years of Confusion. *Nutrients*. 10, 10(1).
- Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2022). Quality Of Life. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls Jan-*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962>.
- The World Health Organization. (1995). Quality of life assessment (WHOYK): Position paper from the World Health Organization. *Social Science ve Medicine*. 41(10),1403–1409.

- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Global Heart*, 2012, 7(4):275-95. 126:2020-2035. DOI: 10.1016/j.gheart.2012.08.001.
- Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
- Torun, A. (1995). *Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek Üzerine Bir İnceleme*. (Tez No. 43311) [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi] Ulusal Tez merkezi.
- Tucker, W. D., Weber, C., & Burns, B. (2022). Anatomy, Thorax, Heart Pulmonary Arteries. StatPearls [Internet]. *StatPearls Publishing; Treasure Island (FL)*.
- Turan, M., & Yayan, E. H. (2021). Examining the Effect of Care Burden of Parents whose Child has a Metabolic Problem on the Perceived Social Support and Life Quality. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2). <https://doi.org/10.31067/acusaglik.847113>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (27.03.2023), *İstatistiklerle Yaşlılar*, <https://data.tuik.gov.tr>,
Yayın Tarihi: 27 Mart 2024, Sayı: 53710.
- Türkoğlu, N. (2010). *Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği. (Tez No. 272665) [Yüksek Lisans Tezi, Atatürk üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Uludağ, A., Güdücü-Tüfekçi, F. ve Ceviz, N. (2020), Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinde Bakım Yükü ve Yaşam Doyumu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki, *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (1), 11-20. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yobusbf/issue/68601/1076493>

- Umrigar, D., & Mhaske, R. (2022). Psychological health of wives' of patients with chronic illnesses. *Journal of Psychological Research*, 4(1), 1-7.
<https://doi.org/10.30564/jpr.v4i1.3879>
- Upmanyu, V. V., & Upmanyu, S. (1994). Depression in relation to sex role identity and hopelessness among male and female indian adolescents. *Journal of Social Psychology*, 134(4), 551 – 553.
- Ünal, B. (2018). Kalp ve Damar hastalıkları. (eds) Ünal B, Ergör G. “*Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*” içinde. Ankara, Anıl Matbaa Ltd. Şti. Sağlık Bakanlığı Yayın no:909 :191-203.
- Ünsar, S., Dindar, I., ve Kurt, S. (2015). Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *J Pak Med Assoc*. 65, 642-6.
- Vennhoven, R. (2001). *Quality of Life and Happiness: Not Quite The Same, Salute e qualita dell vida*, Edited by G. DeGirolamo et al, Centro Scientifico Editore, Torino, Italia, <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2001e-full.pdf>.
- Vijayakumar, G., Devi, E. S., & Jawahar, P. (2016). Life satisfaction of elderly in families and old age homes: a comparative study. *Int J Nurs Educ*. 8, 94–99.
- Wang, L., Yang, L., Di, X., & Dai, X. (2020). Family Support, Multidimensional Health, and Living Satisfaction among the Elderly: A Case from Shaanxi Province, China. *Int J Environ Res Public Health*. 17(22),8434.
- Wang, T., Chen, L., Yang, T., Huang, P., Wang, L., Zhao, L., Zhang, S., Ye, Z., Chen, L., Zheng, Z., & Qin, J. (2019). Congenital Heart Disease and Risk of Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Am Heart Assoc*. 21,8(10):e012030.

- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *Int J Ment Health Syst.* 8, 41.
- Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item shortform health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6):473-83.
- WHO. (01.02.2016). World Health Organization, World Report on Ageing and Health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.
- WHO. (2012). *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. Geneva, World Health Organization.
- WHO. (1993). *WHOQoL Study Protocol*. WHO (MNH7PSF/93.9). World Health Organization.
- WHO. (19.02.2014). World Health Organisation. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>.
- Yanardağ, R., Özkan, Y., ve Yalçındağ, F. (2023). Life experiences of children with chronic uveitis disease and their families in regard to the disease and treatment process. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(3), 527-552. <https://doi.org/10.33417/Tsh.1212937>
- Yel, P., ve Ünsar, S. (2020). Quality of Life and Anxiety Levels of Patients with Coronary Angiography. *Turk J Cardiovase Nurs*, 11(24), 7–15.
- Yeniaras, V., ve Akarsu, T. N. (2017). Religiosity and life satisfaction: a multi-dimensional approach. *J Happiness Stud.* 18, 1815–1840.
- Yetim, Ü. (2001). *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri, Bağlam*. İstanbul.
- Yıldız, H., ve Karakahya, R. (2022). Kalp Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sorunları Üzerine Nitel Bir Araştırma, *Sosyal Sağlık Dergisi*, 2(1):30-43

- Yoka, O. (2019). *Türk ve Yabancı Uyruklu Lise Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı, Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması*, (Tez No. 615448) [Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Younas, A., Di Nitto, M., Cuoco, A., Brawner-Rice, B., Boyne, J., Juárez-Vela, R., Vellone, E., Graven, L., Dal Molin, A., & Durante, Á. (2023). Perceived social support and associated factors among caregivers of individuals with heart failure: A convergent mixed methods study. *Health ve Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1155/2023/5550>.
- Yüksel, S. (2020), *Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Umutsuzluk ve Sağlık Okuryazarlığı*, (Tez No. 656915) [Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Zamboriová, M., Simočková, V., & Potočková, D. (2007). *Komplexné hodnotenie kvality seniorov v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s hľadiska funkčného stavu*. In: Čáp J, Žiaková K, editors. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta v Martine, (Master's thesis, Univerzita Komenského v Bratislave).
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zhao B., Heath C.J. & Forgue R.E. (2005). Quality of Life and Use of Human Services among Households, *Consumer Interest Annual*, 51, 83-106.
- Zhou, E. S. (2014). Social Support. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2789.
- Zimet, G. D., Dahlen, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Zhi, K., Tan, Q., Chen, S., Chen, Y., Wu, X., Xue, C., & Song, A. (2022). How does social security fairness predict trust in government? the serial mediation effects of social security satisfaction and life satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6867. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116867>.



EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Muhammed DOĞAN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 8	% 15
II. Genel Bilgiler	% 33	% 35
III. Materyal ve Metod	% 33	% 35
IV. Bulgular	% 12	% 15
V. Tartışma	% 15	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2023-6/5

Tarih: 08.06.2023

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Cantürk ÇAPIK, Muhammed DOĞAN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Kalp Hastalığı Olan Yaşlı Ebeveyne Sahip Ailelerde Algılanan Sosyal Destek, Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Ek-3. Kurum İzni



T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Destek Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-68990128-799-250944963
Konu : Tez Çalışması Ön İzni HK

ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli Hemşire Muhammed DOĞAN'ın ilgi tarih ve sayılı yazıyla yapmış olduğu **"Kalp Hastalığı Olan Yaşlı Ebeveyne Sahip Ailelerde Algılanan Sosyal Destek, Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** Konulu Bilimsel Araştırma başvurusu Müdürlüğümüz Komisyonu tarafından 07.09.2023 tarihinde uygun görülmüştür. Komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuş olup, ilgili kişiye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Coşkun DAHARLI
İl Sağlık Müdürü

Ek: Hemşire Muhammed DOĞAN.

Geni Çek

1 / 1 150%

Ek-4. Hasta Bilgi Formu

- 1.Yaş:.....
- 2.Boy:.....
3. Kilo:.....
4. Cinsiyeti: ☐Kadın ☐Erkek
5. Medeni Durumu: ☐Evli ☐Bekar
6. Eğitim durumu: ☐Okuryazar değil
☐Okuryazar
☐İlkokul ☐Ortaokul
☐Lise ☐Üniversite ve üzeri
7. Sosyal güvence? ☐Var ☐Yok
8. Meslek/iş: ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli ☐Serbest meslek
☐Ev hanımı Diğer..... (açıklayınız)
9. Çalışma durumu: ☐Çalışmıyor ☐Yarım zamanlı ☐Tam zamanlı
çalışıyor
10. Ailenin gelir durumu? ☐Gelir gidere göre az ☐Gelir gideri
dengeler ☐Gelir gidere göre yüksek
11. En uzun süre yaşanılan yer? ☐Köy-kasaba ☐İlçe ☐Şehir
12. Sigara kullanımı: ☐Evet ☐Hayır ☐Bıraktım
13. Alkol kullanımı: ☐Evet ☐Hayır ☐Bıraktım
14. Bakıma yardımcı olan / olanlar var mı? ☐Evet ☐Hayır
15. Kimler yardımcı oluyor? ☐Eş ☐Çocuklar
☐Diğer.....
16. Ailede başka kalp hastalık tanısı almış olan kimse var mı?
☐Var(kim?).... ☐Yok
17. Diyetinize uyuyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır
18. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır
19. Egzersiz yapıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır
- 20.Yakınlarınız size hangi konularda yardımcı oluyorlar?
☐Hastane işlemleri ☐İlaç alma ☐Ev işleri
☐Alışveriş ☐Beslenme ☐Bireysel temizlik ve bakım
☐Maddi destek sağlama ☐Diğer.....
- 21.Size göre sağlık durumunuz nasıl?
☐İyi ☐Orta ☐Kötü

Ek-5. Bakım Verici Bilgi Formu

1. Yaşınız (Belirtiniz):.....
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Halen yaşadığınız yer: () İl () İlçe () Kasaba () Köy
4. Eğitim Durumunuz:
() Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite
5. Sosyal güvenceniz:
() Var () Yok
6. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
() Gelirim giderimden az () Gelirim giderime eşit () Gelirim giderimden fazla
7. Medeni Durumunuz:
() Bekar () Evli
8. Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır
9. Çalışıyor musunuz : () Evet () Hayır
10. Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?
() Eşim () Annem/Babam () Kardeşim () Büyükbaba/Büyükanne () Diğer.....
11. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?
() Evet () Hayır
12. Evde hastanın kendine ait bir odası var mı?
() Evet () Hayır
13. Kronik bir hastalığınız var mı?
() Hayır () Evet
14. Ailede her hangi bir kalp hastalığı tanısı alan başka bir birey var mı?
() Hayır () Evet
15. Bakım verme sürecinde destek alıyor musunuz?
() Hayır () Evet
16. Hastanıza ne kadar süredir bakım vermekttesiniz? Lütfen belirtiniz
(.....aydır/yıldır)
17. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermekttesiniz? Lütfen belirtiniz
(.....)
18. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığınız etkilendi mi?
() Hayır () Evet
19. Hastanıza bakım vermek diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu?
() Hayır () Kısmen () Evet
20. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkinizde güçlük yaşıyor musunuz?
() Hayır () Evet
21. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz?
() Hayır () Evet

Ek-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında cevaplarınızı işaretlemeniz için boşluklar bulunuyor. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki boşluklardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve gereksinim duyduğumda yanımda olan bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan, sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var							
3. Ailem (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. Gereksinimim olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örn: annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim (örn: annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle)							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim							

Ek-7. Beck Umutsuzluk Ölçeği

	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek-8. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5