

**EBRU AYMAN KILIÇ**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL.  
ENST.**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DIYARBAKIR-2025**



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER HASTALARININ VE YAKINLARININ  
SPIRİTÜEL İYİLİK HALİ, ÖLÜM KAYGISI VE YAŞAM  
DOYUMU İLİŞKİSİ**

Ebru AYMAN KILIÇ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Danışman: Prof. Dr. Abdullah ATLI  
Danışman: Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

DİYARBAKIR-2025





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER HASTALARININ VE YAKINLARININ  
SPIRİTÜEL İYİLİK HALİ, ÖLÜM KAYGISI VE YAŞAM  
DOYUMU İLİŞKİSİ**

Ebru AYMAN KILIÇ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Danışman: Prof. Dr. Abdullah ATLI  
Danışman: Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

DİYARBAKIR-2025

## ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Mahmut Hilal TİMURKAAN'ın hazırladığı “Ruhsal Bozukluk Tanısı Almış Çocuk/Ergenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikolojik Yardım Arama Tutumu İlişkisi” başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Abdullah ATLI

Danışman: Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

Jüri Üyeleri

Jüri Başkanı

Üye

Üye

Üye

Üye

İmza

---

---

---

---

---

Tarih: .../.../202...

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../..... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.../.../.....

Prof. Dr. Mahmut BALKAN

Dicle Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

26/05/2025

Ebru AYMAN KILIÇ

## TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmam sürecinde bana danışmanlık yapan, bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam **Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ'e ve Prof. Dr. Abdullah ATLI'ya,**

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim sürecinde bilgi ve birikimlerini bana aktaran **değerli tüm hocalarıma,**

Tez izleme jürimde yer alarak bu çalışmanın gelişmesinde ve ilerlemesinde önemli katkılarda bulunan **Doç. Dr. Yalçın KANBAY ve Dr. Öğrt. Üyesi Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ hocalarıma,**

Bu çalışmaya katılarak, çalışmanın yapılabilmesini sağlayan **tüm Koroner Arter Hastalığı Tanılı Hasta ve Hasta Yakınlarına,**

Araştırma sürecinde bana destek olan ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli bölüm arkadaşlarım **Hilal TİMURKAAN, Saadet ÇAKAR'a,**

Bu süreçte çalışmama katkıda bulunan ve her zaman yanımda olan sevgili dostlarım **Zeynep DOĞAN ve Münire ACAR'a,** klinik sorumlum Sayın **Hayriye ATALAY ALÇI'ya** ve **Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinde çalışan tüm çalışma arkadaşlarıma,**

Bana her koşulda inanan, sevgileri ve sabırlarıyla her zaman arkamda duran sevgili **annem Hediye AYMAN ve babam Abdulhadi AYMAN'a,**

Zor zamanlarımda bana sabır gösteren, motivasyon ve desteğini eksik etmeyen **eşim İbrahim KILIÇ'a,**

Son olarak bu çalışmanın ortaya çıkmasında emeği geçen ve yanımda olan **herkese**

**TEŞEKKÜR EDERİM**

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN.....</b>	<b>I</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....</b>	<b>V</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>VI</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>VII</b>
<b>1. ÖZETLER.....</b>	<b>1</b>
1.1. Türkçe Özet.....	1
1.2. Abstract.....	3
<b>2. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>5</b>
<b>3. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>8</b>
3.1. Koroner Arter Hastalığı.....	8
3.1.1. Koroner arter hastalığının tanımı.....	8
3.1.2. Koroner arter hastalığının epidemiyolojisi.....	8
3.1.3. Koroner arter hastalığının fizyopatolojisi.....	8
3.1.4. Koroner arter hastalığında risk faktörleri.....	9
3.1.5. Koroner arter hastalığının semptomları.....	13
3.1.6. Koroner arter hastalığının sınıflandırılması.....	13
3.1.7. Koroner arter hastalığının tanı yöntemleri.....	13
3.1.8. Koroner arter hastalığının tedavi yöntemleri.....	14
3.1.8.1. Yaşam tarzı değişiklikleri.....	14
3.2. Ölüm Kaygısı.....	15
3.2.1. Ölüm kaygısının bileşenleri.....	16
3.2.2. Ölüm kaygısını açıklayan yaklaşım ve kuramlar.....	16
3.2.3. Ölüm kaygısına karşı savunmalar.....	19
3.2.4. Ölüm kaygısı ile ilişkili faktörler.....	20
3.3. Yaşam Doyumu.....	21
3.3.1. Yaşam doyumuna ile ilgili teoriler.....	22
3.3.2. Yaşam doyumunu etkileyen değişkenler.....	24
3.4. Spiritüalizm.....	25
3.4.1. Spiritüel iyilik hali.....	26
3.4.2. Spiritüalizm ve sağlık bakım hizmetleri.....	26
3.5. Koroner Arter Hastaları ve Yakınlarının Spiritüel İyilik Hali, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Doyumları ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	27
3.5.1. Türkiye’de yapılan çalışmalar.....	27

3.5.2. Dünya’da yapılan çalışmalar.....	27
3.6. Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.....	28
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>30</b>
4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü .....	30
4.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
4.2.1. Bağımsız değişkenler.....	30
4.2.2. Bağımlı değişkenler .....	30
4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	30
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
4.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri.....	31
4.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri .....	31
4.5. Veri Toplama Araçları .....	32
4.5.1. Sosyo-demografik (katılımcı) bilgi formu.....	32
4.5.2. Spiritüel iyi oluş ölçeği (SİÖÖ).....	32
4.5.3. Ölüm kaygısı ölçeği (ÖKÖ).....	33
4.5.4. Yetişkin yaşam doyumu ölçeği (YYDÖ) .....	33
4.6. Verilerin Toplanması.....	33
4.7. Verilerin Analizi.....	34
4.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	35
<b>5. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>6. TARTIŞMA .....</b>	<b>50</b>
<b>7. SONUÇ .....</b>	<b>60</b>
7.1. Sonuçlar .....	60
7.2. Öneriler .....	62
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>64</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>92</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>80</b>
<b>ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>93</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

<b>AKS</b>	: Akut Koroner Sendrom
<b>CRP</b>	: C-reaktif Protein
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>KABG</b>	: Koroner Arter Bypass Greftleme
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KVC</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>LDL</b>	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
<b>MI</b>	: Miyokard infarktüsü
<b>NSTEMI</b>	: ST segment yükselmesiz miyokard infarktüsü
<b>ÖKÖ</b>	: Ölüm Kaygısı Ölçüğü
<b>PKG</b>	: Perkutan Koroner Girişim
<b>PTCA</b>	: Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti
<b>SİÖÖ</b>	: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
<b>STEMI</b>	: ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü
<b>TEKHARF</b>	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
<b>YYDÖ</b>	: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Dehşet Yönetimi Kuramı'nın Şematik Açıklaması (58) .....	19
Şekil 2 Basit doğrusal çoklu regresyon analizinin varsayımının test edilmesinde Scatter Plot .....	49



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=233).....	36
<b>Tablo 2.</b> Hastaların Fiziksel Sağlık ile İlişkili Özellikleri.....	37
<b>Tablo 3.</b> Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri (n=233).....	38
<b>Tablo 4.</b> Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlık ile İlgili Özellikleri (n=233).....	39
<b>Tablo 5.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Ölçek Puan Ortalamaları.....	39
<b>Tablo 6.</b> Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 7.</b> Hastaların Fiziksel Sağlık ile İlgili Özelliklerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 8.</b> Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 9.</b> Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlık ile İlgili Özelliklerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 10.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.	46
<b>Tablo 11.</b> Hasta ve Hasta Yakını Olma ile Ölçek Puanlarının YYDÖ üzerine etkisi	48

# 1. ÖZETLER

## **Koroner Arter Hastaları ve Yakınlarının Spiritüel İyilik Hali, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Doyumu İlişkisi**

**Öğrenci Adı ve Soyadı:** Ebru AYMAN KILIÇ

**Danışman:** Prof. Dr. Abdullah ATLI

**Danışman:** Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

**Anabilim Dalı:** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

### 1.1. Türkçe Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı koroner arter hastalığı tanılı hasta ve hasta yakınlarında spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumu ilişkisini belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışma kesitsel, ilişki arayıcı desende 233 Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan hasta ve 233 yakını ile Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde 09.11.2024-15.01.2025 tarihleri arasında yapıldı. Veri toplamada Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ), Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Yetişkin Yaşam Doyumu ölçeği (YYDÖ) kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Ölçek puanlarının ve sayısal değişkenlerin normal dağılımı Kurtosis ve Skewness ile incelendi. Ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiler, Pearson veya Spearman korelasyon testleriyle değerlendirildi. Sosyodemografik değişkenlere göre ölçek puanları Student-t testi, ANOVA ve Tukey testi ile incelendi. Normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. ÖKÖ, SİÖÖ toplam puanları ve hasta ya da yakını olmanın YYDÖ üzerine etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon yapıldı ve Enter analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalamaları 56,77 (11,47) ve yakınlarının 39,31 (13,68)'dir. Hastaların ve yakınlarının ÖKÖ ve YYDÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif ve zayıf istatistiksel anlamlı ilişki belirlendi (Hasta:  $r: -0,25$ ,  $p: <0,001$ , Hasta yakını:  $r: -0,23$ ,  $p: <0,001$ ). Yakınlarının ÖKÖ puanları hastalardan anlamlı şekilde daha yüksekti. YYDÖ'nün belirleyicisi olarak hasta veya yakını olmaktan ziyade, SİÖÖ ve ÖKÖ toplam puanlarının istatistiksel anlamlı olduğu bulundu ( $R^2=0.31$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada KAH tanılı hasta ve yakınlarının spiritüel iyi oluşlarının yüksek olduğu, ölüm kaygısı yaşadıkları, hasta yakınlarının hastalara göre daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları ortaya çıkmıştır. YYDÖ'nün belirleyicisi olarak

hasta veya yakınlarında SİÖÖ ve ÖKÖ toplam puanlarının anlamlılığı göz önünde bulundurularak, hasta ve yakınlarının ölüm kaygısı ve spiritüel iyi oluşlarının değerlendirilmesi, müdahalelerin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Koroner Arter Hastalığı, Ölüm Kaygısı, Spiritüel İyi oluş,  
Yaşam Doyumu



## **Relationship between Spiritual Well-Being, Death Anxiety and Life Satisfaction in Coronary Artery Patients and Their Relatives**

**Student's Surname and Name:** Ebru AYMAN KILIÇ

**Adviser of Thesis:** Prof. Dr. Abdullah ATLI

**Adviser of Thesis:** Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

**Department:** Mental Health and Psychiatric Nursing

### **1.2. Abstract**

**Aim:** The aim of this study was to determine the relationship between spiritual well-being, death anxiety and life satisfaction in patients with coronary artery disease and their relatives.

**Material and Method:** The study was conducted in a cross-sectional, relational design with 233 patients with coronary artery disease (CAD) and 233 relatives in the Cardiology Clinic of Mardin Training and Research Hospital between 09.11.2024-15.01.2025. Data were collected using the Spiritual Well-Being Scale (SWBS), Death Anxiety Scale (DAS), and Adult Life Satisfaction Scale (ALSS). Descriptive data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Normal distribution of scale scores and numerical variables was examined through skewness and kurtosis. Relationships between scale mean scores were evaluated using Pearson or Spearman correlation tests. Scale scores were compared according to sociodemographic variables using Student's t-test, ANOVA, and Tukey test. For groups with small sample sizes, the Kruskal-Wallis test was used. Multiple linear regression with Enter method was conducted to determine the effect of DAS, SWBS scores, and being a patient or a relative on ALSS.

**Results:** The mean age of the patients was 56.77 (SD = 11.47), and the mean age of their relatives was 39.31 (SD = 13.68). A weak but statistically significant negative correlation was found between DAS and ALSS total scores in both patients ( $r = -0.25$ ,  $p < 0.001$ ) and their relatives ( $r < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). Death anxiety scores of the relatives were significantly higher than those of the patients. It was found that SWBS and DAS total scores, rather than the patient/relative status, were statistically significant predictors of ALSS scores ( $R^2 = 0.31$ ).

**Conclusion:** In this study, it was found that patients diagnosed with CAD and their relatives had high spiritual well-being, experienced death anxiety, and their relatives

experienced higher levels of death anxiety than patients. Taking into account the significance of the total scores of the SIOQ and SCQ in patients and their relatives as a determinant of the NCCS, it is recommended that death anxiety and spiritual well-being of patients and their relatives be evaluated, and interventions be planned and implemented.

**Keywords:** Coronary Artery Disease, Death Anxiety, Spiritual Well-being, Life Satisfaction



## 2. GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterlerde ateromatöz plak oluşumu başta olmak üzere farklı nedenlerden kaynaklı kan akımının azaldığı veya tamamen kesildiği durumlarda Miyokardiyumun yeterince beslenememesi ile birlikte ortaya çıkan patolojik bir hastalıktır. Yavaş ve sinsi ilerler ve belirtiler genellikle hastalığın ileri evresinde görülür (1). Koroner kalp hastalığı olarak da adlandırılmaktadır (2). Dünya çapında başlıca ölüm nedenidir, yılda yaklaşık 7 milyon ölüme sebep olurlar (3).

Spiritüel iyi oluş, maneviyatın bir yönü ve sağlık durumu olup, benlik, diğerleri, doğa ve Tanrı arasındaki ilişkilere dair anlayışı yansıtır ve bir kişinin yaşam ve ölüme bakış açısını etkileyebilir (4, 5). Spiritüel iyilik hali yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir. Stresli süreçlerle baş etmeyi ve etkileşimi artırır ve psikososyal yönden iyileşme sağlar (6). Yaşamı tehdit eden kronik hastalıklarda spiritüel iyilik hali, hastalıkla baş etme becerilerini artırabilir, yaşadıkları fiziksel ve psikolojik stresle daha etkili şekilde mücadele sağlayabilir. Ayrıca spiritüel iyi oluş, depresyon, anksiyete ve ölüm kaygısı gibi olumsuz duyguları azaltarak psikolojik dayanıklılığı destekler. Spiritüel iyilik hali, tedavi sürecinde önemli bir bileşendir ve hemşireler, hastaların dikkatini iyimserliğe ve pozitif düşünceye çekerek müdahaleleri yoluyla hastalarda bu sağlık boyutunun korunmasına ve gelişmesine yardımcı olabilir (7). Spiritüel açıdan güçlü bireyler, tedavi planlarına daha yüksek uyum göstererek hastalık yönetiminde daha başarılı olabilirler. Bu nedenle, KAH olan hastalarda spiritüel iyilik halinin değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım sürecine dahil edilmesi, bütüncül bir yaklaşımın temel unsurlarından biri olarak görülebilir.

Kalp hastalığı olan hastalarda ruhsal sağlık sorunlarıyla da karşılaşmaktadır (8). Ölüm kaygısı bireyin ölümlü biri olduğunun farkına varması sonucu gelen yoğun sıkıntı yaşatan ve varoluşsal krizlere sebep olan en kapsayıcı kaygıdır (9). Ölüm kaygısı her bireyde doğal olarak vardır (10). Hayat döngüsü içerisinde artıp azalabilir (11). KAH'ın yaşamı doğrudan tehdit eden ciddi bir hastalık durum olması, KAH olan hastaların, kalp krizi (miyokard enfarktüsü) gibi ani ve ölümcül sonuçlara yol açabilecek ataklar geçirme riski altında olmaları ve ölüm gerçeğiyle diğer bireylere göre çok daha somut ve yakın bir şekilde yüzleşmeleri ölüm kaygılarını arttırabilir. Bireylerin kendilerini ölüme yakın bulmaları, ölümcül bir hastalığa sahip olmaları veya yakınlarının ve sevdiklerinin ölümüyle karşı karşıya kalmaları onlarda korku

yaratabilir (12). KAH olan hasta yakınlarının, sevdikleri kişinin ölüm riskiyle yüzleşmeleri, onlarda yoğun bir kaygı, üzüntü ve çaresizlik duygusu yaratabilir. Kasar vd. (2016) çalışmasında fiziksel hastalık durumunun ölüm kaygısını olumsuz etkilediğini bildirmektedir (13). Bu nedenlerle, hemşirelerin KAH olan hastaların ve yakınlarının psikososyal bütünlüğünü koruyabilmeleri için ölüm kaygısı düzeylerini bilmeleri, bu kaygının hangi faktörlerden etkilendiğini belirlemeleri ve ölüm kaygısını azaltmaya yönelik müdahaleleri bakım sürecine dahil etmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Yaşam doyumu, bireyin şimdiki ve geçmiş yaşantısının değerlendirmelerini içermektedir (14). Bireyin mevcut yaşamından duyduğu doyum, yaşamını değiştirme arzusu, geçmiş deneyimlerden aldığı tatmin, geleceğe yönelik beklentileri ve yakın çevresinin bireyin yaşamına dair görüşlerini içermektedir. Bireyin yaşamını olumlu bir bakış açısıyla değerlendirmesi, kendisini tatmin eden bir durumda hissetmesi ve genel olarak yaşamına yönelik olumlu bir tutum benimsemesi anlamına gelir (15). Bireyin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslaması durumunda meydana gelen sonuç anlamına gelmektedir (16). Yaşam doyumu yüksek bireyler, hastalıkla baş etme becerilerini geliştirerek tedavi sürecine daha iyi uyum sağlar ve genel ruh sağlıklarını koruma konusunda avantaj elde ederler. Düşük yaşam memnuniyetine sahip bireylerin, yüksek yaşam memnuniyetine sahip olanlara kıyasla kardiyovasküler hastalık riski %80 daha fazladır (17). Boehm vd. (2011) çalışmasında yaşam doyumunun kalp sağlığını destekleyebileceğini bildirmiştir (18). Hastaların, yüksek yaşam doyumu hem fiziksel hem de psikolojik iyileşmeyi desteklerken, hasta yakınlarının doyumu ise verdikleri bakımın kalitesini doğrudan etkiler. Hem hastaların hem de yakınlarının yaşam doyumunun yüksek olması, sosyal destek algısını güçlendirerek hastalıkla mücadelede dayanıklılığı artırır. Bu nedenle, koroner arter KAH olan hastalara ve yakınlarına yönelik hemşirelik bakımında yaşam doyumunun değerlendirilmesi ve desteklenmesi, kapsamlı ve etkili bir sağlık yönetimi için önemli bir faktör olabilir.

Literatürde KAH olan hastaların ölüm kaygısını, spiritüel iyi oluşunu ve yaşam doyumunu ayrı ayrı inceleyen çalışmalar mevcuttur fakat bir arada ve birbirleri ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca literatürde, KAH tanımlı hastaların yakınlarında ölüm kaygısı, spiritüel iyi oluş ve yaşam doyumunu

inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma, KAH tanısı almış hastalar ve yakınlarında spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumunu ilişkisini belirlemek ve literatüre anlamlı bir katkı sağlaması amaçlanarak gerçekteşirilmıştir.

KAH tanısı almış hastalar ve yakınlarında spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumunu ilişkisini belirlemek amacı doğrultusunda yürütölmüş olup, aşağıda sıralanan araştırma sorularına yanıt bulunması hedeflenmiştir;

- Koroner arter hastaları ve yakınlarının spiritüel iyi oluş düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam doyumunu arasında bir ilişki var mıdır?
- Koroner arter hastaları ve yakınlarının spiritüel iyi oluşunu etkileyen faktörler nelerdir?
- Koroner arter hastaları ve yakınlarının ölüm kaygısını etkileyen faktörler nelerdir?
- Koroner arter hastaları ve yakınlarının yaşam doyumunu etkileyen faktörler nelerdir?

### **3. GENEL BİLGİLER**

#### **3.1. Koroner Arter Hastalığı**

##### **3.1.1. Koroner arter hastalığının tanımı**

Koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterlerde ateromatöz plak oluşumu başta olmak üzere farklı nedenlerden kaynaklı kan akımının azaldığı veya tamamen kesildiği durumlarda Miyokardiyumun yeterince beslenememesi ile birlikte gelişen patolojik bir hastalıktır. Yavaş ve sinsi ilerler ve belirtiler genellikle hastalığın ilerleyen evresinde görülür (1). Koroner kalp hastalığı olarak da adlandırılmaktadır (2). KAH, miyokardın kan ve oksijen bakımından yetersiz beslenmesi ile gelişen bir durumdur. Koroner arterlerin tıkanması ile görülür ve oksijen arz-talep uyumsuzluğuna neden olur. Dünya çapında başlıca ölüm nedenidir (3).

KAH'lar; stabil olmayan anjina, miyokard enfarktüsü (MI), ani kardiyak ölüm ve stabil anjina ile ortaya çıkan aterosklerotik hastalıklardır (19).

##### **3.1.2. Koroner arter hastalığının epidemiyolojisi**

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH), dünya genelinde başlıca ölüm nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2) verilerine göre, 2019 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak gerçekleşen ve 70 yaş altı bireyleri kapsayan 17 milyon ölümün yaklaşık %38'i dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelmiştir. KAH'lar Dünya çapında yılda yaklaşık 7 milyon ölüme sebep olurlar (3). TÜİK (2022) verilerine göre ülkemizde KVH'lar ölüm nedenleri arasında %35,4 ile ilk sırada yer almakta, bu ölümlerin %42,3'ünü iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (20). Türkiye'de kalp hastalıklarına dair inceleme yapan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışması ise, kalp hastalığına bağlı ölümlerin %42'sinin koroner kalp hastalıklarından kaynaklandığını göstermiştir). TEKHARF çalışmasına göre, Türkiye'de her yıl yaklaşık 420 bin koroner olay meydana gelmektedir. Bu vakaların 120 bini, Koroner Kalp Hastalığı (KKH) tanısı almış bireylerde akut olayın tekrarı şeklinde gerçekleşirken, 180 bini yeni akut koroner sendromu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı olan bireylerde sessiz şekilde gelişen ve yeni tanı konulan kronik KKH vakalarının sayısı da 120 bine ulaşmaktadır (21).

##### **3.1.3. Koroner arter hastalığının fizyopatolojisi**

Süreç, akut kardiyak olaydan yıllar önce oluşan ve ilerleyen ateroskleroz süreciyle başlar. Ateroskleroz, yüksek tansiyon, kanda yüksek kolesterol düzeyi, sigara

kullanımı, diyabet ve genetik gibi risk faktörleriyle hızlanan, orta büyüklükteki atardamarların intimasının (iç tabaka) düşük dereceli inflamatuvar durumu olarak tanımlanabilir. Koroner ateroskleroz durumunda, bu yavaş ilerleme koroner atardamarların iç tabakasında meydana gelen kademeli kalınlaşmaya sebep olur. Bu ilerleyici süreç, zamanla koroner atardamarların lümenini çeşitli derecelerde daraltarak kan akışını kısıtlayabilir. Koroner arterlerde oluşan bu değişimler, damar duvarlarının yapısını etkileyerek kalp sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (22).

Yapılan araştırmalar, aterosklerotik plakların yağlı çizgilenmeler, fibröz plaklar ve komplike plaklar olmak üzere üç ana grupta sınıflandırıldığını ortaya koymuştur. Yağlı çizgilenmeler, intimada biriken ve bol miktarda lipid damlacığı içeren makrofajlardan (köpük hücreleri) oluşur; bu yapılar genellikle kan akışını etkilemez. Fibröz plaklarda ise lipidler hem köpük hücrelerinde hem de ekstraselüler matriks yapısında bulunur. Bu tip plaklarda, intimanın düz kas hücreleri ve matriks proteinleri birikimi nedeniyle kalınlaştığı ve bu yapının yırtılmaya eğilimli olduğu bilinmektedir. Komplike lezyonlar ise lipidler, inflamatuvar hücreler ve fibröz dokulara ek olarak hematom, kanama ve trombotik birikimler de içerir. Klinik olarak koroner aterosklerozun neden olduğu morbidite ve mortalite büyük ölçüde bu komplike lezyonların gelişiminden kaynaklanmaktadır (23).

#### **3.1.4. Koroner arter hastalığında risk faktörleri**

İlk olarak Koroner arter hastalığında "risk faktörleri" kavramı Framingham kalp çalışması tarafından bulgular ile ortaya atıldı. Sigara içimi, kan basıncı ve kolesterol seviyelerinin koroner arter hastalığı insidansı ile epidemiyolojik ilişkilerini gösterdi (24).

Koroner arter hastalıkları için risk faktörleri genetik ve çevresel risk faktörleridir, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak sınıflandırılmaktadır. Hastalarda sıklıkla birden çok risk faktörü birlikte görülür. Ayrıca risk faktörleri arasında önemli derecede etkileşimler vardır (25). Kontrol edilebilir risk faktörleri arasında yüksek kan basıncı, kandaki yüksek kolesterol seviyeleri, sigara kullanımı, diyabet, aşırı kilo veya obezite, fiziksel aktivite yetersizliği, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve stres yer almaktadır. Kontrol edilemeyen (geleneksel) risk faktörleri ise yaş, aile öyküsü,

cinsiyet ve ırktır (24). Ayrıca homosistein, trombotik risk faktörleri, lipoprotein (a) ve enflamatuvar faktörler yeni risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır (26).

#### **3.1.4.1. Değiştirilemez risk faktörleri**

Değiştirilemez risk faktörleri, yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve ırk olarak karşımıza çıkmaktadır (24). Riskin %63-80'ini kapsayan faktörlerdir (27).

**Yaş:** 35 yaşın üzerindeki bireylerde, KAH riski belirgin şekilde artmaktadır. 40 yaş üstü yaşam boyu KAH görülme riski erkeklerde %49 ve kadınlarda %32 olarak belirtilmiştir (28). TEKHARF çalışmasında diğer faktörler dışında, her yaşın KAH olasılığını erkekte %3,9, kadında %3,6 artırdığı ve her 11 yıl yaşlanmanın KAH olasılığını Türk insanında 1.5 kat artırdığı belirtilmiştir (21).

**Cinsiyet:** Erkek cinsiyet kadın cinsiyete göre KAH açısından daha fazla risk altındadır (28, 3). Kadınların ilk MI'dan sonra ölme olasılığı erkeklerden daha yüksektir ve sağ kalanlarda tekrarlayan MI, kalp yetmezliği veya ölüm riski daha yüksektir. Framingham kalp çalışmasında MI'dan sonraki bir yıllık ölüm oranı kadınlarda %44, erkeklerde ise %27 olarak bulunmuştur (29). Koroner arter hastalığı kadınlarda erkeklere 10-15 yıl geç başlar bu gecikmenin östrojenin koroner ateroskleroza etkisinden ve genç kadınlarda koroner risk faktörlerinin yaygınlığının daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (30).

**Aile Öyküsü:** Aile öyküsü KAH için önemli bir değiştirilemez risk faktörü olarak kabul edilmektedir (19). Yapılan bir çalışma, yüksek genetik riske sahip katılımcılarda koroner olayların göreceli riski, düşük genetik riske sahip katılımcılardan %91 daha fazla görülmüştür ve genetik riski yüksek katılımcılarda, olumlu bir yaşam tarzı, olumsuz bir yaşam tarzına kıyasla %46 daha düşük koroner olay göreceli riski ile ilişkili görülmüştür (31).

#### **3.1.4.2. Değiştirilebilir risk faktörleri**

Değiştirilebilir risk faktörleri sigara kullanımı, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, hareketsiz yaşam tarzı, obezite ve diyabet olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Sigara Kullanımı:** Çalışmalar, sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre koroner arter hastalığından kaynaklı ölüm sıklığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sigara

içmenin koroner arter hastalığı morbidite ve mortalitesine doğrudan veya dolaylı olarak sebep olduğu ve aterosklerotik lezyon gelişiminde etkisi olduğu bildirilmiştir. Koroner arter hastalığı geliştirme riskinin, sigara içme süresi, günlük içilen sigara miktarı ve dumanın ne kadar derin solunduğuyla orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir (19). Sigara içmek, lipit oksidasyonu, vasküler düz kas hücresi proliferasyonunun uyarılması, inflamatuvar faktörlerin ekspresyonunun teşvik edilmesi ve tromboza eğilimli zayıflamış endotel aracılı trombosit inhibisyonu gibi patofizyolojik süreçlerle koroner arter hastalığı riskini yükseltir. Diyabetli hastalarda sigara içmeye başlamak koroner arter hastalığı (KAH) riskini artırır (32).

**Hipertansiyon:** Kan basıncının, 40–70 yaş aralığındaki yetişkinlerde sistolik değerlerde her 20 mmHg'lik artış veya diyastolik değerlerde her 10 mmHg'lik yükselme, kalp krizi ve felç riskini yaklaşık iki katına çıkarabilmektedir. Üstelik bu risk artışı, 115/75 mmHg gibi düşük seviyelerden itibaren etkisini göstermeye başlamaktadır. Hipertansiyon, arter duvarına hem oksidatif hem de mekanik baskı uygulayarak damar kalp hastalıkları açısından ciddi bir risk faktörü olarak kabul edilir (3).

**Hiperkolesterolemi:** Kolesterol, hücrelerde plazama zarında bulunan bir sterol moleküldür. Normal düzeylerde bile endotel bozukluğa neden olur ve vasküler hasara yol açar. Yüksek kan kolesterol düzeyleri, KAH için bir risk belirteci olarak görülür. Kolesterol, inflamatuvar bir ortamda aterosklerotik lezyona yol açar ve modifiye lipoproteinler aracılığıyla arter duvarlarında bulunan makrofajlarda birikir. Bu lezyonlar süreçle gelişir ve kalp krizini tetikler (33). Laboratuvar sonuçlarına göre, Düşük yoğunluklu lipoprotein (Low-density lipoprotein, LDL) kolesterol seviyesinin 130 mg/dl'nin üstünde, total kolesterol seviyesinin ise 200 mg/dl'den fazla olması KAH risk faktörlerindedir. Total kolesterol seviyesindeki her 40 mg/dL'lik artış, koroner arter hastalığı riskini %35 artırmaktadır (21).

**Hareketsiz Yaşam Tarzı:** Fiziksel hareketsizlik, KAH gelişiminde bağımsız bir risk faktörüdür. Kardiyovasküler sağlığı ele almak ve hastalık yükünü azaltmak için tüm yaş gruplarında günlük fiziksel aktiviteyi artırmak son derece önemlidir. Boş zaman fiziksel aktivitesinin kardiyovasküler hastalıkların birincil önlenmesinde etkili olduğu,

kardiyovasküler olaylarda %20'ye yakın bir azalmaya ve yaşam beklentisinde 5 yıla yakın bir artışa yol açtığı söylenebilir (34).

**Obezite:** Obezitenin artmış kardiyovasküler hastalık riski ve daha yüksek kardiyovasküler rahatsızlık prevalansı ile bağlantılıdır. Normal beden kitle indeksine sahip bireylerde yüksek bel çevresi veya bel-kalça oranını KAH olan hastalarda artmış mortalite riski ile ilişkilendirilmiştir (3).

**Diyabetes Mellitus (DM):** DM tanısı alan bireylerde erken yaşlarda sıklıkla ateroskleroz görülmektedir. DM tanılı hastaların %65-75'inde ölüm nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklar görülmektedir. Özellikle kadınlarda menopoz ve yaştan bağımsız olarak KAH riski diyabetle beraber artmaktadır. Diyabet tanısı 2/4 kat (erkek/kadın) KAH riskini arttırmaktadır (25). 1999'dan 2020'ye kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı demografik özelliklere sahip, 25 yaş ve üzeri DM'li yetişkinlerde KAH ile ilişkili ölümleri inceleyen kapsamlı bir araştırma DM'deki KAH'nın 1.462.279 ölüme yol açtığını göstermiştir (35).

#### **3.1.4.3. Diğer (yeni) risk faktörleri**

Diğer risk faktörleri homosistein, trombotik risk faktörleri, lipoprotein (a) ve enflamatuvar faktörlerdir.

**C-reaktif protein:** Aterosklerotik plak gelişmesinde inflamasyonun rolü oldukça önemlidir. C-reaktif protein (CRP), yaralanma, enfeksiyon ve diğer inflamatuvar uyarılara yanıt olarak yükselen sistemik inflamasyonun bir belirteci olan bir akut faz proteindir. Yüksek hassasiyetli CRP, gelişen koroner aterosklerozun bir biyobelirtecidir. Çalışmalar, yüksek hassasiyetli CRP seviyelerinin gelecekte kardiyovasküler morbidite ve mortalite için daha yüksek riskle ilişkili olduğunu göstermiştir. KAH riskini belirlemek amacıyla belirlenmiş risk faktörlerine ek olarak ölçümü önerilmiştir (36).

**Homosistein:** Homosistein, sülfhidril grubuna sahip bir amino asittir. Normal serum konsantrasyonları 5-15 mmol/L aralığındadır. Tromboembolik olayların potansiyel biyobelirteci olabilir. Yüksek seviyeleri kardiyovasküler sistem üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Hiperhomosisteinemik bireylerde vasküler hasar, tromboembolik hastalıklar, ateroskleroz ve KAH gibi çeşitli kardiyovasküler hastalıkların geliştiği düşünülmektedir (37).

**Lipoprotein (a):** Yüksek lipoprotein(a) düzeyi uzun zamandır iskemik KVH ve özellikle de koroner kalp hastalığı riskinin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (38).

### **3.1.5. Koroner arter hastalığının semptomları**

KAH'ın sebep olduğu ağrıya anjina pektoris denir ve genellikle göğüste, özellikle sternumun arkasında, kademeli bir rahatsızlık başlangıcı ile başlar. Bu rahatsızlık fiziksel efor veya duygusal stresle ortaya çıkabilir ve akut koroner sendromlarda istirahat halinde de görülebilir. Ağrı genellikle sol kola, boyuna, çeneye, dişlere ve kulağa yayılır. Göğüs rahatsızlığı ile birlikte çoğunlukla nefes darlığı, mide bulantısı, kolay yorulma ve baş dönmesi gibi belirtiler görülür. Angina pektoris 2 tipte sınıflandırılabilir: stabil ve unstabil. Stabil angina genellikle fiziksel aktivite ile tetiklenirken, unstabil anjina aniden, hatta istirahatte bile ortaya çıkabilir. Unstabil anjina hastalarında prognoz daha kötüdür ve MI'ya ilerleme potansiyeli daha yüksektir (3).

### **3.1.6. Koroner arter hastalığının sınıflandırılması**

KAH farklı tablolar ile görülür. Stabil iskemik kalp hastalığı, akut koroner sendrom (AKS), ST elevasyonu miyokard infarktüsü (STEMI), ST yükselmesiz miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız anjina olarak karşımıza çıkmaktadır (39). Ayrıca ani kardiyak ölümlerde görülmektedir (19).

AKS, kalp kasına giden kan akımının aniden azalması veya tamamen kesilmesi durumunu ifade eder (40). Genellikle göğüs kemiği arkasında hissedilen ve boyun ya da sol kola yayılabilen baskı tarzında ağrı ile kendini gösterir. Bu tabloya nefes daralması, çarpıntı, baş dönmesi, bayılma (senkop), ani kalp durması veya yeni gelişen kalp yetmezliği gibi semptomlar eşlik edebilir (3). AKS, klinik STEMI, NSTEMI ya da kararsız anjina pektoris (UAP) formlarında karşımıza çıkabilmektedir (25).

### **3.1.7. Koroner arter hastalığının tanı yöntemleri**

Elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi, göğüs radyografisi, stres testi, kardiyak kateterizasyon ve serum belirteçleri KAH'ları tanılamak için değerlendirmede kullanılmaktadır (3). Dikkatli bir tıbbi öykü, tanılama aşamasında yüksek derecede kesinlik sağlamada yardım eder. Tıbbi öykü, KVH belirtileri ve risk faktörlerini kapsmalıdır. Akut iskemik olay varlığında, kan testlerinden troponin ve

kreatin kinaz gibi kardiyak enzim seviyelerinde yükselme bilgi verir (3). Kalp dışında bir nedenden kaynaklandığı kesin olmayan göğüs ağrısı varlığında, hastanın ilk değerlendirmesinde istirahat halinde çekilen 12 derivasyonlu EKG bakılmalıdır. KAH ihtimali yüksek düzeyde olan ve tıbbi tedaviye yanıtız belirtilerin varlığı ya da hafif düzey egzersiz ile anjina yaşayan hastalar için erken invaziv koroner anjiyografi önerilmektedir (1). Kalp kateterizasyonu, iskemik kardiyak olayın değerlendirilmesinde altın standart ve en doğru yöntem olarak görülür. Kronik durumlarda, lipid değerleri prognoz için önemlidir. Akut perikardit gibi hastalıkların değerlendirilmesinde C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı yardımcı olur (3).

### **3.1.8. Koroner arter hastalığının tedavi yöntemleri**

KAH'ın tedavisi yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik tedavi ve Revaskülarizasyon tedavileri olarak incelenebilir (41).

#### **3.1.8.1. Yaşam tarzı değişiklikleri**

Koroner arter hastalığına bağlı daha fazla komplikasyondan kaçınmak için yaşam tarzı değişiklikleri oldukça önemlidir. Kalp sağlığına uygun bir diyet rejiminin, rutin egzersizlerin, sigarayı bırakmanın ve gerginliği azaltmak ciddi öneme sahiptir. Yaşam tarzı değişikliklerini ilaç tedavisinin kullanımıyla birleştirmek yüksek tansiyon, dislipidemi ve kilo sorunları gibi belirli kardiyak riskleri azaltabilir (42).

#### **3.1.8.2. Farmakolojik tedavi**

Stabil anjina tanısı alan hastalarda tedaviye, genellikle düşük doz aspirin, beta-bloker, gerektiğinde kullanılmak üzere nitrogliserin ve orta ya da yüksek yoğunlukta statin ile başlanmaktadır. Dirençli anjina belirtilerini azaltmak amacıyla tedaviye ranolazin eklenmesi de tercih edilebilir. Acil anjina vakalarında ise hastalara tam doz (324 mg) aspirin verilmesi önerilir, statin ve beta-bloker tedavilerine de mümkün olan en kısa sürede başlanması önem kazanmaktadır. Hastanın klinik özelliklerine bağlı olarak P2Y12 inhibitörleri (örneğin prasugrel, tikagrelor) eklenebilir. ST yükselmesiz AKS tanısı almış hastalarda ise, tedavi sürecine heparin gibi antikoagülan ilaçların dahil edilmelidir (3).

#### **3.1.8.3. Girişimsel tedavi**

Perkütan koroner girişim (PKG) ya da koroner arter baypas cerrahisi (KABG) şeklinde uygulanabilecek olan revaskülarizasyon teknikleri, akımı azaltan darlıkları olan hastalarda iskemiye ve sebep olabileceği klinik bozukluğu gidermek için uygulanır. Bu teknikler tıbbi tedaviye alternatif tedaviler olmaktan çok tamamlayıcı tedavi yöntemleridir (41).

Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) ateroskleroz, koroner arter damar duvarının kalınlaşması gibi çeşitli sebeplerle daralmış ya da tıkanmış damarları genişletme yöntemidir (43).

PKG, ateroskleroz, inflmasyon, damar çeperinde kalınlaşma gibi sebeplerle daralan ya da tıkanan koroner damarların kateter yardımı ile genişletilmek ve tekrardan daralmaları önlemek amacıyla stent yerleştirilmesidir (44).

Koroner arter bypass greft (KABG), kalbe normal kan akımını tekrar sağlamak amacıyla göğüs, kol veya bacadan alınan damar grefti ile tıkanan koroner arterlere distal anastomoz yapılarak yeniden damarlanmayı sağlamaktadır. Akut koroner sendromda, primer Perkütan koroner girişim yapılamadığı veya komplikasyon varlığı durumlarında bir tedavi seçeneğidir (45).

### **3.2. Ölüm Kaygısı**

Ölüm için farklı tanımlar yapılmaktadır. Topluma, bireyin karakterine, yaşa, kültür yapısına ve inanca bağlı olarak farklılıklar gösterir. Ortak yanı, canlının artık kendini yenileme yeteneğinin kaybı, yaşamsal organlardan birinin ya da birkaçının işlevini tamamen yitirmesi sonucu hayatın sona ermesi ve kaçınılamaz bir durum olmasıdır (46). Ölüm, tüm insanlar için kaçınılmaz olsa da yaşamda çoğunlukla yok sayılır ya da görmezden gelinir. Ölümün bilinmez doğası insanlar için kaygı yaratır. ‘Ölüm her şeydir. Ve hiçbir şey’ (11).

Ölüm kaygısı bireyin ölümlü biri olduğunun farkına varması sonucu gelen yoğun sıkıntı yaşatan ve varoluşsal krizlere sebep olan en kapsayıcı kaygıdır (9). Ölüm kaygısı her bireyde doğal olarak vardır (10). Ölüm kaygısı hayat döngüsü içerisinde artıp azalabilir (11). Ölüm kaygısı her bireyde vardır ve her yerdedir. Rüyalar, savunma mekanizmaları ve içsel çatışmalar gibi bireysel süreçlerden; toplumsal

yapıların, dinler ve ideolojilerin şekillenmesine kadar uzanan geniş bir etki alanına sahiptir (10).

Hasta bakım sürecinde, bakım verenlerin/hasta yakınlarının ölüm süreci, ağrı ve ölüm korkusu gibi zorlu durumlarla karşılaşmaları hem kendi yaşam kalitelerini hem de bakım verdikleri hastaların refahını etkileyebilmektedir. Bakım verenlerin multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir (47). Bakım verenlerin/hasta yakınlarının yaşam kalitesinin korunması ve destek sisteminin güçlendirilmesi hastanın sağlığı için de kritik bir öneme sahiptir (47, 48).

### **3.2.1. Ölüm kaygısının bileşenleri**

Ölüm kaygısı, duygusal, bilişsel ve motivasyonel bileşenleri barındırır.

**Duygusal Bileşen:** Kişinin varoluşsal bir tehdit altında olması beyindeki duygusal bellek bölümlerinin aktifliğine yol açar (46).

**Bilişsel Bileşen:** Ölüm süreci, ölü olmak ile ilgili düşünceleri, ölüm sonrası beden düşüncesini, bilinmezlik hakkındaki düşünceleri, ölüm hakkında bilinçli düşünceleri, erken ölüm düşüncelerini içerebilir. Yaşam deneyimleriyle oluşan bilişsel yapının ölüm kavramı ile birleşmesi ardından kişinin ölümle ilgili daha az kaygı yaşayacağı düşünülmektedir (46).

**Motivasyonel Bileşen:** Ölüm kaygısı ve bunun sonucunda oluşan savunma mekanizmalarının kişinin davranışlarına etki ettiği ve yaşamda bir motivasyon yarattığı düşünülmektedir (46).

### **3.2.2. Ölüm kaygısını açıklayan yaklaşım ve kuramlar**

#### **3.2.2.1. Psikodinamik yaklaşım**

Psikanalist yaklaşım, ölüm anksiyetesinin köklerinin kastrasyon ve ayrılma kaygısı sonucunda oluşan süreçlerden kaynaklanabildiğini vurgulamıştır (46, 49). Freud ölümden sonra yaşama inanmanın sıklıkla dini bir inanç olduğunu, ancak daha da önemlisi insan ruhunu ölümle sonuçlanan anlamsız bir gerçeklikle yüzleşmenin dehşetinden korumaya hizmet ettiğini iddia etmiştir (49). Freud'un ölüm kaygısı ile ilgili detaylı bir açıklama yapmadığı görülmüştür. Freud'a göre ölüm kaygısı süper

egonun yaşadığı en ciddi kaygılardan sonuncu olanıdır (50). Freud'un kendi yaşadığı yüksek ölüm kaygısından ötürü bu konuyu göz ardı ettiği düşünülmüştür (10).

Horney, bireylerin olumsuz yaşam deneyimleri nedeniyle ölümü arzulayabileceğini ve bu arzunun ölüm korkusuyla birleşerek belirsiz bir kaygıya evrildiğini ileri sürmüştür. Jung ise ölüm kaygısının altında yaşama korkusunun var olduğunu ve ölümden korkan bireyin temelde yaşamaktan korktuğunu vurgulamıştır (46).

Jung, ölüm korkusunun beraberinde yaşama korkusunu da barındırdığını öne sürmüştür. Bireyin yaş alması ile beraber ölüme daha fazla yakınlaşmaya başlaması, birçok şeyin yeniden gelmeyecek olarak yaşanması ve sona ermesi, gençliğin bitmesi, yaşamını tam olarak yaşayamamasına ve ölüme karşı korku hissetmesine sebep olmaktadır (51).

### **3.2.2.2. Varoluşçu yaklaşım**

Varoluşçu yaklaşım açısından, ölümün yaşamın anlamını keşfetme bakımından önemli bir rodedir. İnsanın hayatı boyunca yaşadığı en büyük ikilem olarak görülmektedir. Kaygı ise insanın yaşamının her anında, var olduğunu hissettiği her anda ortaya çıkabilmektedir; insanoğlunun yaşamı anlamlandırması açısından olumlu olarak görülmektedir. Bu dünyadaki varlığı üzerine derin düşünen her insan varoluşunun derinliklerindeki ölüm kaygısını yaşar (10).

Ölüm kaygısı yaşam döngüsü içerisinde zaman zaman artar ve azalır. Örtülü veya açık olarak ölüm kaygısı ortaya çıkabilir. Nedeni belirsiz olan kaygının altında da ölüm kaygısı bulunur. İnsan ölümün ortaya çıkardığı acıyı azaltmak için bazı yollar dener. Ölüm kaygısı tamamen ortadan kalkmayıp başka yollarla varlığını sürdürür. İnsanın ölüm kaygısı ile yüzleşmesi yaşama daha anlamlı ve şefkatli bir açıdan bakmasına yardım eder (11).

Ölüm kaygısıyla başa çıkarken birey, iki temel deneyim yaşayabilir: varoluşsal boşluk ve otantik varoluş. Varoluşsal boşluk, kişiyi psikopatolojik sorunlara sürükleyebilirken, otantik varoluş ise anlamlı bir yaşam sürme ve benlik inşası sürecini destekler. İlginç olan nokta, bazen otantik varoluşun şekillenmesinde kişinin içine

düştüğü varoluşsal boşluğun rol oynayabilmesidir. Bu boşluğu deneyimlerken hissedilen anlamsızlık, çaresizlik veya ilgisizlik, bireyin derin sorgulamalara yönelmesine ve kendi varoluşunu anlamlandırma sürecine girmesine sebep olabilir (52).

### **3.2.2.3. Bilişsel yaklaşım**

Bilişsel yaklaşım, kaygının bireyin kendisini ve çevresini yanlış yorumlamasından kaynaklandığını öne sürer. Bu bakış açısına göre, insanın kaygı düzeyini belirleyen temel etkenler, olayları nasıl algıladığı, değerlendirdiği ve anlamlandırdığıdır. Duygu ve düşüncelerimiz, çevremizde olup bitenleri yorumlama biçimimizle şekillenir ve bu yorumlar, kaygının ortaya çıkmasına ya da azalmasına neden olabilir (53, 54). Bilişsel Davranışçı kurama göre, ölüm kaygısı bilinç düzeyinde ortaya çıkan ve işlevsel olmayan düşüncelerle ilişkilidir. Bu kurama göre, bireyin kaygıyı yönetebilmesi için bu düşünceler daha işlevsel ve sağlıklı düşüncelerle değiştirilmelidir (55). Kurama göre ölümün kötü algılanmasının ve ölümle ilişkili kaygıların oluşmasının sebebi, kişinin ölüme dair geliştirdiği negatif düşünce ve inanışlardır (53, 54).

### **3.2.2.4. Dehşet yönetimi kuramı**

Dehşet yönetimi kuramına göre ölümün farkında olmak bireyin davranışları için önemli bir güdüleyicidir (56, 57, 58). Ölümle ilgili köklü endişelerin benlik duygumuz ve sosyal davranışlarımız üzerindeki genellikle güçlü etkisini anlamak için varoluşsal, psikodinamik ve evrimsel perspektiflerden yararlanan bir kuramdır (59). Kurama göre, insanlar ölümden kaçınılmaz bir gerçek olarak korkarlar. Bütün canlılarda ortak bulunan kendini koruma içgüdü, insana özgü olan ölümlü olma bilinciyle birleştiğinde, bireylerde derin bir kaygı ve dehşet duygusu yaratabilir. Ölümün kaçınılmazlığına dair farkındalık, buna karşılık uzun bir yaşam arzusu ile birleşerek psikolojik bir çatışma oluşturur (58). Kurama göre, tüm bireylerin deneyimleyeceği ölüm korkusu ve dehşet bireyin bir şeyler yaparak kendini ölümle ilişkili kaygıya karşı korumaya yönlendirir (56, 57, 58).

Kurama göre, kültürel dünya görüşleri ve öz saygı, varoluşsal ölüm korkusunu yönetmek ya da yatıştırmak için önemli bir kaygı tamponlama işlevi görmektedir. Ölümle ilgili düşüncelerin ölüm korkularına evrilmesini önlemek için yakın ve uzak savunmalardan yararlanan ikili bir süreç modeli tanımlanmaktadır. Bu ikili süreç

modeline göre, ölümle ilgili düşünceler bilinçli farkındalığa geldiğinde, bu düşünceleri odak dikkatinden uzaklaştırmak için yakın (bilinçli, tehdit odaklı) savunmalar tetiklenir bu ölüm düşüncesi bastırılır ve ölümlülüğe karşı savunmasız olduğu reddedilir ve kişinin kendisi veya sevdikleri için yüksek fiziksel sağlığı devam ettirme gibi stratejiler düşünülür. Ancak, ölüm korkusu bilinçli farkındalıktan çıktığında, ikili süreç modelinin ikinci kısmı açığa çıkar ve distal (bilinçdışı, sembolik) savunmaları tetikler. Bu savunmalar genellikle sembolik benliği koruma ve ölümle ilgili düşüncelerin erişilebilirliğini azaltma stratejilerini barındırır (60).



**Şekil 1** Dehşet Yönetimi Kuramı'nın Şematik Açıklaması (58)

### 3.2.3. Ölüm kaygısına karşı savunmalar

Ölüm kaygısına karşı, bireysel ve kültürel olmak üzere temel olarak iki savunma geliştirilmektedir. Kültürel savunma mekanizmaları, bireyin ölümsüzlük arayışını destekleyen üç farklı yaklaşımla açıklanır: Biyolojik stil, bireyin genetik mirasını sürdürerek neslini devam ettirme çabasıyla kalıcılık arayışını ifade eder. Dinsel stil, ölümün bir son değil, farklı bir varoluş düzleminde bir geçiş olduğuna inanarak bireyin kaygısını hafifletmesini sağlar. Yaratıcı stil ise kişinin eserleri, üretimleri ve topluma bıraktığı etkiler aracılığıyla kalıcı bir iz bırakma çabasını temsil eder (46). Ölümcül veya ciddi bir hastalık durumunda bireylerin verdiği ilk tepkiler sıklıkla inkâr mekanizmasıyla şekillenir. Ölüm kaygısıyla karşılaşan bireyler, genellikle bastırma,

yer değiştirme ve kişisel güce duyulan inanç gibi bireysel (psikolojik) savunma yöntemleri kullanarak bu kaygı ile baş etmeye çalışırlar (61, 46).

### **3.2.4. Ölüm kaygısı ile ilişkili faktörler**

#### **3.2.4.1. Yaş ve ölüm kaygısı**

alışmalar yaş ve ölüm kaygısı için farklı sonuçlar göstermiştir. Bazı alışmalar, yetişkinlik döneminin ikinci yarısında yaş ve ölüm kaygısı arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu göstermiştir. Ölüm kaygısının orta yaştan ileri yaşa doğru azaldığı ve yaşlılık döneminde yaşamın son yıllarına doğru stabilize olduğu görülür. Zamanın geçmesi ve geç yetişkinlik döneminin gelişimsel görevlerinin başarılması son dönemlerinde ölüme karşı tutumları etkileyebilir (62). Bazı alışmalar ise geç ve orta-yaşlı yetişkinler arasında ölüm kaygısı açısından fark olmadığını göstermiştir (63).

#### **3.2.4.2. Cinsiyet ve ölüm kaygısı**

Cinsiyetin lm kaygısı üzerine etkisini inceleyen çalışmalar farklı sonuçlar göstermiştir. Assari ve Lankarani'nin yaptığı çalışmada cinsiyetin ölüm kaygısı üzerine ana etkisi olmadığı görülmüştür (64). Bazı araştırmalar ise erkekler ve kadınlar arasında ölüm kaygısı düzeyi açısından kadınların daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermektedir (63, 65).

#### **3.2.4.3. Medeni durum ve ölüm kaygısı**

Evli olan bireylerin bekar olanlara kıyasla daha düşük ölüm kaygısı puanlarının olduğunu, ancak bu farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığını gösteren çalışmalar mevcut. Eş ve çocukları sayesinde neslinin sürdürüldüğünün düşünülmesi ya da onlardan gördüğü sosyal destekle ilişkili olarak, evli olan bireylerin bekr olanlara kıyasla ölüm kaygı düzeylerinin düşük olduğu düşünülmüştür (66). MacLeod vd. (2016) yaptığı çalışmada medeni durumun ölüm kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu, bekrların en yüksek ölüm kaygısına sahip olduğu görülmüştür (67).

#### **3.2.4.4. Dindarlık ve ölüm kaygısı**

alışmalar lm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişki için farklı sonuçlar bulmuştur. Ölüm kaygısının dindarlık eğilimi ile ilişkisi incelendiğinde, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (68, 69). Başka bir araştırma ise ölüm kaygısı ile dindarlığın davranış boyutu arasında anlamlı olan bir ilişki olduğu belirlenmiştir (70). Bir dine

bağlı olan ve olmayan katılımcıları karşılaştırıldığında herhangi bir dine bağlı olmadığını iddia eden katılımcıların ölüm kaygısı düzeyleri dindar katılımcılarla kıyaslandığında daha yüksektir. Sonuçların farklı olmasının nedeni dini yönelimi incelemek için kullanılan araçlardan kaynaklanıyor olabilir, farklı dinlerden bireyler için geçerli olmayabilir (63).

Ölüm kaygısı dindarlığı artırıyorsa, o zaman iki değişkenin pozitif korelasyonlu olmasını bekleyebiliriz. Öte yandan, dindarlık ölüm kaygısını önemli düzeyde azaltıyorsa, o zaman negatif bir korelasyon bekleyebiliriz. Bu çelişkiyi çözenin bir yolu, eğrisel bir ilişki olduğunu kabul etmektir; böylece ilişkinin nedensel yönü, birey daha dindar hale geldikçe değişir: dindarlar arasında, daha fazla dindarlık ölüm kaygısını azaltırken, dindar olmayanlar arasında ölüm kaygısı dindarlığı artırır (71).

#### **3.2.4.5. Meslek ve ölüm kaygısı**

Çalışma isteği ölüm kaygısını tamponlamak için bir mekanizma olarak karşımıza çıkabilmektedir (72). Hemşireler ile yapılan bir araştırmada ölümlerin sık görüldüğü bölümler ile ölümlerin sık görülmediği bölümlerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygılarının arasında anlama sahip bir fark belirlenmiştir (73).

#### **3.2.4.6. Fiziksel hastalık ve ölüm kaygısı**

Fiziksel sağlık sorunları daha yüksek ölüm kaygısı ile ilişkilendirilmektedir (62). Çalışmalar, fiziksel hastalık varlığının ölüm kaygısını artırdığı belirtilse de her zaman arttırmadığı görülmektedir (13).

#### **3.2.4.7. Ruhsal hastalık ve ölüm kaygısı**

Ruhsal problemler daha yüksek ölüm kaygısı ile ilişkilendirilmiştir (62). Ölüm kaygısı ile ruhsal belirtiler arasında ilişki olduğu görülmektedir (50). Panik bozukluğu, ayrılık kaygısı bozukluğu ve agorafobinin çeşitli semptomları (örneğin, evden ayrılırken beklenen zarar) direkt ölüm kaygısıyla bağlantılı görünmektedir, ayrılık kaygısı ve panik bozukluğu arasında anlamlı, orta ila büyük korelasyonlar bulunmuştur (74).

### **3.3. Yaşam Doyumu**

Pozitif Psikoloji yönünde yapılan çalışmalar, psikoloji açısından önem arz eden bir yön olarak meydana gelmiştir. Psikolojinin geleneksel negatif duygulara odaklanan psikolojinin aksine, duygusal spektrumun pozitif ucuna yönelmesine yol açmıştır. Büyüyen bu araştırma alanı içinde, mutluluk veya öznel iyi oluş deneyimine odaklanan çalışmalar öne çıkmaktadır (75). Yaşam doyumu, öznel iyi oluşun öğelerinden biri şeklinde kabul edilir. Öznel iyi oluş, bireyin yaşamındaki genel memnuniyet düzeyini etkileyen iki ana bileşenden oluşur: duygusal ve bilişsel. Duygusal bileşen, bireyin yaşadığı olumlu ve olumsuz duygularla şekillenirken, bilişsel bileşen ise kişinin hayatını genel olarak nasıl değerlendirdiğini ifade eder (76, 77, 78).

Yaşam doyumu kavramı, bireyin kendi geçmiş ve şimdiki yaşamına dair değerlendirmelerini içermektedir (14). Yaşam doyumu, bireyin mevcut yaşamından doyum, yaşamı değiştirme isteği, geçmişten doyum, gelecekte doyum ve bireyin yakınlarının o bireyin yaşamı üzerindeki fikirlerini içermektedir. Bu kavram, bireyin yaşamını olumlu bir şekilde değerlendirmesi ve kendisini tatmin eden bir durumda olduğunu düşünmesi anlamına gelir (15). Bireyin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslaması durumunda meydana gelen sonuç anlamına gelmektedir (16).

Bakım yükü arttıkça, bakım verenlerin/hasta yakınlarının yaşam doyumunda azalma gözlemlenmektedir. Bu düşünüş, bakım alan bireylerle beraber bakım sağlayan kişileri de fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyebilir. Bakım vericilerin desteklenmemesi, zamanla tükenmişlik, depresyon gibi ruhsal sorunlara yol açabileceği gibi, genel sağlık durumlarını da olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, bakıma muhtaç bireylerin olduğu kadar bakım vericilerin de hem sağlık hem sosyal açıdan desteklenmesi büyük önem taşır (79).

### **3.3.1. Yaşam doyumu ile ilgili teoriler**

#### **3.3.1.1. Amaçsal yaklaşımlar**

Wilson'un sunduğu teori, mutluluğun amaç ya da gereksinim gibi durumlara ulaşıldığı sürece kazanıldığını ileri sunmaktadır. Gereksinimlerin karşılanması mutluluğa yol açarken yerine getirilmemiş ihtiyaçlar mutsuzluğa sebep olur (80, 81). Bu yaklaşıma göre yaşam doyumunu azaltan pek çok etken bulunur. İlk olarak, kişi

için kısa vadede mutluluk yaratan, ancak diğer hedefleri etkilediği için uzun dönemli sonuçları mutluluğa zararlı olan hedefler isteyebilirler. İkinci olarak, insanların hedefleri ve arzuları zıt olabilir. Üçüncüsü, bireylerin hedefleri veya arzuları olmadığında mutluluktan yoksun kalabilirler. Son olarak, insanlar kötü şartlar veya beceri eksikliğinden veya hedeflerin fazla yüksek olmasından ötürü hedeflerine ulaşamayabilirler (76).

### **3.3.1.2. Etkinlik yaklaşımları**

Aristo tarafından mutluluğun aktiviteden geldiğini belirtmiştir, başarıyla gerçekleştirilen etkinlik sürecinin sonunda kişi mutluluğa ulaşabilmektedir. Etkinlik kuramı, bireyin eylemlerine ve hedeflerine yönelmesinin yaşam doyumu açısından önemli olduğunu savunur. Aktivite kuramcıları, insanların aktif kaldıkça kendilerini daha iyi hissettiklerini ve yaşamdan daha fazla tatmin sağladıklarını öne sürerler (82, 83).

Daha yüksek aktivite seviyeleri genel olarak daha yüksek yaşam memnuniyetiyle ilişkilendirilmiştir. Bu aktiviteler arasında, informal sosyal aktivitelerin yaşam memnuniyetiyle en güçlü ilişkiye sahip olduğu düşünülmektedir, bunu formal aktiviteler izliyor ve en az etki ise yalnız yapılan aktiviteler ile ilişkilendirilmiştir (84, 85). Kişinin mutluluk hissedebilmesi için kendi beceri ve gereksinimlerine uyan amaçlar hedeflemesi ve bu amaçlar çizgisinde ilerlemesi gerekmektedir (86).

### **3.3.1.3. Yukarıdan-aşağıya aşağıdan-yukarıya yaklaşımları**

#### **Yukarıdan-Aşağıya Teorileri**

Bu teoriler, bir kişinin dünyayı belirli bir şekilde deneyimleme eğiliminin o kişinin dünya ile olan etkileşimlerini etkileyeceğini savunur. Zihinsel olarak daha olumlu bakış açısı olan bireyler, belirli bir durumu olumsuz bakış açısında olan kişiden mutlu bir şekilde deneyimleyebilir ya da yorumlayabilir (87). Olumlu bir bakış açısına sahip olmak bireyin yaşam doyumunu da arttırmaktadır (88).

#### **Aşağıdan-Yukarıya Teorileri**

Bu teoriler, bireyin yaşamını oluşturan olumlu ve olumsuz anların toplanarak bireyin algılanan öznel iyilik halini oluşturduğunu savunur. Bu bakış açısına göre, olumlu veya "mutlu" bir an, bir kişinin iyilik halini yaşamasına neden olur ve kişi ne kadar çok olumlu an yaşarsa, iyilik hali seviyeleri o kadar yükselir (87).

#### **3.3.1.4. İlişkilendirici yaklaşımı**

Bower (1981), insanların yaşadıkları duygusal durumlarına uygun anıları hatırlayacaklarını söylemiştir. Hafıza ağlarını inceleyen çalışmalar, bireyin zengin bir olumlu çağrışımlar ağı ve daha sınırlı ve izole bir olumsuz çağrışımlar ağı geliştirebileceğini söylemektedir. Bu tür bireyler, çeşitli olaylar veya fikirler karşısında mutluluk verici düşünce ve duyguları daha kolay tetikleyebilirler. Etkileşimsel bir yaklaşım, dış olayların etkisini ve kişiliğin etkisini birleştirebilir. Bir kişi, mutlu tepkilere yatkınlığa neden olan çağrışımsal ağlara sahip olabilir. Ancak, gelen olaylara verilen yanıt bu çağrışımlarla önyargılı olsa da mevcut olaylar zamanla bu çağrışımları değiştirebilir. Başka bir deyişle, bir kişinin çağrışımsal ağları, yeni çağrışımların etkisine daha fazla veya daha az geçirgen olabilir (89, 76).

#### **3.3.1.5. Yargı yaklaşımı**

Yargı yaklaşımına göre birey mevcut imkanları ve kendisinin belirlediği yaşam standartları arasında karşılaştırmalar yapar ve bir yargıya varır. Yapılan bu yargının sonucunda yaşam doyumunu hakkında değerlendirir. Kuramın en önemli parçası bireylerin yaşamlarında baz aldıkları kriterlerdir. Bireyler kendileri için kendilerinden daha alt durumda olan kişilerin kriterlerini baz aldığı daha mutlu hissederler ve yaşam doyumları artar (76).

### **3.3.2. Yaşam doyumunu etkileyen değişkenler**

#### **3.3.2.1. Yaş ve yaşam doyumunu**

Yaş ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki incelendiğinde sonuçların farklı çalışmalarda farklı olduğu görülmüştür. Chen (2001) genel olarak yaşam memnuniyetinin yaş ilerledikçe azaldığını göstermiştir (90). Bu çalışmaya göre yaşlılar arasında yaşam memnuniyeti yaş 65'in üzerine çıktıkça azalmaktadır.

Literatürde yapılan bazı çalışmaların sonucuna göre ise yaşın yaşam doyumu ile arasında herhangi anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilmemiştir (91).

### **3.3.2.2. Cinsiyet ve yaşam doyumu**

Moksnes ve Espnes'in (2013) 13-18 yaş ergenler ile yaptıkları çalışmada, yaşam doyumu üzerinde cinsiyet farklılıkları olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre, erkekler kızlara göre daha yüksek yaşam doyumuna sahiptir (92). Başka bir çalışmada kadınların yaşam memnuniyetinin tüm gelir ve eğitim seviyelerinde erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada yalnızca 63 yaş üzerindeki bireylerde yaşam memnuniyetinin, erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (93).

### **3.3.2.3. İş ve yaşam doyumu**

İş memnuniyeti ne kadar yüksekse, yaşam doyumu da artar. İş yaşamı ile yaşam doyumu ayrılmayan unsurlardır (91). Çalışan bireylerin işsiz kalanlardan daha iyi yaşam doyumuna sahip oldukları görülmektedir (94). Bireylerin iş yaşamındaki başarıları ve yükselmeleri yaşam doyumunu artırma açısından anlamlıdır (95).

### **3.3.2.4. Eğitim ve yaşam doyumu**

Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kadınların, eğitim düzeyi lise ve ilköğretim olan kadınlara göre yaşam memnuniyetleri daha yüksek tespit edilmiştir (91). Eğitim, diğer tüm koşullar sabitken, genel yaşam memnuniyetiyle negatif yönlü ve istatistiksel anlamı olan bir ilişkiye sahip olsa bile, birçok farklı etken aracılığıyla genel yaşam memnuniyetiyle pozitif ilişkili olma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha fazla eğitim, gelir ve sağlık yoluyla daha yüksek yaşam doyumu ile ilişkilidir (96).

## **3.4. Spiritüelite**

Spiritüelite, Latince kökenli olup 'Spritus' kelimesinden türetilmiştir, 'Nefes almak' ve 'Canlı olmak' anlamını taşımaktadır. Dinin bir bileşeni şeklinde düşünülebilir fakat dini inanç ve uygulamaları da içeren kapsamlı bir kavramdır (97). Manevi-ruhani değerlere bağlılık şeklinde tanımlanmaktadır (98). Farklı biçimlerde tanımlanmaktadır, genel olarak hayatın anlamı ve amacının araştırılması olarak anlaşılmaktadır. Maneviyat kavramı ile beraber veya maneviyat kavramının yerine kullanılmaktadır (99). Maneviyat, bireyin hayat boyu geliştirdiği ahlak, inanç, sevgi,

güven, acı ve Tanrı veya daha yüksek bir gücün kişisel yorumunu etkileyen temel inanışdır. Bir kişinin dünya görüşünü yönlendirir, günlük aktivitelere amaç ve anlam sağlar (100).

Spiritüel iyiliği daha yüksek düzey olan bakım verenlerin/ hasta yakınlarının bakım yükü daha düşüktür (101). Eğitimsel müdahaleler, bakım verenlerin genel refahını artırmaya, dayanıklılıklarını yükseltmeye ve etkili bakım verme uygulamalarını sağlamaya yardım eder. Bakım veren desteğine öncelik vermek hem hastaların hem de bakıcıların genel refahını iyileştirebilir (102).

#### **3.4.1. Spritüel iyilik hali**

Seaward'a (1991) göre, spiritüel iyilik hali, psikoloji, sosyoloji, felsefe ve teoloji gibi birçok disiplinden kavramları içerir (103). Manevi iyilik hali, pek çok faktörden etkilenen karmaşık bir kavramdır (104). Spiritüel iyilik hali kişinin benliğinden kaynaklanan ve doğrudan yaşam kalitesi ile ilişkili olan bir memnuniyet hissidir (105).

Spritüel iyilik hali, maneviyatın bir yönü ve sağlık durumu olup, benlik, diğerleri, doğa ve Tanrı arasındaki ilişkilere dair anlayışı yansıtır ve bir kişinin yaşam ve ölüme bakış açısını etkileyebilir (4, 5). Ayrıca psikososyal bir unsur ve bir bireyin duygularının somutlaşmış hali olarak kabul edilir; kim olduğu, ne yaptığı ve neden yaptığı ve nereye ait olduğu (5).

#### **3.4.2. Spritüalite ve sağlık bakım hizmetleri**

Spritüel bakım, bireyin duygusal, psikolojik ve spiritüel ihtiyaçlarına odaklanmakta, bireyin hayatındaki derin anlamları, değer ve inançları ele alarak, fiziksel sağlık haricinde ruhsal iyiliğini desteklemeye yardım eder (106). Spiritüel açıdan iyi olan bireyin genel sağlığı da etkilenmektedir, spiritüel anlamda bireyin kendini nasıl hissettiği yaşamın diğer bileşenleri için de önemlidir. Spiritüel iyilik halinde bulunmak spiritüel gelişime yönünde açık ve hazır durumda olmaktır (107).

Ruhsal iyilik hali yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir. Stresli süreçlerle baş etmeyi ve etkileşimi artırır ve psikososyal yönden iyileşme sağlar (6). Araştırmalar, yüksek spiritüel iyilik haline sahip hastaların daha iyi yaşam kalitesine, daha yüksek

sağlık hizmetleri memnuniyetine ve hastalıklarını daha kolay kabul edeceklerini göstermiştir. Yüksek spiritüel iyilik haline sahip son dönem hastaları daha az fiziksel rahatsızlık ve daha düşük depresyon riski bildirmiştir (105). Dindarlık ve maneviyat, özellikle stres, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik yönleri etkiler. Bu bozukluklar metabolizmayı değiştirir ve sağlıklı bir yaşam stiline sebep olarak KVH geliştirme riskini artırabilir (108, 109). Spiritüel iyilik hali, tedavi sürecinde önemli bir bileşendir ve hemşireler, hastaların dikkatini iyimserliğe ve pozitif düşünceye çekerek müdahaleleri yoluyla hastalarda bu sağlık boyutunun korunmasına ve gelişmesine yardımcı olabilir (7).

### **3.5. Koroner Arter Hastaları ve Yakınlarının Spiritüel İyilik Hali, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Doyumları ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

#### **3.5.1. Türkiye’de yapılan çalışmalar**

Seher ve Çiftçi’nin (2025) MI geçirmiş ve koroner anjiyografi uygulanmış 171 hasta ile yaptıkları çalışmada, daha yüksek spiritüel iyilik seviyelerinin, daha düşük umutsuzluk seviyeleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışma, aşkın alt ölçek puanlarının yüksek olmasının MI geçiren bireylerde daha düşük umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (6). Aşkınlık, Doğayla Uyum ve Anomi’dir. Aşkınlık, rahatlık ve dayanıklılık sağlayan daha yüksek bir güce olan inancı gösterir. Doğayla uyumu inceler. Anomi, varoluşsal boşlukları veya yaşamın algılanan anlam eksikliğini inceler. MI geçiren hastaların ölüm kaygısı puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (110). Başka bir çalışma, MI geçirmiş bireylerin büyük kısmının orta ile ağır düzeyli ölüm kaygısı yaşadığını göstermiştir (111). Buruntekin, (2022) MI geçiren bireylerle yaptığı çalışma, katılımcıların %11,50’ sinin ağır seviyede ölüm kaygısı yaşadığını, %60,18’ inde orta seviyede ölüm kaygısı yaşadığını göstermiştir (112).

#### **3.5.2. Dünya’da yapılan çalışmalar**

KAH tanısı almış ve KAH olmayan bireyler ile yapılmış bir çalışmada, KAH tanısı alan bireylerin %74’ünde ve KAH olmayan gruptaki katılımcıların %80’inde yüksek düzeyde spiritüel iyilik tespit edilmiştir (109).

Mİ geçiren hastalar ile yapılan bir çalışma spiritüel iyilik hali ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını belirlemiştir. Ancak spiritüel iyilik hali düzeyi yüksek bekar hastaların daha düşük ölüm anksiyetesine sahip olduğunu, daha yüksek spiritüel iyilik hali düzeyine ve sosyal desteğe sahip bekar hastaların önemli ölçüde daha düşük ölüm anksiyetesine sahip olduğunu ve bekar erkekler/sosyal desteği olmayan erkekler için spiritüel iyilik hali düzeyi ile ölüm anksiyetesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (5).

Jahani vd. (2013) koroner arter hastalığı tanısı almış katılımcılar ile yaptıkları çalışmanın bulgularına göre, deneklerin ruh sağlığı orta düzeyde değerlendirilmiştir. Manevi sağlığın dini ve varoluşsal yönleri yaşam kalitesi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (113). Koroner arter hastalığı tanılanmış bireyler ile yapılmış başka bir çalışmada, katılımcıların çoğu orta düzeyde Spiritüel iyilik hali bildirmiştir (7).

Başka bir çalışma, koroner arter hastalığı olan bireylerde varoluşsal, dini ve manevi iyilik hali ile yaşam doyumu arasında ilişki varlığı tespit edilmiştir (114). Mirhosseini vd. (2023) akut koroner sendrom hastaları ile yaptıkları çalışmada, tüm hastalar yüksek derecede ölüm kaygısı bildirmiştir ve yaklaşık yarısı orta düzeyde spiritüel iyilik bildirmiştir. Ölüm kaygısı ile spiritüel iyilik düzeyleri arasında önemli ve doğrudan bir korelasyon belirlenmiştir (115). MI'dan sonra yaşlı insanlarda spiritüel refah ile yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki varlığı belirlenmemiştir (116).

### **3.6. Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**

KVH olan bireylerin bakımında yer alan hemşirelerin alanda uzmanlaşması, güncel kılavuzları ve terminolojiyi bilmelerine yardımcı oldur (117). KAH'ın hemşirelik yönetiminde hasta eğitiminin doğru içerikle ve hastanın rahat anlayacağı bir dille yapılması toplum sağlığının korunmasını ve geliştirilmesi ile birlikte hastaların yaşam kalitesini yükseltmektedir (118).

Akut koroner sendromların hemşirelik yönetimi, hastanın sık değerlendirilmesi, göğüs korunması, komplikasyonların erken teşhis edilerek önlenmesi ve hasta ile ailesinin bilinçlendirilmesi temel anlamda amaçlanmaktadır (117).

Hastalık ile ilgili bilgilendirilmesi, KVH riski olan faktörleri ve bu faktörlerin önüne geçmenin yolları, yaşam tarzı değişikliğinin (sağlıklı beslenme, sigara bırakma, egzersiz vb.) önemi ve kardiyak rehabilitasyon programına yönlendirme ile birlikte sonrası için işe dönüş, seyahat, cinsel yaşam vb. temel ihtiyaçları karşılamaya yönelik eğitim verilmelidir (117). Sağlığın değerlendirilmesi, iyileştirici iletişim ve duygusal destek ile yaşam kalitesi, uyum ve motivasyonu artırma, kişisel bakım ve kişisel sorumluluğu geliştirmeyi içermektedir (119). Hastalara zaman tanınmalı, terapötik iletişim gibi doğru iletişim teknikleri kullanılmalıdır (98).



## **4. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu araştırmanın amacı; koroner arter hastaları ve yakınlarının spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu araştırma, kesitsel ve ilişki arayıcı desende yapıldı.

### **4.2. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **4.2.1. Bağımsız değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni hal, aile tipi, yaşadığı yer, tıbbi tanı, sigar-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, klinikte yatış süresi, tanı alma süresi ve hastalık ile ilgili endişelerin varlığı gibi değişkenler olarak belirlendi.

#### **4.2.2. Bağımlı değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ), Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Yetişkin Yaşam Doyumu ölçeğinden (YYDÖ) alınacak puanlar olarak belirlendi.

### **4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Çalışma 27.08.2024-15.01.2025 tarihleri arasında Mardin İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde yatan Koroner Arter Hastalığı tanısı almış bireyler ve yakınları ile yapıldı. Bu hastanenin seçilmesinde araştırmacının koroner arter hastalığı tanılı bireylere ulaşılabilmesi ve ekiple iş birliği yapılabilmesi göz önünde bulundurulmuştur.

### **4.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmaya koroner arter hastalığı tanısı konulmuş (miyokart enfarktüsü, akut koroner sendrom) hastalar ve birer yakını dahil edilmiştir. Araştırmanın evrenini; çalışmanın yapıldığı tarihlerde klinikte yatan ve çalışmanın kriterlerini karşılayan 233 hasta ve 233 hasta yakını oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, çoklu doğrusal regresyon analizinin gerektirdiği istatistiksel güç düzeyi temel alınarak belirlenmiştir. Orta düzeyde bir etki büyüklüğü ( $f^2 = 0.15$ ), %95 güven düzeyi ( $\alpha = 0.05$ ) ve %80 güç ( $1-\beta = 0.80$ ) hedeflenerek **G\*Power 3.1** yazılımı kullanılmış ve yapılan analiz sonucunda en az 77 bireyden oluşan bir örneklemin yeterli olacağı hesaplanmıştır (120). Bu doğrultuda, araştırmada her iki gruptan (koroner arter hastaları ve hasta yakınları) 233'er kişi olmak üzere toplam 466 katılımcıya ulaşılmıştır. Bu örneklem sayısı, analizlerin güvenilirliğini ve genellenebilirliğini artırmak açısından yeterlidir.

Katılımcılar, araştırma dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler arasından kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Klinik ortamda gerçekleştirilen araştırmalarda randomizasyonun zorlukları dikkate alındığında, bu yöntem ulaşılabilirlik ve uygulama açısından uygun görülmüştür.

#### **4.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri**

- Koroner Arter Hastalığı tanısı konulmuş,
- Koroner Arter Hastası tanılanmış bireyin yakını olan,
- 18 yaş ve üstü olan,
- Konuşma, işitme ve anlamada sorun yaşamayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul edenlerdir.

#### **4.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri**

- 18 yaşından küçük olan bireyler,
- Koroner arter hastalığı dışındaki ciddi akut veya kronik fiziksel hastalığı (örneğin, ileri düzey kanser, ağır organ yetmezlikleri vb.) bulunanlar,
- Ciddi psikiyatrik tanısı (şizofreni, bipolar bozukluk, ağır depresyon vb.) bulunanlar ve/veya aktif psikiyatrik tedavi görenler,
- Bilişsel işlev bozukluğu, demans, ileri düzey nörolojik hastalıklar gibi algılama ve anlama yetilerini etkileyen durumları olanlar,
- İletişim kurmada güçlük yaşayanlar (işitme kaybı, konuşma bozukluğu, ciddi dil bariyeri vb.),

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeyen veya onam vermeyen bireyler,
- Verilerini eksik-hatalı dolduran ve geçerli veri sağlamayan katılımcılar.

#### **4.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından oluşturulan Demografik Bilgi Formu, Spiritüel İyilik Hali Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği kullanıldı.

##### **4.5.1. Sosyo-demografik (katılımcı) bilgi formu**

Literatür taraması sonucunda hazırlanan, katılımcılar hakkında sosyo-demografik özellikler hastaların yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, eğitim durumu, medeni hal, çalışma durumu, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, hastaneye başvuru şekli, klinikte yatış süresi, tıbbi tanı, hastalığın ne zaman tanılandığı, mevcut sağlık algısı, hastalık ile ilgili endişe varlığı ve bu endişelerin neler olduğu olarak sorulan 20 soruluk bir form ve hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığının sorulduğu 11 soruluk formdur (5,7,109,112) (EK-1, EK-2).

##### **4.5.2. Spiritüel iyi oluş ölçeği (SİÖÖ)**

Ekşi ve Kardaş tarafından 2017 yılında 17 uzmanın görüşleri alınarak yetişkinlerin spiritüel iyi oluşlarının ölçülebilmesi amacıyla geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları, 865 yetişkin birey üzerinde uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, 29 maddeden oluşan ve 5'li Likert tipi yanıt formatı kullanılan bir yapı elde edilmiştir. Ölçek; aşkınlık, doğayla uyum ve anomi olmak üzere üç faktörlü bir yapı içermektedir. Likert ölçekte 1-5 arasında, 1-Bana hiç uygun değil, 2-Bana uygun değil, 3-Bana biraz uygun, 4- Bana oldukça uygun ve 5-Bana tamamen uygun anlamına gelmektedir. Ölçekten alınacak puanlar 29-145 arasındadır. Toplam puan alınması durumunda anomi alt boyutu altındaki maddeler ters olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri  $\alpha=0,886$ , aşkınlık alt boyutunda  $\alpha=0,953$ , doğayla uyum alt boyutunda  $\alpha=0,864$  ve anomi alt boyutunda ise

$\alpha=0,853$  olarak bulunmuştur (104) (EK-3). Bu çalışmada da SİOÖ Cronbach alfa katsayısı hastalarda 0,95, hasta yakınlarında 0,92 bulundu.

#### **4.5.3. Ölüm kaygısı ölçeği (ÖKÖ)**

Templer (1970) tarafından geliştirilen ölçek, Türkiye’de Akça ve Köse (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, doğru-yanlış formatında düzenlenmiş 15 maddeden oluşan ikili likert tiptedir. Yanıtlar için doğru seçenekler 1 puanla değerlendirilirken, yanlış yanıtlar puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puanlar 0 ile 15 aralığındadır, yüksek puanlar bireyin ölüm kaygısının daha yüksek düzeyde olduğunu gösterdiği şekilde yorumlanmaktadır. Ölçeğin test-tekrar test yöntemiyle belirlenen güvenilirlik katsayısı 0,79, Kuder-Richardson formülü kullanılarak hesaplanan iç tutarlılık katsayısı ise 0,75 olarak saptanmıştır (121,122) (EK-4). Bu çalışmada da ÖKÖ için Kuder Richardson 20 katsayısı hastalarda 0,82, hasta yakınlarında 0,84 bulundu.

#### **4.5.4. Yetişkin yaşam doyumu ölçeği (YYDÖ)**

YYDÖ, Kaba, Erol ve Güç tarafından Türk kültürüne uygun olarak geliştirilmiş, yetişkin bireylerin yaşam doyumlarını değerlendirmeyi amaçlayan 21 maddeli, 5'li Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır bunlar; genel yaşam doyumu, ilişki doyumu, benlik doyumu, sosyal çevre doyumu ve iş doyumudur. Elde edilebilecek toplam puanlar 21 ile 105 arasında değişmektedir, yüksek puanlar bireyin yaşamına ilişkin olumlu algılara sahip olduğuna işaret etmektedir. Ölçüt geçerliğine yönelik yapılan uygulama sonucunda ise YYDÖ ile Genel Yaşam Doyumu Ölçeği (Diener, Emmons, Laresen&Griffin, 1985) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $r=,67$ ,  $p <,01$ ), YYDÖ’nün güvenilirlik çalışmasında ölçekte bulunan 21 sorunun cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır (16,123) (EK-5). Bu çalışmada da YYDÖ için Cronbach alfa katsayısı hastalarda 0,90, hasta yakınlarında 0,91 bulundu.

#### **4.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmada verilerinin toplanması için, Sosyo-Demografik (Katılımcı) Bilgi Formu, Spiritüel İyilik Hali Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Yetişkin Yaşam Doyumu

Ölçeği kullanıldı. Çalışmanın verileri 15.10.2024-15.01.2025 tarihleri arasında Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde ile ulaşıldı. Hafta içi her gün, araştırmacı tarafından veriler katılımcılar ile bireysel, yüz yüze görüşme metodu kullanılarak toplandı. Her bir görüşme ortalama 20-30 dakika sürdü, anket ve ölçek soruları koroner arter hastalığı tanısı almış hastalara ve birer yakınlarına okunarak alınan cevaplar doğrultusunda işaretlemeler yapıldı.

#### **4.7. Verilerin Analizi**

Araştırma verileri SPSS 25.00 programında analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında sayı, yüzde, standart sapma, ortalama değerleri hesaplandı Ölçek puanlarının ve sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Kurtosis ve Skewness değerleri (-1,96 ile 1,96 aralığında) (124) analiz edilerek değerlendirildi ve ölçek puan ortalamalarının normal dağılım gösterdiği belirlendi. Bu nedenle ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi, klinikte yatış süresi normal dağılım göstermediğinden ölçek toplam puanları ile arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Gruplarda n=30 olan gruplara Kruskal Wallis ya da Mann Whitney U testi yapıldı. Ölçeklerin sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek amacıyla, ikili değişkenler için Student-t testi, üç ve daha fazla grubu içeren değişkenler için ANOVA testi uygulandı. ANOVA testinde anlamlı bulunan değişkenler için Post-hoc testlerinden Tukey testi yapıldı. Alkol kullanımı, aile tipi, çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişiler değişkenlerindeki gruplardaki kişi sayısının az olması nedeniyle nonparametrik testlerden Kruskal Wallis testi kullanıldı. ÖKÖ, SİOÖ toplam puanları ve hasta ya da yakını olmanın YYDÖ üzerine etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon yapıldı ve Enter metodu kullanıldı. SİOÖ ve YYDÖ iç tutarlılığının incelenmesinde Cronbach alfa katsayısı, ÖKÖ dikhotom olması nedeniyle iç tutarlılığının incelenmesinde Kuder Richardson 20 analizi kullanıldı. Tüm bulgular  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde incelendi.

#### **4.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmada Helsinki Bildirgesinin ilkelerine sadık kalındı. Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Başkanlığından (06.09.2024 tarih ve 769033 sayılı Olur'u) (EK-6) ve Mardin İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı (30.10.2024

tarihli ve E-90410089-799-234236292 sayılı belge) (EK-7). Çalışmaya başlamadan önce, ölçeklerin geçerlilik-güvenirliğini yapanlardan e-mail yoluyla izinler alındı (EK-8). Katılımcılara öncelikli olarak çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verildi. Daha sonra araştırmaya dâhil edilen bireylerin araştırma sürecine katılımları, ‘Helsinki Deklarasyon Prensipleri’ne uygun bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile gönüllülük ilkesi sağlandı, sözlü ve yazılı onamlar alındı. Yazılı onam vermek istemeyen katılımcılardan yalnızca sözlü onam alındı (EK-9).

#### **4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri**

##### **Güçlü Yönler**

Bu çalışma, hem koroner arter hastalarını hem de hasta yakınlarını aynı anda değerlendiren özgün bir yapıya sahiptir. Spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumunun birlikte incelenmesi literatürde sınırlı sayıda çalışmada ele alınmış olup, bu yönüyle alana katkı sağlamaktadır. Katılımcı sayısının yüksek olması (n=466) istatistiksel analizlerin güvenilirliğini artırmıştır. Veri toplama araçları olarak kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış, psikometrik açıdan uygun araçlar olması metodolojik güvenilirliği desteklemiştir. Bulgular, hemşirelik bakımında psikososyal bütüncül yaklaşımın önemini vurgulaması açısından klinik uygulamalara yol gösterici niteliktedir.

##### **Sınırlılıklar**

Araştırma kesitsel tasarımda yürütüldüğü için nedensel ilişkiler kurmak mümkün değildir. Çalışmanın tek merkezde (Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi) gerçekleştirilmiş olması sonuçların farklı popülasyonlara genellenebilirliğini sınırlayabilir. Verilerin özbildirim yoluyla toplanmış olması sosyal beğenirlik yanlılığı ve yanıt hataları riski taşımaktadır. Psikososyal değişkenlerin bireylerin kültürel, dini ve sosyoekonomik arka planlarından etkilenebileceği dikkate alınmalıdır. Uzunlamasına izlem yapılmaması, değişkenler arasındaki ilişkilerin zaman içindeki dinamiklerini ortaya koymayı engellemiştir.

## 5. BULGULAR

**Tablo 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=233)

Özellikler	Ortalama (SS)
<b>Yaş</b>	56,77 (11,47) <b>Minimum-Maximum</b> 26-81
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>
Kadın	83 (35,6)
Erkek	150 (64,4)
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	212 (91)
Bekar/Dul	21 (9)
<b>Eğitim</b>	
Okuryazar değil	60 (25,8)
Okuryazar	42 (18)
İlkokul	53 (22,7)
Ortaokul	28 (12)
Lise	32 (13,7)
Üniversite ve Üzeri	18 (7,7)
<b>Yaşadığı Yer</b>	
İl	77 (33)
İlçe	102 (43,8)
Köy	52 (22,3)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	91 (39,1)
Çalışmıyor	113 (48,5)
Emekli	29 (12,4)
<b>Aile Tipi</b>	
Çekirdek	179 (76,8)
Geniş	54 (23,2)
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>
Eş ve/veya Çocuklar	190 (81,5)
Yalnız	5 (2,1)
Ebeveyn	5 (2,1)
Diğer	33 (14,2)

**SS: Standart Sapma**

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik değişkenleri Tablo 1 'de verildi. Hastaların yaş ortalaması 56,77 (11,47) ve %64,4'ü erkekti. Eğitim düzeyleri incelendiğinde %25,8'inin okuryazar olmadığı, %91'inin evli ve %43,8'inin ilçede yaşadığı belirlendi. Hastaların %48,5'inin gelir getiren işte çalışmadığı, %76,5'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %81,5'inin eşi ve çocukları ile yaşadığı saptandı. Diğerleri ile yaşayan hastaların sadece çocukları, eş çocuk ve torunları ile yaşadığı belirlendi.

**Tablo 2.** Hastaların Fiziksel Sağlık ile İlişkili Özellikleri

Özellikler	n (%)
<b>Sigara Kullanımı</b>	
Var	110 (47,2)
Yok	89 (38,2)
Bırakmış	34 (14,6)
<b>Alkol Kullanımı</b>	
Var	6 (2,6)
Yok	220 (94,4)
Bırakmış	7 (3,0)
<b>Kronik Hastalık</b>	
Var	140 (60,1)
Yok	93 (39,9)
<b>Sağlık Algısı</b>	50 (83,3)
Kötü	22 (9,4)
Orta	113 (48,5)
İyi	98 (42,1)
<b>Umutsuzluk</b>	
Var	102 (43,8)
Yok	131 (56,2)
<b>Hastalıkla İlgili Endişe</b>	
Var	114 (48,9)
Yok	119 (51,1)
<b>Hastalıklar ilgili Endişeler*</b>	
Tedavi ile ilgili	61 (26,2)
Maliyet ile ilgili	17 (7,3)
Bakım Verecek Kişiler ile ilgili	33 (14,2)
Yetersizlik Hissi	38 (16,3)
	<b>Ortalama (SS)</b>
<b>Klinik yatış süresi (gün)</b>	1,82 (1,02)
	<b>Minimum-Maksimum</b>
	1-7
<b>KAH Tam süresi</b>	<b>n (%)</b>
6 aydan kısa	124 (53,2)
6 ay-1 yıl	21 (9)
1-2 yıl	22 (9,4)
2 yıl ve üzeri	66 (28,3)

**SS: Standart Sapma, KAH: Koroner Arter Hastalığı, \*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Hastaların fiziksel sağlık ile ilgili özellikleri Tablo 2 'de verildi. Hastaların %47,2'si sigara ve %2,6'sı alkol kullanmaktaydı. Hastaların %60,1'i kronik bir fiziksel hastalığa sahipti. En sık görülen fiziksel hastalıklar hipertansiyon, diyabetus mellitus ve romatizmal hastalıklardı. Hastaların %48,5'i sağlığını orta düzeyde

algıladığı, %43,8'inin hastalık ile ilgili umutsuzluk ve %48,9'u endişe yaşadığını belirtti. Endişe yaşayan hastaların endişe kaynakları sorgulandığında %26,2'si tedavi, %16,3'ü yetersizlik hissi ve %14,2'si bakım verecek kişi ile ilgili endişeleri olduğunu ifade etti. Hastaların ortalama 1,82 (1,02) gün klinikte yatarak tedavi gördüğü ve %53,2'sinin Koroner Arter Hastalığı (KAH) tanı süresinin 6 aydan kısa olduğu belirlendi.

**Tablo 3.** Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri (n=233)

Özellikler	Ortalama (SS)
<b>Yaş</b>	39,31 (13,68) <b>Minimum-Maksimum</b> 18-76
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>
Kadın	132 (56,7)
Erkek	101 (43,3)
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	176 (75,5)
Bekar/Dul	57 (24,5)
<b>Eğitim</b>	
Okuryazar değil	26 (11,2)
Okuryazar	44 (18,9)
İlkokul	29 (12,4)
Ortaokul	30 (12,9)
Lise	53 (22,7)
Üniversite ve Üzeri	18 (7,7)
<b>Yaşadığı Yer</b>	
İl	78 (33,5)
İlçe	108 (46,4)
Köy	47 (20,2)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	141 (60,5)
Çalışmıyor	84 (36,1)
Emekli	8 (3,4)
<b>Aile Tipi</b>	
Çekirdek	175 (75,1)
Geniş	56 (24)
Diğer	2 (0,9)
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>
Eş ve/veya Çocuklar	155 (66,5)
Yalnız	5 (2,1)
Ebeveyn	55 (23,6)
Diğer	18 (7,7)

**SS: Standart Sapma**

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının sosyodemografik değişkenleri Tablo 1 'de verildi. Hasta yakınlarının yaş ortalaması 39,31 (13,68) ve %56,7'si kadındı. Eğitim

düzeyleri incelendiğinde %22,7'sinin lise mezunu olduğu, %75,5'inin evli ve %46,4'ünün ilçede yaşadığı belirlendi. Hasta yakınlarının %60,5'inin gelir getiren çalıştığı, %75,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %66,5'inin eşi ve çocukları ile yaşadığı saptandı.

**Tablo 4.** Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlık ile İlgili Özellikleri (n=233)

Özellikler	n (%)
<b>Sigara Kullanımı</b>	
Var	96 (41,2)
Yok	126 (54,1)
Bırakmış	11 (4,7)
<b>Alkol Kullanımı</b>	
Var	10 (4,3)
Yok	219 (94)
Bırakmış	4 (1,7)
<b>Kronik Hastalık</b>	
Var	53 (22,7)
Yok	180 (77,3)

Hasta yakınlarının fiziksel sağlık ile ilgili özellikleri Tablo 4'te gösterildi. Hasta yakınlarının %54,1'inin sigara, %94'ünün alkol kullanmadığı ve %77,3'ünün kronik fiziksel hastalığı olmadığı saptandı. Kronik fiziksel hastalıklar incelendiğinde sıklıkla hipertansiyon, diyabet, astım ve tiroid fonksiyon bozuklukları olduğu belirlendi.

**Tablo 5.** Hasta ve Hasta Yakınlarının Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hasta		Hasta Yakını		Test	p
	Ortalama (SS)	Minimum-Maksimum	Ortalama (SS)	Minimum-Maksimum		
SİÖÖ	131,12 (13,70)	73-145	129,03 (13,15)	88-145	t: 1,68	0,93
ÖKÖ	8,09 (3,94)	0-15	9,95 (3,96)	1-15	<b>t: -2,35</b>	<b>0,01</b>
YYDÖ	80,33 (12,51)	42-105	78,88 (13,09)	37-105	t: 1,22	0,22

**t: Bağımsız Gruplar t Testi**

Hasta ve hasta yakınlarının ölçek puanları Tablo 5'de gösterildi. Gruplar arası fark Bağımsız gruplar t testi ile yapıldı ve iki grup arasında yalnızca ÖKÖ toplam puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hasta yakınlarının ÖKÖ puanları hastalardan anlamlı şekilde daha yüksekti (Tablo 5).

**Tablo 6.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama (SS)	SİÖÖ	ÖKÖ	YYDÖ
<b>Yaş</b>	56,77 (11,47)	<b>r: 0,18</b> <b>p: 004</b>	r: -0,11 p: 0,86	r: 0,04 p: 0,53
<b>Cinsiyet</b>		<b>Ortalama (SS)</b>	<b>Ortalama (SS)</b>	<b>Ortalama (SS)</b>
Kadın	83 (35,6)	131,43 (13,49)	7,34 (3,76)	78,50 (13,45)
Erkek	150 (64,4)	130,95 (13,85)	9,45 (3,91)	81,35 (11,89)
<b>Test/p</b>		t: -0,25 p: 0,79	<b>t: -4,05</b> <b>p&lt;0,01</b>	t: 1,66 p: 0,09
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	212 (91)	131,74 (12,86)	8,18 (3,93)	80,96 (11,89)
Bekar/Dul	21 (9)	124,90 (19,65)	7,14 (3,99)	74,00 (16,68)
<b>Test/p</b>		Z: -1,23 p: 0,36	Z: -1,09 p: 0,27	Z: -1,76 p: 0,78
<b>Eğitim</b>				
Okuryazar değil	60 (25,8)	132,60 (11,05)	9,01 (4,26)	78,050 (13,25)
Okuryazar	42 (18)	130,64 (13,61)	8,28 (4,15)	82,00 (11,22)
İlkokul	53 (22,7)	133,75 (11,12)	7,96 (3,78)	82,16 (12,30)
Ortaokul	28 (12)	129,14 (16,84)	7,67 (3,45)	77,21 (11,50)
Lise	32 (13,7)	127,87 (15,49)	7,53 (3,80)	81,75 (10,96)
Üniversite ve Üzeri	18 (7,7)	128,44 (18,96)	6,61 (3,44)	81,05 (16,60)
<b>Test/p</b>		X <sup>2</sup> : 4,23 p: 0,51	X <sup>2</sup> : 6,46 p: 0,26	X <sup>2</sup> : 8,73 p: 0,13
<b>Yaşadığı Yer</b>				
İl	77 (33)	128,54 (16,92)	8,09 (3,96)	78,66 (14,18)
İlçe	102 (43,8)	132,42 (12,26)	7,95 (3,96)	81,96 (10,99)
Köy	52 (22,3)	131,98 (10,48)	8,51 (3,92)	79,36 (12,69)
<b>Test/p</b>		F: 1,92 p: 0,14	F: 0,36 p: 0,69	F: 1,70 p: 0,18
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	91 (39,1)	129,04 (16,11)	8,09 (3,97)	80,85 (11,56)
Çalışmıyor	113 (48,5)	131,69 (12,03)	8,28 (4,01)	78,65 (13,72)
Emekli	29 (12,4)	135,41 (10,29)	7,34 (3,60)	85,27 (8,77)
<b>Test/p</b>		X <sup>2</sup> : 3,76 p: 0,15	X <sup>2</sup> : 1,62 p: 0,44	X <sup>2</sup> : 5,86 p: 0,05
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek	179 (76,8)	132,45 (13,83)	7,91 (3,86)	81,64 (12,03)

Geniş	54 (23,2)	126,70 (12,38)	9,08 (4,17)	76,01 (13,20)
<b>Test/p</b>		<b>t: 2,74</b> <b>p: 0,007</b>	t: -1,29 p: 0,19	<b>t: 2,94</b> <b>p: 0,004</b>
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>			
Eş ve/veya Çocuklar <sup>1</sup>	190 (81,5)	131,66 (13,10)	8,24 (3,98)	81,04 (12,03)
Yalnız <sup>2</sup>	5 (2,1)	114,20 (27,86)	6,00 (4,63)	64,20 (17,62)
Ebeveyn <sup>3</sup>	5 (2,1)	112,20 (17,74)	9,20 (2,28)	66,00 (13,96)
Diğer <sup>4</sup>	33 (14,2)	133,48 (10,05)	7,39 (3,72)	80,90 (11,87)
<b>Test/p</b>		<b>KW: 8.84</b> <b>p:0,03</b> 1>2 1>3 4>2 4>3	KW: 3,16 p: 0,36	<b>KW: 10,35</b> <b>p:0,01</b> 1>2 1>3 4>2

(Tablo 6'nın devamı)

**SS: Standart Sapma, t: Student t test, F: ANOVA, Z: Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal Wallis Testi, SİÖÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği, YYDÖ: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği**

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 6'da verildi. Hastaların yaşları ve SİÖÖ arasında pozitif zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Katılımcıların ÖKÖ toplam puan bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptandı. Erkeklerin ÖKÖ toplam puan ortalaması kadınlardan yüksekti. Hastaların aile tipi bakımından SİÖÖ toplam puanlarının anlamlı şekilde değiştiği; çekirdek tipte ailesi olanların geniş tipte ailesi olanlara göre SİÖÖ toplam puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi. Birlikte yaşanan kişiler değişkenine göre SİÖÖ ve YYDÖ toplam puanlarının gruplar arasında farklılık gösterdiği belirlendi. Buna göre eş ve çocukları ile yaşayanların yalnız ve ebeveynlerle yaşayanlara göre; diğerleri ile yaşayanların yine yalnız ve ebeveynleri ile yaşayanlara göre SİÖÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel anlamda yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde eş ve çocukları ile yaşayanların yalnız ve ebeveynleri ile yaşayanlara göre; diğerleri ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre YYDÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu. Diğer değişkenler bakımından gruplar arasında fark saptanmadı.

**Tablo 7.** Hastaların Fiziksel Sağlık ile İlgili Özelliklerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	SİÖÖ Ortalama (SS)	ÖKÖ Ortalama (SS)	YYDÖ Ortalama (SS)
<b>Sigara Kullanımı</b>				
Var <sup>1</sup>	110 (47,2)	129,67 (14,16)	8,27 (3,95)	79,86 (12,23)
Yok <sup>2</sup>	89 (38,2)	131,79 (12,54)	9,40 (3,93)	79,48 (13,15)
Bırakmış <sup>3</sup>	34 (14,6)	134,05 (14,83)	9,81 (3,78)	84,11 (11,31)
<b>Test/p</b>		F: 1,51 p: 0,22	<b>F: 3,76</b> <b>p:0,02</b> <b>2&gt;3</b>	F: 1,85 p: 0,16
<b>Alkol Kullanımı</b>		<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>
Var	6 (2,6)	63,17	116,50	98,17
Yok	220 (94,4)	119,00	116,84	116,69
Bırakmış	7 (3,0)	100,43	122,43	143,00
<b>Test/p</b>		KW: 4,45 p: 0,10	KW: 0,47 p: 0,97	KW: 1,51 p: 0,46
<b>Kronik Hastalık</b>				
Var	140 (60,1)	132,67 (13,05)	8,07 (3,85)	80,52 (12,35)
Yok	93 (39,9)	128,79 (14,37)	8,12 (4,09)	80,06 (12,82)
<b>Test/p</b>		<b>t: 2,13</b> <b>p: 0,03</b>	t: -0,10 p: 0,91	t: 0,27 p:0,78
<b>Sağlık Algısı</b>				
Kötü <sup>1</sup>	22 (9,4)	124,27 (12,58)	9,09 (4,25)	69,45 (11,16)
Orta <sup>2</sup>	113 (48,5)	129,42 (13,26)	8,50 (4,04)	79,75 (11,89)
İyi <sup>3</sup>	98 (42,1)	134,62 (13,60)	7,39 (3,66)	83,45 (12,13)
<b>Test/p</b>		<b>KW: 21,28</b> <b>p&lt;0,001</b> <b>3&gt;1</b> <b>3&gt;2</b>	KW: 5,32 p: 0,07	<b>KW: 23,24</b> <b>p&lt;0,001</b> <b>3&gt;1</b> <b>2&gt;1</b>
<b>Umutsuzluk</b>				
Var	102 (43,8)	127,30 (15,00)	9,21 (4,04)	76,18 (12,36)
Yok	131 (56,2)	134,09 (11,82)	7,22 (3,64)	83,57 (11,49)
<b>Test/p</b>		<b>t: -3,75</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>t: 3,94</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>t: -4,66</b> <b>p&lt;0,001</b>
<b>Hastalıkla İlgili Endişe</b>				
Var	114 (48,9)	128,71 (14,33)	8,85 (3,97)	77,97 (12,03)
Yok	119 (51,1)	133,42 (12,70)	7,36 (3,79)	82,06 (12,59)
<b>Test/p</b>		<b>t: -2,65</b> <b>p: 0,008</b>	<b>t: 1,50</b> <b>p: 0,004</b>	<b>t: -2,86</b> <b>p:0,005</b>
	<b>Ortalama (SS)</b>			
<b>Klinik yatış süresi (gün)*</b>	1,82 (1,02)	r: 0,22 p: 0,73	r:-0,63 p: 0,34	r: 0,05 p: 0,40
<b>KAH Tanı süresi</b>	<b>n (%)</b>			
6 aydan kısa <sup>1</sup>	124 (53,2)	130,79 (14,45)	7,67 (3,43)	80,83 (12,35)
6 ay-1 yıl <sup>2</sup>	21 (9)	128,52 (13,04)	6,90 (4,38)	81,04 (11,31)
1-2 yıl <sup>3</sup>	22 (9,4)	128,13 (14,07)	9,72 (4,26)	75,36 (14,27)
2 yıl ve üzeri <sup>4</sup>	66 (28,3)	133,57 (13,70)	8,71 (4,39)	80,83 (12,47)
<b>Test/p</b>		KW: 4,91	<b>KW: 8,07</b>	KW: 4,32

		p: 0,17	p: 0,04 3>2	p: 0,22
--	--	---------	----------------	---------

(Tablo 7'nin devamı)

**SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Gruplarda t Testi, F: ANOVA, KW: Kruskal Wallis Testi, \*Spearman Korelasyon testi, p.0,01 düzeyinde anlamlıdır, SİOÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği, YYDÖ: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği**

Hastaların fiziksel sağlık ile ilgili özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması Tablo 7'de verildi. Sigara kullanımı bakımından ÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark belirlendi. Sigara kullanmayı bırakanların sigara kullananlara göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksekti. Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre SİOÖ toplam puanları anlamlı şekilde yüksekti. Sağlık algısı bakımından SİOÖ ve YYDÖ toplam puanlarının gruplar arasında değiştiği, sağlığını iyi algılayanların SİOÖ toplam puanlarının orta ve kötü algılayanlardan; YYDÖ toplam puanları sağlığını orta algılayanların kötü algılayanlardan ve sağlığını iyi algılayanların kötü algılayanlardan anlamlı şekilde yüksekti. Hastalık ile ilgili umutsuzluk yaşamayanların yaşayanlara göre hem SİOÖ ve YYDÖ toplam puanı istatistiksel olarak yüksek, ÖKÖ toplam puanı anlamlı şekilde düşüktü. Hastalık ile ilgili endişe yaşamayanların ise SİOÖ ve YYDÖ toplam puanlarının yaşayanlara göre istatistiksel olarak yüksek; ÖKÖ puanlarının ise istatistiksel olarak düşük olduğu belirlendi. KAH tanı süresi 1-2 yıl olan hastaların 6 ay-1 yıl olan hastalara göre ÖKÖ toplam puanları istatistiksel olarak daha yüksekti. Diğer değişkenler bakımından gruplar arasında fark saptanmadı.

**Tablo 8.** Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama (SS)	SİOÖ Ortalama (SS)	ÖKÖ Ortalama (SS)	YYDÖ Ortalama (SS)
<b>Yaş</b>	39,31 (13,68)	r: 0,71 p: 0,28	r: 0,06 p: 0,34	r: -0,05 p: 0,94
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>			
Kadın	132 (56,7)	127,82 (12,80)	7,70 (4,11)	77,96 (12,96)
Erkek	101 (43,3)	130,60 (13,51)	9,91 (3,56)	80,07 (13,23)
<b>Test/p</b>		t: 1,66 p: 0,11	<b>t: -4,38</b> <b>p&lt;0,001</b>	t: 1,21 p: 0,22
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	176 (75,5)	129,46 (12,95)	9,12 (3,91)	79,29 (12,56)
Bekar/Dul	57 (24,5)	127,70 (13,78)	8,43 (4,09)	77,64 (14,66)
<b>Test/p</b>		t: 0,87	t: 1,13	t: 0,82

		p: 0,38	p: 0,25	p: 0,41
<b>Eğitim</b>				
Okuryazar değil <sup>1</sup>	26 (11,2)	131,07 (10,60)	10,03 (4,04)	74,76 (15,06)
Okuryazar <sup>2</sup>	44 (18,9)	123,20 815,32)	9,56 (4,01)	76,95 (11,66)
İlkokul <sup>3</sup>	29 (12,4)	133,62 (10,75)	9,31 (4,18)	81,67 (12,95)
Ortaokul <sup>4</sup>	30 (12,9)	131,80 (14,55)	7,76 (4,34)	79,93 (15,40)
Lise <sup>5</sup>	53 (22,7)	129,83 (12,35)	8,90 (3,92)	78,41 (12,69)
Üniversite ve Üzeri <sup>6</sup>	18 (7,7)	127,94 (12,16)	8,43 (3,45)	81,00 (12,00)
<b>Test/p</b>		KW: 7,52 p: 0,18	KW: 7,44 p: 0,19	<b>KW: 13,18</b> <b>p: 0,02</b> <b>6&gt;1</b> <b>6&gt;2</b>
<b>Yaşadığı Yer</b>				
İl	78 (33,5)	128,56 (12,83)	8,58 (4,00)	78,81 (13,79)
İlçe	108 (46,4)	129,12 (13,74)	9,04 (4,09)	79,97 (11,40)
Köy	47 (20,2)	129,59	9,36 (3,61)	76,51 (15,37)
<b>Test/p</b>		F: 0,09 p: 0,91	F: 0,60 p: 0,54	F: 1,14 p: 0,31
<b>Çalışma Durumu</b>		<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>
Çalışıyor <sup>1</sup>	141 (60,5)	116,70	102,73	120,99
Çalışmıyor <sup>2</sup>	84 (36,1)	116,83	140,90	109,88
Emekli <sup>3</sup>	8 (3,4)	124,06	117,44	114,31
<b>Test/p</b>		KW: 0,09 p: 0,95	<b>KW: 16,99</b> <b>p&lt;0,001</b> <b>2&gt;1</b>	KW: 1,65 p: 0,43
<b>Aile Tipi</b>		<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>
Çekirdek <sup>1</sup>	175 (75,1)	124,38	118,84	123,19
Geniş <sup>2</sup>	56 (24)	93,93	111,14	98,21
Diğer <sup>3</sup>	2 (0,9)	117,00	120,00	46,50
<b>Test/p</b>		<b>KW: 8,67</b> <b>p: 0,01</b> <b>1&gt;2</b>	KW: 0,56 p: 0,75	<b>KW: 8,07</b> <b>p: 0,01</b> <b>1&gt;2</b>
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>
Eş ve/veya Çocuklar	155 (66,5)	122,83	122,03	118,81
Yalnız	5 (2,1)	106,20	94,40	98,60
Ebeveyn	55 (23,6)	103,65	111,33	117,66
Diğer	18 (7,7)	110,58	97,31	98,19
<b>Test/p</b>		KW: 3,61 p: 0,30	KW: 3,73 p: 0,33	KW: 1,89 p: 0,59

(Tablo 8'in devamı)

SS: Standart Sapma, r: Pearson Korelasyon, t: Bağımsız Gruplarda t Testi

F: ANOVA, KW: Kruskal Wallis Testi, SİOÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği, YYDÖ: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği

Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verildi. Erkek hasta yakınlarının kadın hasta yakınlarına göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları istatistik olarak yüksekti. Eğitim düzeyleri bakımından YYDÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptandı. Üniversite ve üzeri mezunu olanların okuryazar olan ve olmayanlardan YYDÖ toplam puanı istatistiksel olarak yüksekti. Çalışmayan hasta yakınlarının çalışan hasta yakınlarına göre ÖKÖ toplam puanları anlamlı derecede yüksekti. Aile tipi bakımından çekirdek aileye sahip olanların, geniş aileye sahip olanlardan SİOÖ ve YYDÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı.

**Tablo 9.** Hasta Yakınlarının Fiziksel Sağlık ile İlgili Özelliklerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	SİOÖ Ortalama (SS)	ÖKÖ Ortalama (SS)	YYDÖ Ortalama (SS)
<b>Sigara Kullanımı</b>		<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>
Var	96 (41,2)	109,28	105,11	109,24
Yok	126 (54,1)	120,43	124,76	122,97
Bırakmış	11 (4,7)	145,09	131,86	106,32
<b>Test/p</b>		KW: 3,50 p: 0,17	KW: 5,22 p: 0,07	KW: 2,54 p: 0,28
<b>Alkol Kullanımı</b>		<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Mean Rank</b>
Var <sup>1</sup>	10 (4,3)	47,25	108,55	62,95
Yok <sup>2</sup>	219 (94)	119,81	117,79	118,93
Bırakmış <sup>3</sup>	4 (1,7)	137,50	94,88	117,75
<b>Test/p</b>		<b>KW: 11,47</b> <b>p:0,003</b> <b>2&gt;1</b> <b>3&gt;1</b>	KW: 0,62 p: 0,73	<b>KW: 6,66</b> <b>p: 0,03</b> <b>2&gt;1</b>
<b>Kronik Hastalık</b>		<b>Ortalama (SS)</b>	<b>Ortalama (SS)</b>	<b>Ortalama (SS)</b>
Var	53 (22,7)	129,20 (12,79)	9,81 (3,90)	76,54 (12,42)
Yok	180 (77,3)	128,97 (13,29)	8,70 (3,95)	79,58 (13,24)
<b>Test/p</b>		t: 0,11 p: 0,91	t: 1,79 p: 0,07	t: -1,48 p: 0,13

**SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Gruplarda t Testi, KW: Kruskal Wallis Testi, SİOÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği, YYDÖ: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği**

Hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında, alkol kullanımına göre SİOÖ ve YYDÖ puanlarının istatistiksel olarak değiştiği belirlendi. Alkol kullanmayanların alkol kullananlara göre SİOÖ ve YYDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (Tablo 9,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 10.** Hasta ve Hasta Yakınlarının Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	SİOÖ	ÖKÖ	YYDÖ
<b>Hastaların Ölçek Puanları</b>			
SİOÖ	-	r: -0,16** p: 0,01	r: 0,53* p: <0,001
ÖKÖ	r: -0,16** p: 0,01	-	r: -0,25* p: <0,001
YYDÖ	r: 0,53* p: <0,001	r: -0,25* p: <0,001	-
<b>Hasta Yakınlarının Ölçek Puanları</b>			
SİOÖ	-	r: -0,11** p: 0,01	r: 0,53* p: <0,001
ÖKÖ	r: -0,11** p: 0,01	-	r: -0,23* p: <0,001
YYDÖ	r: 0,53* p: <0,001	r: -0,23* p: <0,001	-

**\*Korelasyon  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlıdır. \*\*Korelasyon  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır, SİOÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği, YYDÖ: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği**

Yapılan Pearson korelasyon analizine göre hem hasta hem de hasta yakınlarının ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Hastaların SİOÖ toplam puan ortalamaları ile ÖKÖ puanları arasında negatif ve çok zayıf; SİOÖ toplam puan ortalamaları ve YYDÖ puanları arasında ise pozitif ve orta dereceli anlamlı ilişki saptandı. Benzer şekilde hasta yakınlarının ölçek puanları arasında da SİOÖ toplam puan ortalamaları ile ÖKÖ puanları arasında negatif ve çok zayıf; SİOÖ toplam puan ortalamaları ve YYDÖ puanları arasında ise pozitif ve orta dereceli anlamlı ilişki saptandı. Hem hastaların hem de hasta yakınlarının ÖKÖ ve YYDÖ

toplam puan ortalamaları arasında negatif ve zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Tablo 10).



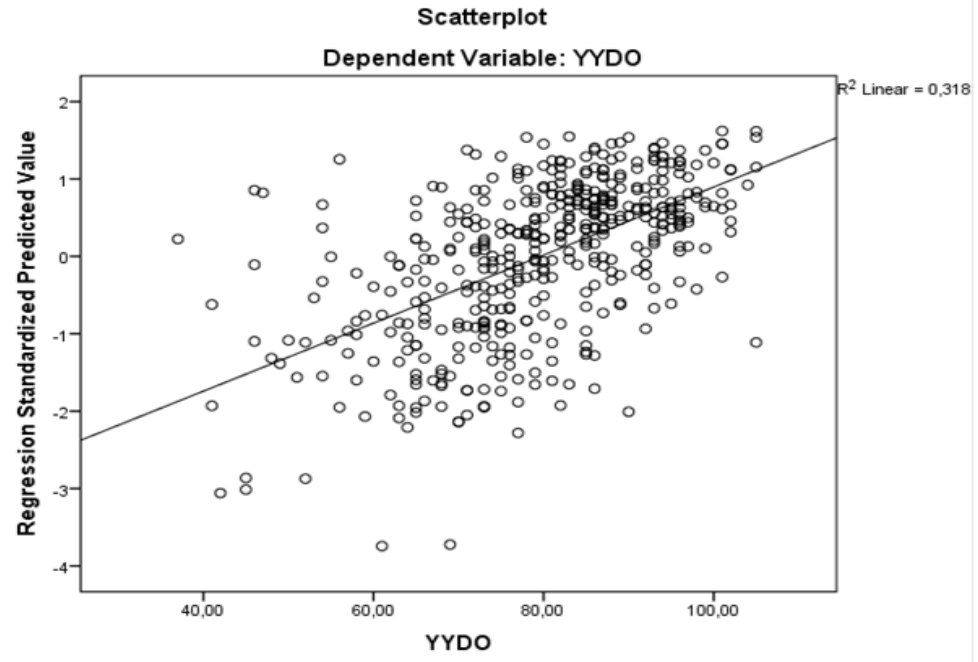
**Tablo 11.** Hasta ve Hasta Yakını Olma ile Ölçek Puanlarının YYDÖ üzerine etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	B	β	t	P
YYDÖ	Sabit	21,33		3,98	<0.001
	ÖKÖ	-0,59	-0,18	-4,07	<0.001
	SİOÖ	0,48	0,51	13,12	<0.001
	Grup	0,32	0,00	0,32	0.97
Model (p)<0.001			R <sup>2</sup> : 0.31		

**SİOÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği, YYDÖ: Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği**

SİOÖ ve ÖKÖ toplam puanları ile hasta ya da hasta yakını olmanın YYDÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan basit doğrusal çoklu regresyon analizinde, Enter yöntemi kullanıldı ve kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F:71,48, p<0,001). Buna göre YYDÖ'nün belirleyicisi olarak (açıklayıcılık gücünün) hasta ya da hasta yakını olmaktan ziyade, SİOÖ ve ÖKÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (R<sup>2</sup>=0,31). Bu modelde SİOÖ ve ÖKÖ'nün YYDÖ'nün %31'ini açıkladığı belirlendi (Adjusted R Square = 0,31) (Tablo 11).

Basit doğrusal çoklu regresyon analizinin varsayımının test edilmesinde Scatter Plot kullanıldı. YYDÖ bağımlı değişken ve ÖKÖ, SİOÖ ve grup değişkeni regresyon standardize beklenen belirleyici değer olarak alındı. Scatter Plotta R<sup>2</sup>: 0,31 olarak çizildi (Şekil 2).



Şekil 2 Basit doğrusal çoklu regresyon analizinin varsayımının test edilmesinde Scatter Plot

## 6. TARTIŞMA

Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 56,77 (11,47), çoğunluğu erkek, evli, dörtte birinin okuryazar olmadığı, yarıya yakınının gelir getiren bir işte çalışmadığı saptandı. Literatürde KAH olan hastaların yaş ortalaması 58-68 (111, 125-128), çoğunluğunun erkek olduğu (126-129) görülmektedir. Erkeklerde KVH görülme sıklığının, kadınlara kıyasla daha yüksek olmasının nedeni olarak, menopoz öncesi dönemde kadınlarda östrojenin çeşitli mekanizmalarla sunduğu kardiyoprotektif (kalp koruyucu) etkiler olduğu düşünülmektedir. Kadınların menopoz öncesindeki güçlü biyolojik savunma mekanizması, KAH semptomlarının ortaya çıkışını on yıldan fazla gecikmesine neden olabilir (30, 130, 131). Bununla birlikte erkeklerde fazla olan sigara kullanımı, nikotinin akut zararlı kardiyovasküler etkileri (130) KAH görülme riskini artırmaktadır (123). Hastaların çoğunluğunun evli %63-84,6 (111, 125, 133, 134) olduğu, eğitim durumunun %48,5'inin ilköğretim mezunu (123), %42'si üniversite eğitimi almış (135), %62,6 liseyi bitirmemiş (133), %61,6 ilköğretim mezunu (111) olduğu görülmektedir. Çalışmalarda hastaların farklı eğitim durumuna sahip olmasının sebebi olarak, çalışmaların farklı sosyoekonomik duruma sahip bireylerle yapılmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların %42-62'sinin çalışmadığı belirlenmiştir (125, 136, 137). Bu çalışmanın sosyodemografik verileri literatür ile uyumludur.

Hastaların %53,2'sinin KAH tanı süresinin 6 aydan kısa olduğu belirlendi. Hastaların yarıya yakını sigara kullanmaktaydı. Hastalarda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabetes mellitus ve romatizmal hastalıklardır. Hastaların yarıya yakını sağlığını orta düzeyde algıladığı, hastalık ile ilgili umutsuzluk ve endişe yaşadıkları belirlendi. Endişe yaşayan hastaların endişe kaynaklarının tedavi, yetersizlik hissi ve bakım verecek kişi ile ilgili olduğu saptandı. Literatürde KAH tanı süresini inceleyen çalışma sayısı kısıtlı olmakla birlikte MI hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların %25'inin ilk kez MI geçiren bireyler olduğu tespit edilmiştir (135). Stabil anjina tanılı KAH olan hastalarla hastaların fonksiyonel durumunu incelemek amacıyla 660 hasta ile yapılan bir çalışmada ise hastaların yaklaşık yarısının daha önce MI geçirdiği belirlenmiştir (129). Ayrıca Türkiye'de yapılan bir tez çalışmasında KAH olan hastaların %22,3 tanı süresi 1 yıldan az olarak tespit edilmiştir

(136). Hastaların sigara içme durumu farklılık göstermektedir, Kirchberger vd. (2014) çalışmasında hastaların %36,9'unun sigara içtiği belirlenmiştir (138). Benzer olarak Kelli vd. (2019) hastalarının %36'sının sigara içtiği görülmektedir (135). Huber vd. (2020) Alman kalp yaşam kalitesi anketinin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada ise hastaların yalnızca %14,1'inin sigara içtiği görülmüştür (133). Ayrıca Gür ve Sunal'ın (2019) 305 KAH olan hasta ile yaptıkları çalışmada ise hastaların yarıya yakınının sigara içtiği belirlendi (125). Benzer olarak Hou vd. (2019) yaptıkları çalışmada ve Bayındır'ın (2021) tez çalışmasında hastaların yarısından çoğunun sigara içtiği veya bıraktığı görülmüştür ve bu çalışmanın sonuçları ile uyumludur (139, 136). Çalışmalarda sigara içme durumunun farklı olmasının çalışmaların farklı topluluklarda yapılmış olmasının buna bağlı olarak kültürel/sosyodemografik etmenlerin; rol modellerin ve toplumsal normların farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların ek kronik hastalıkları incelendiğinde, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi ek kronik hastalıkların eşlik ettiği görülmektedir. Literatürde diyabet, hastalarda ek kronik hastalık olarak %14,4-48 arasında görülmektedir (133, 136). Ek kronik hastalık olarak HT, KAH hastaların yarısı ve daha fazlasında görülmektedir (127, 135, 139). Çalışmamıza paralel olarak literatürde KAH olan hastalarının çoğunun ek kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Hastaların sağlık algısı incelendiğinde Dugunchi vd. (2024) KAH olan hastaların ilaç uyumu, hastalık algısı ve bu bireyler arasında hastalığın kendisinin kabul edilme düzeyi arasındaki bağlantıyı incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların orta düzeyde hastalık algısına sahip olduklarını ve hastalıklarının düşük ila orta düzeyde kabul ettikleri belirlenmiştir (140). Nouri vd. (2024) tarafından KAH tanısı alan hastaların hastalık algılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise hastaların çoğunun koroner arter hastalığına ilişkin olumsuz bir algıya sahip olduğu tespit edilmiştir (141). KAH olan hastaların endişe durumu incelendiğinde Huber vd. (2020) çalışmasında, hastaların %30'unun endişeli olduğu belirlenmiştir (133). Ayrıca yapılan bir çalışmada, hastaların ölüm veya başka bir akut miyokard enfarktüsü (AMI) olayı kaygısının, yaşamlarına hakim olduğu belirlenmiştir. Daha çok 35-52 yaş ve geniş ailevi yükümlülükleri olan hastalar arasında, kimliğini ve sosyal rolünü kaybetme korkusu nedeniyle artan psikososyal stres tespit edilmiştir (142). MI sonrasında hastaların duygusal tepkilerini ve duygusal sıkıntılarını nasıl yönettiklerini araştıran

bir çalışmada, hastaların iş stresiyle başa çıkma, gelecekteki sağlık durumları ve sevdiklerinin durumu hakkında endişe yaşadıkları bildirilmiştir (143). Hastaların yaşadıkları endişelerin, tedavinin yetersiz kalabileceği endişesi, akut kardiyak olayların tekrarlama riski ve sosyal statü kaybı gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir, bu durum literatürdeki bulgularla da uyumludur. Bu durum KAH olan hastalarının yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda ciddi psikososyal zorluklarla da baş etmek zorunda olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması 39,31 (13,68) bulundu. Katılımcıların çoğu kadın, evli, lise mezunu olduğu, gelir getiren bir işte çalıştığı saptandı. Hastane dışı kardiyak arrest geçiren bireylerin bakım verenleri arasında bakıcı yükü ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada, bakım veren hasta yakınlarının yaş ortalaması 58 ve çoğunluğunun kadın olduğu ve aynı çalışmada ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) hastalarının bakım verenlerinin yaş ortalaması 63, çoğunluğunun kadın olduğu görülmüştür (144). Miyokard enfarktüsü hastalarının aile bakıcıları arasında sağlık okuryazarlığı ile hastaneden taburcu olmaya hazır olma durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 35 ve katılımcıların çoğunluğu kadın, evli ve tam zamanlı çalışan bireyler olduğu belirlenmiştir (145). MI hastalarında müdahaleli tedavi sonrası birincil bakım verenlerin sosyal destek işlevi, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkisini inceleyen bir çalışmada, bakım verenlerin çoğunluğunun 60 yaş altı, kadın, evli ve üniversite veya üzeri mezun bireyler olduğu görülmüştür (146). Türkiye’de kalp damar cerrahisi esnasında hasta yakınlarını kısa mesaj ile bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisini inceleyen bir tez çalışmasında, hasta yakınlarının yaş ortalaması deney grubu 44,4 kontrol grubunda ise 48,6 bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğunu, kadın, ilköğretim mezunu, çalışmayan ve evli bireyler oluşturmaktaydı (147). MI hastalarının bakım verenleri ile yapılan çalışmada, bakım verenlerin çoğunluğunun kadın, evli, üniversite mezunu, gelir getiren bir işte çalışan bireyler olduğu belirlenmiştir (148). Hasta yakınlarının/bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu ve okur-yazarlık durumu incelendiğinde çalışmaların farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıkların çalışılan grubun farklı olması ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının çoğunluğunun sigara kullandığı, %22,7'sinin hipertansiyon, diyabet, astım ve tiroid fonksiyon bozuklukları gibi kronik fiziksel hastalığı olduğu saptandı. MI geçiren hastaların bakım verenlerinin sağlık okuryazarlığı profilini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, 121 bakım verenden yarıya yakının sigara içtiği belirlenmiştir (148). Koroner arter baypas greftlemesi yapılan hastalarının ve aile bakıcılarında öz yeterlilik ve yaşam kalitesi algılarını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada, aile bakıcılarının %10'unda hipertansiyon ve diyabet gibi kronik fiziksel hastalık olduğu görülmüştür (149). Türkiye'de evde sağlık hizmeti veren bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam memnuniyetini değerlendirmek ve yaşam memnuniyeti ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, bakım verenlerin %29,3'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir (150). Koroner yoğun bakımda hastası olan aile üyelerinin inceleyen bir tez çalışmasında da hasta yakınlarının %40,5'inin kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir (151). Şişman'ın (2023) çalışmasında hasta yakınlarının deney grubunun %26,2 kontrol grubunun ise %28,6'sının kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir (147). Çalışmamızda, hasta yakınlarının sigara içme durumu ve kronik hastalığa sahip olma durumları literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada hastaların ÖKÖ puan ortalaması 8,09 (3,94), hasta yakınlarının ise 9,95 (3,96) olarak saptandı. Ayrıca hasta yakınlarında ölüm korkusunun hastalardan daha yüksek olduğu saptandı. KAH olan hastalarda ölüm kaygısı incelendiğinde, Turan Kavradım vd. (2022) MI hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların yarısından fazlasının orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını bildirmiştir (111). Yıldırım ve Kocatepe'nin (2021) daha önceden MI geçiren bireyler ile yaptıkları çalışmada hastaların çoğunluğunun şiddetli ya da panik düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir (152). Rahimi vd. (2021) çalışmasında, MI geçiren hastalarda ölüm kaygısı oranı orta ve yüksek düzeyde seyretmiştir (153). Yiğitalp ve Bürçün (2025) Akut Miyokard Enfarktüsü geçiren ve geçirmeyen kardiyoloji hastalarında ölüm kaygısı, psikolojik dayanıklılık ve dini tutum düzeyleri ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada her iki grubunda ölüm kaygısının orta düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir (12). Öte yandan Şolpan vd. (2023) ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü ve hipertansiyon hastaları ile yaptıkları çalışmada HT hastalarının orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını ve STEMI hastalarının ise daha düşük

düzyeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını belirtmişlerdir (154). KAH olan hastaların ölüm kaygısının çalışmalara göre farklılık göstermesi, yaşam memnuniyeti, inançlar, fiziksel sağlık, çevre ve kültürel değerler gibi çeşitli faktörlerden etkilenmesiyle ilişkilendirilebilir. Literatürde, KAH olan hasta bireylerin yakınlarında/bakım verenlerinde ölüm kaygısını inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılammıştır. Hasta yakınlarının ölüm kaygısı incelendiğinde kanser hastalarının yakınlarının ölüm kaygısının orta-yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (155, 156). Bu çalışmanın sonuçlarına uygun olarak, hasta yakınları ve bakım verenlerin ÖKÖ puan ortalamalarının hastalara göre daha yüksek olduğunu belirleyen çalışma mevcuttur (157). Yaşın ilerlemesi ile birlikte ölüm kaygısının azaldığını gösteren çalışmalar bu durumun hasta ve yakınlarının ortalama yaşlarının hastalarda daha yüksek ve hasta yakınlarında daha düşük olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir (157, 158). Ayrıca Yalom (2008), yas ve kayıp deneyimlerinin bireyde bir "uyanış" süreci başlatabileceğini ifade etmektedir (8). Bu bağlamda, hasta yakınlarının sevdiklerinin hastalığı ile ölüm gerçeğiyle yüzleşmeleri, kendi ölüm kaygılarının da açığa çıkmasına yol açabilir. Hastalar, hastalıklarıyla doğrudan yüzleşerek ölüm kaygılarını tamamen ortadan kaldıramasalar da bu kaygıyı bir ölçüde azaltabilirler. Buna karşın, hasta yakınlarının, sevdikleri kişiyi kaybetme olasılığı ve kendi ölümlülükleri ile yüzleşmeleri geleceğe yönelik daha yoğun bir kaygı ve korku yaşatabilir. Bu Çalışmada, hasta yakınlarının ölüm kaygısının hastalara kıyasla daha yüksek düzeyde bulunmasının, bu süreçlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yaşı büyük olanların, eşi ve çocukları ile çekirdek ailede yaşayanların spiritüel iyi oluşlarının daha iyi olduğu saptandı. Ayrıca birileri ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre spiritüel iyi oluşlarının daha iyi olduğu belirlendi. Eston Armond vd. (2022) KAH ve spiritüel iyilik hali arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yaş ile spiritüel iyilik düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (109). Amni ve Akbar (2024) KAH olan hastalarda ileri yaş ile birlikte spiritüel iyilik halinin artmasının, yaşın ilerlemesi ile birlikte Tanrı veya Yaratıcı ile yakın bir ilişki içerisinde olmaktan kaynaklanabileceği belirtilmiştir (159). Yaşın doğrudan spiritüel iyilik halini artıran bir faktör olmayabileceğini, bireylerin yaşam deneyimleri, sağlık durumları ve sosyal destek sistemleri gibi diğer unsurların da önemli rol oynadığı düşünülmektedir (160). Seher ve Çiftçi'nin (2025)

Türkiye’de MI geçirip anjiyografi yapılan hastaların spiritüel iyilik hali ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla 151 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların yaşları ve aile tipleri ile spiritüel iyilik halleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; evli bireylerin, spiritüel iyilik halinin aşkınlık alt boyutunda bekar bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde puan aldığı belirlenmiştir. Aşkınlık, rahatlık ve dayanıklılık sağlayan daha yüksek bir güce olan inancı gösterir. Bu durumun evli bireylerin bekar bireylere kıyasla daha fazla sorumluluk almalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür (6). Ayrıca Soleimani vd. (2018) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin spiritüel iyiliği önemli ölçüde yordadığı bulunmuştur (5). Spiritüel iyi oluş, bireysel iyi oluşun alt boyutudur ve algılanan sosyal destekten etkilenmektedir (161). Birleriyle yaşayan hastaların, yalnız yaşayanlara göre spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olmasının, bu bireylerin algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna göre sosyal desteğin bireyin spiritüelliğini artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan hastalardan birileri ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre yaşam doyumları daha yüksekti. MI sonrası hastalarda yaşam doyumunu ve sağlıklı yaşam davranışları üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların aile tipi ile yaşam doyumunu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (162). Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracılık rolünü incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, evli ve eşile birlikte yaşayan yaşlıların yaşam doyumunu ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, eşi vefat etmiş ve yalnız yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yalnızlık ile yaşam doyumunu arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulundu ve yalnızlığın yaşam düzeyini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (163). Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumunu ve ölüm kaygısının belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada, eşile birlikte yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin daha düşük, yaşam doyumları ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir (164). Bu durum, sosyal destek ve birlikte yaşamının yaşam doyumunu artırıcı etkisini göstermektedir. Daha fazla sosyal desteğe sahip bireylerin yaşam doyumunu düzeyi daha yüksektir (165). Birlikte yaşamının sağladığı sosyal desteğin yaşam doyumunu artırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada erkek hastaların ölüm korkusunun kadın hastalardan yüksek olduğu bulundu. Bu çalışmadan farklı olarak Yiğitalp ve Bürçün (2025), Yıldırım ve Kocatepe (2021), Turan Kavradım vd. (2022)' nin KAH tanılı hastalar ile yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ve ölüm kaygısı arasında herhangi bir ilişki varlığı tespit etmemişlerdir (12, 151, 111). Öte yandan 40-59 yaş arasında bireylerin ölüm kaygısı ile yaşam memnuniyeti ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek ölüm kaygısı yaşadığı tespit edilmiştir (166). Statü ve cinsiyet'in ölüm kaygısı, yaşam oryantasyonu ve yaşam doyumu üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların ölüm kaygısının erkeklere göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (167). Soleimani vd. (2018) Akut Miyocard Enfarktüsü geçiren hastalar ile yaptığı çalışmasında kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek ölüm kaygısı yaşadıklarını bildirmiştir (5). Buruntekin (2022) MI hastaları ile yaptığı çalışmada ise erkek hastaların daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını belirlemiştir (112). Cinsiyet ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Erkek hastaların kadın hastalara göre daha yüksek ölüm kaygısı belirtmelerinin; erkeklerin kaygı ve korkularını ifade etme konusunda daha isteksiz olmaları ve bu duyguları gizleme eğiliminde bulunmaları (5), kadınların ise daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olmalarına (167, 168) rağmen anksiyete belirtilerini daha açık bir biçimde ifade edebilmeleri, erkeklerin ölüm kaygısını daha az dile getirmelerine karşın, bu kaygıyı içselleştirerek daha yoğun ve kronik bir biçimde yaşamalarına neden olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigara kullanmayı bırakmış hastaların, sigara kullananlara göre ölüm korkusu daha yüksekti. Kronik hastalığı olan hastaların spiritüel iyi oluşları kronik hastalığı olmayan hastalardan anlamlı şekilde yüksekti. Bu çalışmada sağlığını iyi algılayanların spiritüel iyi oluşlarının ve yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Okutan vd. (2024) perkütan koroner girişim geçiren bireylerde ölüm korkusu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sağlıklı yaşam davranışları ile ölüm kaygısı arasında negatif bir korelasyon olduğu görülmüştür (169). Sigara kullanmayı bırakan bireylerde ölüm korkusunun daha yüksek bulunması, bu bireylerin geçmiş sağlık davranışlarından kaynaklanan pişmanlık, ve sağlık tehdidi algısının artmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca,

bu kişilerin sigarayı bırakma kararında mevcut ölüm korkusunun etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalıkları olan bireylerin spiritüel iyilik düzeylerinin yüksek veya (170,171) orta düzeyde olduğunu tespit eden çalışmalar (172, 173) mevcuttur. Ek kronik hastalığı bulunan bireylerin daha yüksek düzeyde spiritüel iyi oluş göstermeleri, çoklu sağlık sorunlarıyla başa çıkma sürecinde daha sık spiritüel başa çıkma stratejilerine yönelmeleriyle açıklanabilir. Bu bireyler, yaşamın anlamı, sabır, kabul ve içsel huzur gibi spiritüel kavramları daha yoğun şekilde deneyimlemekte ve bu da onların spiritüel iyi oluş düzeylerini artırabildiği düşünülmektedir

Hastalık ile ilgili umutsuzluk yaşamayanların, umutsuzluk yaşayanlara göre spiritüel iyi oluşlarının ve yaşam doyumlarının daha yüksek ve ölüm korkusunun daha düşük olduğu belirlendi. Şolpan ve diğerlerinin (2023) STEMI ve HT hastalarında yapılan çalışmada, hastaların %60'ının tekrar MI geçirmekten korktuğu ve hastaların ölüm kaygısı yaşadıkları görülmüştür (154). İleri koroner arter hastalığı olan hastalarda manevi iyilik hali ve umut ile sağlık kaygısı arasında ilişki varlığını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, KAH olan hastaların umut düzeyi ile sağlık kaygısı arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Umut, KAH olan hastalar için yalnızca duygusal bir destek unsuru değildir, aynı zamanda sağlıkla ilgili endişelerle başa çıkmada etkili bir psikolojik kaynaktır ve öz yeterlilik, iyimserlik ve diğer olumlu psikolojik özellikleri güçlendirerek sağlık kaygısını azaltma potansiyeline sahiptir (174). Kardiyak yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda ölüm kaygısı, yalnızlık ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise hastaların orta düzeyde umuda sahip oldukları ve umut düzeyi ile ölüm kaygısı arasında anlamı olan bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (175). KAH olan hastaların hastalıkla ilgili umutsuzluk hissetmeleri ve hastalığın tekrarlayacağını düşünmelerinin ölüm kaygısı yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada erkek ve çalışmayan hasta yakınlarının ölüm korkusu daha yüksekti. Ayrıca üniversite ve üzeri mezunu olan hasta yakınlarının okuryazar olan ve olmayanlara göre yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu bulundu. Çekirdek aileye sahip olanların hem spiritüel iyi oluşlarının hem de yaşam doyumlarının yüksek olduğu saptandı. Hasta yakınlarının ölüm kaygısı düzeyleri incelendiğinde Ying vd.

(2024) kanserli hastaların bakım verenlerinde ölüm kaygısını inceleyen çalışmada, kadın bakım veren hasta yakınların erkek bakım veren hasta yakınlarına göre daha yüksek ölüm kaygısına sahip oldukları görülmüştür (48). Soleimani vd. (2017) yaptıkları çalışmada da kadın bakım verenlerin/yakınının erkek bakım veren/yakınlara göre daha yüksek ölüm anksiyetesi yaşadıkları belirlenmiştir (156). Beydag (2012) kanser hastası bireylerin bakım veren hasta yakınları ile yaptığı çalışmada, cinsiyete göre hasta yakınlarının ölüm kaygısı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (155).

Hasta yakınlarından alkol kullanmayanların hem spiritüel iyi oluşlarının hem de yaşam doyumlarının yüksek olduğu saptandı. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam memnuniyetini inceleyen bir çalışmada, orta düzeyde alkol kullanan katılımcıların yaşam memnuniyetlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (17). Benzer olarak 60-80 yaş aralığında bireyler ile yapılan bir çalışmada, ara sıra alkol tüketiminin günlük tüketime göre daha fazla yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (176). Öte yandan Och vd. (2022) genel popülasyondan rastgele seçilen bireyler ile yapılan çalışmasında yüksek yaşam memnuniyeti ile yüksek alkol alımı arasında bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (177). Sezek vd. (2023) evde sağlık hizmeti veren bakım verenler ile yaptıkları çalışmada ise alkol kullanımının bakım verenlerin yaşam memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmemiştir (150). Bu farklılığın, çalışmamızda alkol kullanan hasta yakını oranının düşük seviyede olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hem hasta hem de hasta yakınlarında spiritüel iyi oluş arttıkça yaşam doyumunun arttığı, ölüm korkusunun azaldığı belirlendi. Türkiye’de spiritüel iyilik halinin yaşlı bireylerde yaşam doyumunu ve umut üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin spiritüel iyilik hali ile yaşam doyumunu düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak pozitif ve orta düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (178). MI’dan sonra spiritüelitenin yaşlı insanların yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerindeki etkinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, spiritüel iyilik halinin hastaların yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir (116). Soleimani vd. (2018), AMI geçiren hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, spiritüel iyi oluş ve ölüm kaygısı arasında doğrudan bir ilişki

görülmediğini, ancak spiritüel iyi oluşun evli hastalarda ölüm kaygısını azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini belirtmiş ve bunun ölüm kaygısı ile başa çıkmada temel bir psikososyal unsur olabileceğini öne sürmüşlerdir (5). Covid-19 pandemisi sırasında koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı geçmişi olan hastalarda ölüm kaygısı: manevi iyi oluşun ve başa çıkma stratejilerinin rolünü incelemek amacıyla yapılan çalışmada spiritüel iyi oluş ve alt boyutlarının ölüm kaygısı ile arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiş, ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (179). Kronik hastalıklarda ölüm kaygısı ve spiritüel iyilik halini inceleyen bir meta analiz çalışmasında, spiritüel iyilik hali ile ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (180). Çalışmalar hastaların spiritüel iyi oluşları, yaşam doyumları ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar göstermektedir.

Bu çalışmada spiritüel iyi oluş ve ölüm korkusunun yaşam doyumunun öngörücüleri-predictörleri olduğu belirlendi. Türkiye'de Covid-19 pandemisi sırasında hemşirelerin ölüm kaygısının yaşam doyumuna etkisini inceleyen çalışma ölüm kaygısının yaşam doyumunu olumsuz etkilediğini göstermiştir (181). Benzer şekilde Bahçecioğlu Turan vd. (2024) Türkiye'de 65 yaş ve üzeri hematolojik kanser hastalarında spiritüel iyilik halinin yaşam doyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, spiritüel iyilik halinin yaşam doyumunu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (182). Literatürde spiritüel iyi oluş ve ölüm kaygısının yaşam doyumunu yordadığı çalışmaların sınırlı sayıda olması ve olan çalışmaların da bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu olduğu gösterülmüştür.

## 7. SONUÇ

### 7.1. Sonuçlar

Koroner arter hastalığı tanılı hasta ve hasta yakınlarında spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar belirlenmiştir.

- Hastaların yaş ortalaması 56,77 (11,47),
- Hastaların %64,4'ü erkek, %25,8'i okuryazar olmayan, %91'inin evli ve %43,8'i ilçede yaşayan, %48,5'i gelir getiren işte çalışmayan, %76,5'i çekirdek aileye sahip ve %81,5'i eşi ve çocukları ile yaşayan,
- Hastaların %47,2'si sigara ve %2,6'sı alkol kullanan, %60,1'i ek kronik bir fiziksel hastalığa sahip, en sık görülen ek kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabetes mellitus ve romatizmal hastalıklar,
- Hastaların %48,5'i sağlığını orta düzeyde algıladığı, %43,8'inin hastalık ile ilgili umutsuzluk ve %43,8'u endişe yaşadığı, endişe yaşayan hastaların endişe kaynakları sorgulandığında %26,2'si tedavi, %16,3'ü yetersizlik hissi ve %14,2'si bakım verecek kişi ile ilgili endişeleri olduğunu ifade ettiği,
- Hastaların ortalama 1,82 (1,02) gün klinikte yatarak tedavi gördüğü ve %53,2'sinin KAH tanı süresinin 6 aydan kısa olduğu,
- Hasta yakınlarının yaş ortalaması 39,31 (13,68),
- Hasta yakınlarının %56,7'si kadın, %22,7'si lise mezunu, %75,5'inin evli ve %46,4'ünün ilçede yaşadığı,
- Hasta yakınlarının %60,5'inin gelir getiren işte çalıştığı, %75,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %66,5'inin eşi ve çocukları ile yaşadığı,
- Hasta yakınlarının %54,1'inin sigara, %94'ünün alkol kullanmadığı, %77,3'ünün kronik fiziksel hastalığı olmadığı, en sık görülen kronik hastalıkların hipertansiyon, diyabet, astım ve tiroid fonksiyon bozuklukları olduğu,
- Hastaların ve yakınlarının ölüm kaygısı yaşadıkları, yaşam doyumlarının ve spiritüel iyi oluşlarının yüksek olduğu,
- Hasta ve yakınlarının SİÖÖ, ÖKÖ ve YYDÖ toplam puanlarından iki grup arasında yalnızca ÖKÖ toplam puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı fark

olduğu, hasta yakınlarının ÖKÖ puanları hastalardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,

- Hastaların yaşları ve SİOÖ arasında pozitif zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki, erkeklerin ÖKÖ toplam puan ortalamasının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu,
- Hastaların çekirdek tipte ailesi olanların geniş tipte ailesi olanlara göre SİOÖ toplam puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu,
- Hastalardan eşi ve çocukları ile yaşayanların yalnız ve ebeveynlerle yaşayanlara göre; diğerleri ile yaşayanların yine yalnız ve ebeveynleri ile yaşayanlara göre SİOÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak yüksek olduğu,
- Hastaların eş ve çocukları ile yaşayanların yalnız ve ebeveynleri ile yaşayanlara göre; diğerleri ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre YYDÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu,
- Hastaların sigara kullanmayı bırakanların sigara kullananlara göre ÖKÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu, kronik hastalığı olmayan hastaların SİOÖ toplam puanları kronik hastalığı olan hastalardan anlamlı şekilde yüksek olduğu,
- Hastaların sağlık algısı bakımından SİOÖ ve YYDÖ toplam puanlarının gruplar arasında değiştii, sağlığını iyi algılayanların SİOÖ toplam puanlarının orta ve kötü algılayanlardan; YYDÖ toplam puanları sağlığını orta algılayanların kötü algılayanlardan ve sağlığını iyi algılayanların kötü algılayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu,
- Hastaların hastalık ile ilgili umutsuzluk yaşamayanların yaşayanlara göre hem SİOÖ ve YYDÖ toplam puanı istatistiksel olarak yüksek, ÖKÖ toplam puanı anlamlı şekilde düşük olduğu,
- Hastaların hastalık ile ilgili endişe yaşamayanların SİOÖ ve YYDÖ toplam puanlarının yaşayanlara göre istatistiksel olarak yüksek; ÖKÖ puanlarının ise istatistiksel olarak düşük olduğu
- KAH tanı süresi 1-2 yıl olan hastaların 6 ay-1 yıl olan hastalara göre ÖKÖ toplam puanları istatistiksel olarak daha yüksek olduğu,
- Erkek hasta yakınlarının kadın hasta yakınlarına göre ÖKÖ toplam puan ortalamaları istatistik olarak yüksek olduğu,

- Hasta yakınlarının, üniversite ve üzeri mezunu olanların okuryazar olan ve olmayanlardan YYDÖ toplam puanının istatistiksel olarak yüksek olduğu,
- Çalışmayan hasta yakınlarının çalışan hasta yakınlarına göre ÖKÖ toplam puanları anlamlı derecede yüksek olduğu
- Hasta yakınlarının, çekirdek aileye sahip olanların, geniş aileye sahip olanlardan SİOÖ ve YYDÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu,
- Hasta yakınlarının, alkol kullanmayanların alkol kullananlara göre SİOÖ ve YYDÖ puanları istatistiki anlamda yüksek olduğu,
- Hastaların SİOÖ toplam puan ortalamaları ile ÖKÖ puanları arasında negatif ve çok zayıf; SİOÖ toplam puan ortalamaları ve YYDÖ puanları arasında ise pozitif ve orta dereceli anlamlı ilişki olduğu,
- Hasta yakınlarının ölçek puanları arasında da SİOÖ toplam puan ortalamaları ile ÖKÖ puanları arasında negatif ve çok zayıf; SİOÖ toplam puan ortalamaları ve YYDÖ puanları arasında ise pozitif ve orta dereceli anlamlı ilişki olduğu,
- Hem hastaların hem de hasta yakınlarının ÖKÖ ve YYDÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif ve zayıf istatistiksel anlamda anlama sahip bir ilişki olduğu,
- YYDÖ'nün belirleyicisi olarak (açıklayıcılık gücünün) hasta ya da hasta yakını olmaktan ziyade, SİOÖ ve ÖKÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

## 7.2. Öneriler

Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan bulgular doğrultusunda;

- Daha büyük örneklem grupları ile çalışmalarla KAH olan hastaların ve hasta yakınlarında spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumu ilişkisine yönelik incelemeler,
- Hastalardan, umutsuzluk ve endişe yaşayanların; ÖKÖ toplam puanın anlamlı yüksekliği ve YYDÖ ile SİOÖ toplam puanlarının anlamlı düşüklüğü göz önünde bulundurularak, hastaların endişe ve umutsuzluk kaynaklarının incelenmesi bu doğrultuda bunları azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve hemşirelik bakımına dahil edilmesi,

- Yaşam doyumunun belirleyicileri olarak hasta ya da hasta yakınlarında spiritüel iyi oluş ve ölüm kaygısı toplam puanlarının anlamlılığı göz önünde bulundurularak, hasta ve hasta yakınlarının ölüm kaygısını azaltmak ve spiritüel iyi oluşlarını arttırmaya yönelik müdahalelerin planlanması ve uygulanması,
- Özellikle ölüm kaygısının yaşam doyumunu olumsuz etkilediği dikkate alındığında hemşirelerin hem hastalara hem de hasta yakınlarına ölüm kaygısıyla baş etmeye yönelik grup çalışmaları veya bireysel destek programları sunması,
- Psikiyatri hemşirelerinin, hastaların ve yakınlarının yaşam doyumunu desteklemek amacıyla kişisel güçlendirme, sosyal destek ağlarının geliştirilmesi ve anlamlı yaşam hedefleri belirleme konusunda danışmanlık yapması,
- KAH olan hastaların ve yakınlarının SİÖÖ puanları ile ÖKÖ puanlarının negatif korelasyonu göz önünde bulundurularak, hasta ve hasta yakınlarının spiritüel iyi oluşlarının değerlendirilmesi ve bütüncül hemşirelik bakımına dahil edilmesi,
- KAH olan hastaların ve yakınlarının ölüm kaygısı yaşadıkları göz önünde bulundurularak, hemşirelerin KAH olan hastaların ve yakınlarının psikososyal bütünlüğünü koruyabilmeleri için ölüm kaygısı düzeylerini bilmeleri, bu kaygının hangi faktörlerden etkilendiğini belirlemeleri ve ölüm kaygısını azaltmaya yönelik müdahalelerin bakım sürecine dahil etmeleri önerilmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2020; 41(3): 407–477.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). 2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))/Erişim tarihi: 10 Kasım 2024.
3. Shahjehan RD, Sharma S, Bhutta BS. Coronary artery disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [Erişim tarihi: 29 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK564304/>.
4. Shirkavand L, Abbaszadeh A, Borhani F, Momenyan S. Correlation between spiritual well-being with satisfaction with life and death anxiety among elderlies suffering from cancer. *Electron J Gen Med*. 2018; 15(3): 1–7.
5. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Yeoh KK, Panarello B. Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in survivors of acute myocardial infarction: moderating role of sex, marital status and social support. *J Relig Health*. 2018; 57: 683–703.
6. Seher E, ifti B. Spiritual well-being and hopelessness levels in individuals who have experienced myocardial infarction in Turkey. *J Relig Health*. 2025; 1–17.
7. Ghodsbin F, Safaei M, Jahanbin I, Ostovan MA, Keshvarzi S. The effect of positive thinking training on the level of spiritual well-being among the patients with coronary artery diseases: A randomized controlled clinical trial. *ARYA Atheroscler*. 2015; 11(6): 341-348
8. Soleimani MA, Bahrami N, Zarabadi-Pour S, Motalebi SA, Parker A, Chan YH. Predictors of death anxiety among patients with heart disease. *Death Stud*. 2020; 44(3): 160–167.
9. Doğanay E. Varoluşu bağlamda ölüm kaygısı ve ölüm kaygısını etkileyen faktörler. *Premium e-J Soc Sci (PEJOSS)*. 2023; 7(36): 1713–1723.

10. Yalom ID. Varoluşçu psikoterapi. İyidoğan Babayiğit Z, çev. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2001.
11. Yalom ID. Güneşe bakmak, ölümlle yüzleşmek. İyidoğan Babayiğit Z, çev. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2008.
12. Yiğitalp G, Bürçün R. The examination of the relationship between death anxiety, psychological resilience and religious attitude levels of cardiology patients with and without myocardial infarction in Turkey. *J Relig Health*. 2025; 1–21.
13. Kasar KS, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ. Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg*. 2016; 5(2): 48–55.
14. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol*. 1961; 16(2): 134–143.
15. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999; 125(2): 276–302.
16. Kaba İ, Erol M, Güç K. Yetişkin yaşam doyumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Univ Sos Bilim Derg*. 2018; 18(1): 1–14.
17. Kou M, Li X, Ma H, Wang X, Heianza Y, Manson JE, et al. Life satisfaction as compared with traditional risk factors in relation to incident cardiovascular diseases. *Eur J Epidemiol*. 2025; 1–9.
18. Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky LD. Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study. *Eur Heart J*. 2011; 32(21): 2672–2677.
19. Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol*. 2019; 234(10): 16812–16823.
20. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2022. 2022 Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> / Erişim tarihi: 10 Kasım 2024.
21. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna N, Kaya A, et al. TEKHARF (2017): Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük [Internet]. Onat A, editor. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p. 180. Erişim Adresi:

<https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> / Erişim tarihi: 12 Kasım 2024.

22. Ambrose JA, Singh M. Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. *F1000Prime Rep.* 2015; 7: 8.
23. Tetik SS, Tanrıverdi B. Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharm J.* 2017; 21(1): 1–9.
24. Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. *Heart Views.* 2017; 18(3): 109–114.
25. Güner SG, Nural N. Koroner arter hastalığı: etiyoloji ve patogenez. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs Spec Top.* 2020; 6(1): 1–6.
26. Koplay M, Erol C. Koroner arter hastalığı. *Türk Radiol Sem.* 2013; 1(1): 57–69.
27. Pencina MJ, Navar AM, Wojdyla D, Sanchez RJ, Khan I, Ellassal J, et al. Quantifying importance of major risk factors for coronary heart disease. *Circulation.* 2019; 139(13): 1603–11.
28. Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E. Risk factors for coronary artery disease. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.* Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/> / Erişim tarihi 10 Kasım 2024.
29. Pathak LA, Shirodkar S, Ruparelia R, Rajebahadur J. Coronary artery disease in women. *Indian Heart J.* 2017; 69(4): 532–8.
30. Yahagi K, Davis HR, Arbustini E, Virmani R. Sex differences in coronary artery disease: pathological observations. *Atherosclerosis.* 2015; 239(1): 260–7.
31. Khera AV, Emdin CA, Drake I, Natarajan P, Bick AG, Cook NR, et al. Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease. *N Engl J Med.* 2016; 375(24): 2349–2358.
32. Chen S, Yang F, Xu T, Wang Y, Zhang K, Fu G, et al. Smoking and coronary artery disease risk in patients with diabetes: a Mendelian randomization study. *Front Immunol.* 2023; 14: 891947.
33. Turaman C. Classification of the risk factors of coronary heart disease and their evolutionary origins. *Health Sci Rev.* 2022; 3: 100027.
34. Winzer EB, Woitek F, Linke A. Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *J Am Heart Assoc.* 2018; 7(4): e007725.

35. Naveed MA, Ali A, Neppala S, Ahmed F, Patel P, Azeem B, et al. Trends in coronary artery disease mortality among adults with diabetes: Insights from CDC Wonder (1999–2020). *Cardiovasc Revasc Med*. 2024; [Epub ahead of print].
36. Zakynthinos E, Pappa N. Inflammatory biomarkers in coronary artery disease. *J Cardiol*. 2009 ;53(3): 317–333.
37. Gospodarczyk A, Marczewski K, Gospodarczyk N, Widuch M, Tkocz M, Zalejska-Fiolka J. Homocysteine and cardiovascular disease—A current review. *Wiad Lek*. 2022; 75: 2862–2866.
38. Kamstrup PR. Lipoprotein (a) and cardiovascular disease. *Clin Chem*. 2021; 67(1): 154–166.
39. Komilovich EBZ. Coronary artery disease. *Eur J Mod Med Pract*. 2023; 3(12): 81–87.
40. Lin Z, Jia L, Yin D, Song W, Wang H, Dong Q, et al. Current evidence in the diagnosis and management of coronary arteritis presenting as acute coronary syndrome. *Curr Probl Cardiol*. 2023; 48(2): 101465.
41. Yavuzgil O. Kararlı koroner arter hastalığı: epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2016; 44: 1-7.
42. Bansal A, Hiwale K. Updates in the management of coronary artery disease: a review article. *Cureus*. 2023 Dec 16; 15(12): e50644.
43. Barton M, Gruntzig J, Husmann M, Rosch J. Balloon angioplasty- the legacy of Andreas Gruntzig. *Front Cardiovasc Med*. 2014; 1(15): 1–25.
44. Karabulut İ, Gün M. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. *Türk J Cardiovasc Nurs*. 2019; 10(21): 8-16.
45. Doenst T, Thiele H, Haasenritter J, Wahlers T, Massberg S, Haverich A. The treatment of coronary artery disease: current status six decades after the first bypass operation. *Dtsch Arztebl Int*. 2022; 119(42): 716-723.
46. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012; 21(1): 42-79.
47. Quevedo-Blasco R, Díaz-Román A, Vega-García A. Death anxiety in caregivers of chronic patients. *Healthcare (Basel)*. 2024 Jan;12(1): 107.

48. Ying L, Yuyu D, Qinqin Z, Yu Y, Qingxuan N, Zhihuan Z. Death anxiety among caregivers of patients with advanced cancer: a cross-sectional survey. *Support Care Cancer*. 2024; 32(8): 510.
49. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. *Int J Palliat Nurs*. 2006; 12(9): 410-413.
50. Erdoğan Y, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 14(3): 171-179.
51. Özyürek A, Atalay D. COVID-19 pandemisinde yetişkinlerde yaşamın anlamı ve ölüm kaygısı ile iyilik hali arasındaki ilişkinin incelenmesi. *TURAN Stratejik Araştırmalar Merkezi*. 2020; 12(46): 458-472.
52. Taşçı F, Bilge Y. Anlam arayışı ve psikopatoloji: varoluşsal öfke ve savunma mekanizmalarının psikolojik belirtilerle ilişkilerinin incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2021; 10(2): 1561-7579.
53. Köroğlu E. *Terapi: Yeni bir yaşam felsefesi*. 1. Baskı. Ankara: HYB Yayınları; 2010.
54. Köroğlu E, Türkçapar H. *Psikoterapi yöntemleri: Kuramlar ve uygulama yöntemleri*. 2. Baskı. Ankara: HYB Yayınları; 2009. p. 77-78.
55. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *J Cogn Psychother*. 2008; 22(2): 167-182.
56. Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory. In: Baumeister RF, editor. *Public self and private self*. New York: Springer-Verlag; 1986. p. 189-212.
57. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical overview. *Psychol Bull*. 2004; 130(3): 435-468.
58. Doğulu C, Sakallı N. *Dehşet yönetimi kuramı üzerine bir derleme. A review on terror management theory*. 2015.
59. Arndt J, Vess M. Tales from existential oceans: Terror management theory and how the awareness of our mortality affects us all. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008; 2(2): 909-928.

60. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34(7): 580-593.
61. Koestenbaum P. Ölüme yanıt var mı? In: Akgünlü Y, editor. İstanbul: Mavi Yayınları; 1998.
62. Fortner V, Robert A, Neimeyer B. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Stud.* 1999; 23(5): 387-411.
63. Chan LC, Yap CC. Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Acad J.* 2009; 6: 1-16.
64. Assari S, Lankarani MM. Race and gender differences in correlates of death anxiety among elderly in the United States. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2016; 10(2).
65. Madnawat AS, Kachhawa PS. Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Stud.* 2007; 31(8): 763-769.
66. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2011; 12(1): 37-43.
67. MacLeod R, Crandall J, Wilson D, Austin P. Death anxiety among New Zealanders: The predictive role of gender and marital status. *Ment Health Relig Cult.* 2016; 19(4): 339-349.
68. Jong J. Death anxiety and religion. *Curr Opin Psychol.* 2021; 40: 40-44.
69. Kurtulan MH, Kararımak Ö. Ölüm kaygısı, tinsellik, dindarlık eğilimi ve varoluş kaygısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Spiritual Psychol Couns.* 2016 :1-2.
70. Dağlı EN. Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık [Yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
71. Ellis L, Wahab EA. Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Rev Relig Res.* 2013; 55(1): 149-189.
72. Yaakobi E. Desire to work as a death anxiety buffer mechanism. *Exp Psychol.* 2015.
73. Tanrıdağ ŞR. Hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turk Psychol Couns Guid J.* 1997; 2(8): 37-40.
74. Menzies RE, Menzies RG. Death anxiety and mental health: Requiem for a dreamer. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2023; 78: 101807.

75. Pavot W, Diener E. The Satisfaction With Life Scale and The Emerging Construct of Life Satisfaction. *J Posit Psychol*. 2008; 3(2): 137-152.
76. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984; 95(3): 542-575.
77. Pavot W, Diener E. The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Soc Indic Res*. 1993; 28: 1-20.
78. Pavot WG, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Pers Assess*. 1991; 57(1): 149-161.
79. Pekince H. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Bakımından Sorumlu Kişilerin Bakım Yükleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki. *Perspect Palliat Home Care*. 2024; 3(3(1)): 1-7.
80. Wilson WR. An attempt to determine some correlates and dimensions of hedonic tone. Northwestern University; 1960.
81. Wilson WR. Correlates of avowed happiness. *Psychol Bull*. 1967; 67(4): 294-306.
82. Yetim Ü. Toplumdan bireye mutluluk resimleri. 1st ed. İstanbul: Bağlam Yayınları; 2001.
83. Eskici K. Yaşam doyumunun yordanmasında kaygı ve bilinçli farkındalığın rolü. İstanbul Sabahattin Zaim Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İstanbul (Danışman; Doç. Dr. Mustafa Yüksel ERDOĞDU).
84. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *J Gerontol*. 1972; 27(4): 511-523.
85. Hoyt DR, Kaiser MA, Peters GR, Babchuk N. Life Satisfaction and Activity Theory: a Multidimensional Approach. *J Gerontol*. 1980; 35(6): 935-941.
86. Diener E, Biswas-Diener R. New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian J Clin Psychol*. 2000; 27(1): 21-33.
87. Diener E, Ryan K. Subjective Well-Being: A General Overview. *S Afr J Psychol*. 2009; 39(4): 391-406.
88. Çevik KN, Korkmaz O. Türkiye’de yaşam doyumunu ve iş doyumunu arasındaki ilişkinin iki değişkenli sıralı probit model analizi. *Niğde Univ J Econ Adm Sci*. 2014; 7(1): 126-145.

89. Bower GH. Mood and memory. *Am Psychol.* 1981; 36(2): 129-148.
90. Chen C. Aging and life satisfaction. *Soc Indic Res.* 2001; 54: 57-79.
91. Babahanoğlu R. Çalışan Annelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Ulus Kültürel Sosyal Araştırmalar Derg.* 2020; 6(2): 518-530.
92. Moksnes UK, Espnes GA. Self-esteem and life satisfaction in adolescents—gender and age as potential moderators. *Qual Life Res.* 2013; 22: 2921-2928.
93. Joshanloo M, Jovanović V. The relationship between gender and life satisfaction: Analysis across demographic groups and global regions. *Arch Womens Ment Health.* 2020; 23(3): 331-338.
94. Haar JM, Russo M, Suñe A, Ollier-Malaterre A. Outcomes of work–life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *J Vocat Behav.* 2014; 85(3): 361-373.
95. Çınar Ö, Özyılmaz FZ. İş tatmini ile yaşam tatmini arasındaki ilişki: Bayburt üniversitesinde bir uygulama. *Iğdır Univ J Soc Sci.* 2019; (17): 533-556.
96. Powdthavee N, Lekfuangfu WN, Wooden M. What's the good of education on our overall quality of life? A simultaneous equation model of education and life satisfaction for Australia. *J Behav Exp Econ.* 2015; 54: 10-21.
97. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Gop Taksim Eah Jaren.* 2017; 3(1): 37-42.
98. Kökcü ÖD, Kutlu Ö. Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Univ Nurs Fac J.* 2020; 36(1): 53-59.
99. Gencer N, Obuz AT, Babahanoğlu R. Üniversite öğrencilerinde spiritüel iyi oluş ve toplumsal cinsiyet algısı. *Hitit İlahiyat Derg.* 2021; 20(2): 717-750.
100. Beuscher L, Beck C. A literature review of spirituality in coping with early-stage Alzheimer's disease. *J Clin Nurs.* 2008; 17(5a): 88-97.
101. Rafati F, Mashayekhi F, Dastyar N. Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *J Relig Health.* 2020; 59(6): 3084-3096.
102. Mirhosseini S, Hosseini Nezhad FS, Haji Mohammad Rahim A, Basirinezhad MH, Bakhshiarab A, Saeedi M, Ebrahimi H. Care burden and the predictive role of spiritual well-being and religious coping: A cross sectional study among Iranian family caregivers of patients with stroke. *Health Sci Rep.* 2024; 7(6): e2155.

103. Seaward BL. Spiritual wellbeing: A health education model. *J Health Educ.* 1991; 22(3): 166-169.
104. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychol Couns.* 2017; 2(1): 73-88.
105. Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian J Palliat Care.* 2019; 25(1): 119.
106. Akpınar YY, Aşti N. Maneviyat, manevi bakım ve manevi bakımın hemşirelikte önemi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2021; 2(3): 127-140.
107. Kardaş S. Sanal kimlik ve spiritüel iyi oluşun üniversite öğrencilerinin narsistik eğilimlerini yordayıcılığı [yayınlanmamış doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2017.
108. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *Int Sch Res Notices.* 2012; 2012:278730.
109. Eston Armond R, Eston Armond J, Konstantyner T, Rodrigues CL. Spiritual well-being and its association with coronary artery disease. *J Relig Health.* 2022; 61(1): 467-478.
110. Şafak M, Kızılkaya M. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda ölüm kaygısı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi.* 2023; 14(34): 76-81.
111. Turan Kavradım S, Sert M, Özer Z. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2022; 13(31): 65-73.
112. Buruntekin F. Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Nevşehir (Danışman: Doç. Dr. Gamze MUZ, Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN).
113. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic Life Center Health.* 2013; 1(2): 17-21.
114. Aghajanzadeh A, Yadollahpour MH, Khafri S, Saravi M. Prediction of life satisfaction based on existential, religious and spiritual well-being in the elderly with coronary artery disease. *J Nurs Educ.* 2020; 8(5): 1-9.

115. Mirhosseini S, Montazeri A, Khanmohammadi M, Qasemi Haddad A, Nadali J, Basirinezhad MH, et al. Spiritual well-being and death anxiety: A cross-sectional study among Iranian patients with acute coronary syndrome. *OMEGA (Westport)*. 2023.
116. Marznaki ZH, Khalilizad M, Moradi A, Mamun MA. Impact of spirituality on elderly people's quality of life and life satisfaction after acute myocardial infarction: Iranian hospital-based study. *BJPsych Open*. 2024; 10(1):e4: 1-7
117. Türen S, Efil S. Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2014; 18(2): 43-51.
118. Kasapoğlu ES, Enç N. Koroner arter hastaları için bir rehber. 2017;8(15):1-7.
119. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; (4): 223-231.
120. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149–60.
121. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *J Gen Psychol*. 1970; 82(2): 165-177.
122. Akça F, Köse İA. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2008; 11(1): 7-16.
123. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985; 49(1): 71-75.
124. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
125. Gür G, Sunal N. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019; 6(2): 210-219.
126. Brockmeyer M, Fell M, Parco C, Hoss A, Vargas KG, Wies E, et al. Associations of patient knowledge with drug-modifiable cardiovascular risk factor control in coronary artery disease patients with and without diabetes mellitus: results from the cross-sectional KNOW-ABC study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2025; 25(1): 1-12.

127. Luan H, Song Y, Cao L, Wang P, Zhu D, Tian G. Gender differences in the relationship of waist circumference to coronary artery lesions and one-year re-admission among coronary artery disease patients with normal body mass index. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2021; 4097-4107.
128. Düzel B, Akgün DE, Özgen Şafak AN, Yıldırım T, Arslan A, Açıkarsarı G, et al. Türk toplumunda koroner arter hastalığı ve ilişkili ilaçların cinsel aktiviteye etkisi. 2023; 8(1): 13-20.
129. Spinka F, Aichinger J, Wallner E, Brecht S, Rabold T, Metzler B, et al. Functional status and life satisfaction of patients with stable angina pectoris in Austria. *BMJ Open.* 2019; 9(9): e029661.
130. Iorga A, Cunningham CM, Moazeni S, Ruffenach G, Umar S, Eghbali M. The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. *Biol Sex Differ.* 2017; 8: 1-16.
131. Gheisari F, Emami M, Raesi Shahraki H, Samipour S, Nematollahi P. The role of gender in the importance of risk factors for coronary artery disease. *Cardiol Res Pract.* 2020; 2020(1): 6527820.
132. Najem B, Houssi re A, Pathak A, Janssen C, Lemogoum D, Xha t O, et al. Acute cardiovascular and sympathetic effects of nicotine replacement therapy. *Hypertension.* 2006; 47(6): 1162-1167.
133. Huber A, Oldridge N, Benzer W, Saner H, H fer S. Validation of the German HeartQoL: a short health-related quality of life questionnaire for cardiac patients. *Qual Life Res.* 2020; 29: 1093-1105.
134. Akbulut E, Kahraman BB. Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik  alışması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi.* 2021; 12(27): 26-35.
135. Kelli HM, Mehta A, Tahhan AS, Liu C, Kim JH, Dong TA, et al. Low educational attainment is a predictor of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *J Am Heart Assoc.* 2019; 8(17): e013165.
136. Bayındır KS. Koroner arter hastalarının bilgi düzeyi ve eğitim gereksinimleri. İstanbul Sabahattin Zaim  . Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK).

137. Satıcı İH. Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2022, Şanlı Urfa (Danışman. Dr. Öğr. Üyesi Derya TÜLÜCE).
138. Kirchberger I, Meisinger C, Golüke H, Heier M, Kuch B, Peters A, et al. Long-term survival among older patients with myocardial infarction differs by educational level: results from the MONICA/KORA myocardial infarction registry. *Int J Equity Health*. 2014; 13: 1-11.
139. Huo X, Khera R, Zhang L, Herrin J, Bai X, Wang Q, et al. Education level and outcomes after acute myocardial infarction in China. *Heart*. 2019; 105(12): 946-952.
140. Dugunchi F, Mudgal SK, Marznaki ZH, Shirafkan H, Abrotan S, Jafarian F, et al. Levels of adherence to treatment, illness perception and acceptance of illness in patients with coronary artery disease—descriptive and correlational study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024; 24(1): 171.
141. Nouri A, Majalu J, Aldrainly M, Lamfon NA, Alshaer M, Alanazi N. Illness Perceptions in Patients with Coronary Artery Disease in a Private Hospital in Malaysia. *Palest Med Pharm J*. 2024; 9(1): 11-24
142. Qin H, Bonderman D, Brunner S, Großbichler T, Scharinger E, Mayer H. Exploring patients' and relatives' needs following acute myocardial infarction—A qualitative study. *HeilberufeSci*. 2022; 13(3): 110-22.
143. Liljeroos T, Humphries S, Puthooppambal SJ, Norlund F, Olsson EM. Management of emotional distress following a myocardial infarction: a qualitative content analysis. *Cogn Behav Ther*. 2023;52(1):47-64.
144. Bohm M, Cronberg T, Årestedt K, Friberg H, Hassager C, Kjaergaard J, et al. Caregiver burden and health-related quality of life amongst caregivers of out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*. 2021; 167: 118-127.
145. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Radaideh A. The association between health literacy and readiness for hospital discharge among family caregivers of acute myocardial infarction patients. *Appl Nurs Res*. 2025; 151950.
146. Bao J, Wang XY, Chen CH, Zou LT. Relationship between primary caregivers' social support function, anxiety, and depression after interventional therapy for acute myocardial infarction patients. *World J Psychiatry*. 2023; 13(11): 919-928.

147. Şişman Ç. Kalp damar cerrahisi esnasında hasta yakınlarını kısa mesaj ile bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisi. K. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Kırklareli, 2023 Kırklareli (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Figen DİĞİN).
148. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Radaideh A. Health Literacy Profiles of Caregivers of Acute Myocardial Infarction Patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2024; 10-1097.
149. Thomson P, Angus NJ, Andreis F, Rushworth GF, Mohan AR, Chung ML, et al. Longitudinal evaluation of the effects of illness perceptions and beliefs about cardiac rehabilitation on quality of life of patients with coronary artery disease and their caregivers. *Health Qual Life Outcomes.* 2020; 18: 1-14.
150. Sezek I, Cubukcu M, Muderrisoglu S. Care burden and life satisfaction of caregivers who are providing Home Health Care to patients. *Risk Manag Healthc Policy.* 2023; 2139-2150.
151. Yılmaz, S. Koroner yoğun bakımda hastası olan aile üyelerinde stresle baş etme ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. K.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2022, Karabük (Danışman: Doç. Dr. Nevin ONAN).
152. Yıldırım D, Kocatepe V. Evaluating death anxiety and death depression levels among patients with acute myocardial infarction. *OMEGA (Westport).* 2023; 86(4): 1402-1414.
153. Rahimi S, Inanlou M, Najafi Ghezalje H, Haghani H. The Death Anxiety and Demoralization in Patients with Acute Myocardial Infarction Admitted to Post Cardiac Care Units of Iran University of Medical Sciences in 2021. *Iran J Nurs.* 2022; 35(138): 392-405.
154. Şolpan NÖ, Keskin AY, Değirmenci H. Death anxiety in patients with hypertension and ST-elevation acute myocardial infarction and the affecting factors. *Online Turk J Health Sci.* 2023; 8(3): 382-388.
155. Beydag KD. Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012; 13(5): 2405-2408.
156. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2017; 40(1): E1-E10.

157. Walbaum C, Philipp R, Bokemeyer C, Härter M, Junghans J, Koch U, et al. Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2024; 68(6): 622-631.
158. Martins-Klein B, Bamonti PM, Owsiany M, Naik A, Moye J. Age differences in cancer-related stress, spontaneous emotion regulation, and emotional distress. *Aging Ment Health*. 2021; 25(2): 250-259.
159. Amni R, Akbar Y. Spiritual Well-Being of Acute Coronary Syndrome Patients in The Cardiac Intensive Care Unit. *HealthCare Nurs J*. 2024; 6(1): 168-175.
160. Bailly N, Martinent G, Ferrand C, Agli O, Giraudeau C, Gana K, et al. Spirituality, social support, and flexibility among older adults: a five-year longitudinal study. *Int Psychogeriatr*. 2018; 30(12): 1745-1752.
161. Rahmat HK, Basri ASH, Putra RM, Mulkiyan M, Wahyuni SW, Casmini C. The Influenced Factors of Spiritual Well-Being: a Systematic Review. *The Influenced Factors of Spiritual Well-Being: A Systematic Review*. 2022; 2(1): 43-58.
162. Çayır M, Akyıl RÇ. A study of satisfaction with life and health-promoting lifestyle behaviours in patients after myocardial infarction. *Acta Med Mediterr*. 2014; 30(1): 261-268.
163. Kapıkıran Ş. Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2016; 9(1): 13-25.
164. Tel H, Koç M, Tel Aydın H. Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu ve ölüm kaygısının belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020; (özel sayı): 1-10.
165. Chen C, Bian F, Zhu Y. The relationship between social support and academic engagement among university students: the chain mediating effects of life satisfaction and academic motivation. *BMC Public Health*. 2023; 23(1): 2368.
166. Yüksel MY, Serezli K, Bostancıoğlu N. Death Anxiety, Life Satisfaction and Psychological Well-Being in Middle Adults. *Spiritual Psychol Couns*. 2024; 9(1): 57-74.
167. Upadhyay V, Vikram SM, Pandey A. Impact of 'status' and 'gender' on death anxiety, life orientation and life satisfaction. *Int J Indian Psychol*. 2024; 12(3).

168. World Health Organization (WHO). Anxiety Disorders [internet]. Geneva: WHO; 2023. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> / Erişim tarihi: 23 Nisan 2025.
169. Okutan ř, Önen C, Göktaş A, Huyut MT. The Relationship Between Fear of Death and Healthy Lifestyle Behaviors in Individuals Having Percutaneous Coronary Intervention. *Online Turk J Health Sci.* 2024; 9(1): 6-13.
170. Fradelos EC. Spiritual Well-Being and Associated Factors in End-Stage Renal Disease. *Sci World J.* 2021; 2021: 6636854.
171. Özdemir Ç, Karataş G. KOAH Hastalarında Yorgunluk Düzeyi ve Spiritüel İyi Oluş. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilimleri Derg.* 2024; 13(4): 1775-1784.
172. Lee MK. Interactions of spiritual well-being, symptoms, and quality of life in patients undergoing treatment for non-small cell lung cancer: a cross-sectional study. *Semin Oncol Nurs.* 2021; 37(2): 151139.
173. Alinejad N, Khosromanesh F, Bijani M, Taghinezhad A, Khiyali Z, Dehghan A. Spiritual well-being, resilience, and health-promoting lifestyle among older adult hypertensive patients: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2025; 25(1): 265.
174. Heshmati R, Jafari E, Salimi Kandeh T, Caltabiano ML. Associations of spiritual well-being and hope with health anxiety severity in patients with advanced coronary artery disease. *Medicina.* 2021; 57(10): 1066.
175. Yildirim D, Akman O, Ozturk S, Yakin O. The correlation between death anxiety, loneliness and hope levels in patients treated in the cardiac intensive care unit. *Nurs Crit Care.* 2024; 29(3): 486-492.
176. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Bustos C, Inostroza C, Castillo-Carreño A. Life satisfaction, positive affect, depression and anxiety symptoms, and their relationship with sociodemographic, psychosocial, and clinical variables in a general elderly population sample from Chile. *Front Psychiatry.* 2023; 14: 1203590.
177. Och Dag YN, Engström G, Rosvall M. Life satisfaction and coronary atherosclerosis: The SCAPIS study. *J Psychosom Res.* 2022; 152: 110663.

178. Özdemir AA, Kavak Buda F, Dural G, Gültekin A. The relationship between spiritual well-being, life satisfaction and hope in elderly individuals in Turkey. *J Relig Health*. 2023; 62(5): 3123-3136.
179. Khanipour-Kencha A, Jackson AC, Sharifi F, Bahramnezhad F. Death Anxiety in Patients with a History of Coronary Artery Bypass Graft Surgery During the COVID-19 Pandemic: The Role of Spiritual Well-Being and Coping Strategies. *J Relig Health*. 2024; 63(5): 3974-3989.
180. Putri OH, Anganthi NRN. Spiritual well-being and death anxiety in chronic diseases: A meta-analysis study. *Indigenous: J Ilmiah Psikologi*. 2023; 8(2): 123-139.
181. Karabağ Aydın A, Fidan H. The effect of nurses' death anxiety on life satisfaction during the COVID-19 pandemic in Turkey. *J Relig Health*. 2022; 61(1): 811-826.
182. Bahcecioglu Turan G, Özer Z, YanmıŞ S. The effects of spiritual wellbeing on life satisfaction in hematologic cancer patients aged 65 and older in Turkey: mediating role of hope. *Psychogeriatrics*. 2024; 24(5): 1149-1159.

## EKLER

### EK-1. Sosyo-Demografik (Katılımcı) Bilgi Formu-Hasta

#### Sosyo-demografik Bilgi Formu (Hasta)

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın
3. Yaşadığınız Yer: 1.İl 2.İlçe 3.Köy
- 4.Eğitim Durumunuz: 1.Okuryazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite ve üzeri
5. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar
6. Çalışma Durumu: 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.Emekli
- 7.Aile tipiniz nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Diğer (.....)
8. Evde beraber yaşanan kişiler kimlerdir? 1.Yalnız 2.Eş ve çocuk 3.Ebeveyn 4.Diğer (.....)
9. Sigara kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım
10. Alkol kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım
11. Kronik hastalığınız var mı? 1.Var Belirtiniz (.....) 2.Yok
12. Hastaneye başvuru şekliniz nedir? 1.Acil 2.Planlı
13. Klinikte yatış süreniz nedir? (.....) gün
14. Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
15. Tıbbi tanınız nedir? (.....)
16. Koroner Arter Hastalığı tanısı alma süreniz nedir? 1.6 aydan kısa 2. 6ay-1 yıl 3. 1-2 yıl 4. 2 yıl ve üzeri
17. Mevcut sağlık algınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? 1.Kötü 2.Orta 3.İyi
18. Kalp hastası olmanız gelecek hakkında umutsuz hissetmenize neden oluyor mu? 1.Evet 2.Hayır
19. Hastalığınızla ilgili endişeleriniz var mı? (Cevabınız evet ise 20. soruyu cevaplayınız) 1.Evet 2.Hayır
20. Hastalık hakkında hangi konularda endişeleriniz var? 1.Tedavi 2.Maliyetler 3.Bakacak kişiler 4.Yetersiz Hissetme 5.Diğer (.....)

### EK-2. Sosyo-Demografik (Katılımcı) Bilgi Formu-Hasta Yakını

## Sosyo-demografik Bilgi Formu (Hasta Yakını)

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın
3. Yaşadığınız Yer: 1.İl 2.İlçe 3.Köy
- 4.Eğitim Durumunuz: 1.Okuryazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite ve üzeri
5. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar
6. Çalışma Durumu: 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.Emekli
- 7.Aile tipiniz nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Diğer (.....)
8. Evde beraber yaşanan kişiler kimlerdir? 1.Yalnız 2.Eş ve çocuk 3.Ebeveyn 4.Diğer (.....)
9. Sigara kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım
10. Alkol kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Bıraktım
11. Kronik hastalığınız var mı? 1.Var Belirtiniz (.....) 2.Yok

### EK-3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: <b>(1) Bana Hiç Uygun Değil</b> <b>(2) Bana Uygun Değil</b> <b>(3) Bana Biraz Uygun</b> <b>(4) Bana Oldukça Uygun</b> <b>(5) Bana Tamamen Uygun</b> Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın vardığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacımı halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir havır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığım eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

#### EK-4. Ölüm Kaygısı Ölçeği

### Ölüm Kaygısı Ölçeği

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

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

## EK-5. Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği

<b>YETİŞKİN YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ (YYDÖ)</b>						
<b>Sevgili katılımcılar,</b>						
Bu ölçek, yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 21 madde bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz maddeye ne derecede katılıp katılmadığınıza karar veriniz. Seçeneklerinden size uygun gelen seçeneği çarpı işareti (X) ile belirtiniz. Bütün maddelere tepkide bulununuz. Ölçek üzerine adınızı ve adresinizi yazmayınız. Duyarlılığınız için teşekkür ederim.						
<b>Cinsiyet: K ( ) E ( )</b>	<b>Yaş : .....</b>					
		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Kısmen Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1.	Hayatımdan memnunum.	( )	( )	( )	( )	( )
2.	Hayat şartlarım mükemmel.	( )	( )	( )	( )	( )
3.	Hayatım, çoğu arkadaşımın hayatından daha iyidir.	( )	( )	( )	( )	( )
4.	Hayattan şimdiye kadar önemli şeyleri elde ettim.	( )	( )	( )	( )	( )
5.	İyi bir hayatım var.	( )	( )	( )	( )	( )
6.	Hayatımda “keşke”lerim çoktur.	( )	( )	( )	( )	( )
7.	Ailemle vakit geçirmeyi severim.	( )	( )	( )	( )	( )
8.	Yeterince arkadaşım var.	( )	( )	( )	( )	( )
9.	İhtiyacım olduğunda arkadaşlarım bana yardımcı olurlar.	( )	( )	( )	( )	( )
10.	Arkadaşlarım bana iyi davranır.	( )	( )	( )	( )	( )
11.	Arkadaşlarımdan memnunum.	( )	( )	( )	( )	( )
12.	Eğlenceli birisiyim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.	Kendimi seviyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
14.	İyi bir insanım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.	Kendimi başarılı bulurum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.	Mahallemden memnunum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.	Komşularımdan memnunum.	( )	( )	( )	( )	( )
18.	Yaşadığım yerde yapılabilecek eğlenceli birçok aktivite var.	( )	( )	( )	( )	( )
19.	İşimden memnunum.	( )	( )	( )	( )	( )
20.	İşe gitmek için sabırsızlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
21.	Hayata tekrar başlama şansı verilse aynı işi yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )

**EK-6. Etik Kurul Kararı**



**T.C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hukuk Müşavirliği**



Sayı : E-14679147-663.05-771532  
Konu : İnceleme(Projenin Değerlendirilmesi)

09/09/2024

**Sayın Ebru AYMAN KILIÇ**

"Koroner Arter Hastalarının ve Yakınlarının Spiritüel İyilik halinin, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Doyumu İlişkisi" başlıklı çalışmanız Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Çalışma ve Yayın Etiği Yönergesi uyarınca Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı tarafından değerlendirilmiş olup söz konusu çalışmanın bilimsel etik açısından uygun olduğuna ilişkin Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı kararı Üniversitemiz Rektörlük Makamının 06.09.2024 tarih ve 769033 sayılı Olur'u ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Av. Rengin AVCI  
Hukuk Müşaviri

Ek: İlgili Belgeler(1 sayfa)



**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU**  
**PROJE ONAY BELGESİ FORMU (EK 4)**

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi olan Ebru AYMAN KILIÇ'ın Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ danışmanlığında "Koroner Arter Hastalarının ve Yakınlarının Spiritüel İyilik halinin, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Doyumu İlişkisi" başlıklı çalışması Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Yönergesi uyarınca değerlendirilmiştir.

<b>SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI</b> (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	20/08/24
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar sayısı	27/08/2024-18
<input checked="" type="checkbox"/> Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	
<input type="checkbox"/> Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. <i>Açıklama:</i>	
<input type="checkbox"/> Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. <i>Açıklama:</i>	

Prof.Dr.Şengül KOCAMAN

BAŞKAN

Prof.Dr.Hasan TANRIVERDİ  
ÜYE

Prof.Dr.Mehmet Mesut ERGİN  
ÜYE

Prof.Dr.Kemal ÖZGEN  
ÜYE

Prof.Dr.MehmetHalis ÖZER  
ÜYE

Prof.Dr.Bahar BURTAN DOĞAN  
ÜYE

Prof.Dr. Oktay BOZAN  
ÜYE

## EK-7. Kurum İzni



T.C.  
MARDİN VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-68051626-770-258047326  
Konu : Uygulama İzni Hk.

30.10.2024

DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 23.10.2024 tarihli ve 68508712-100.001.001-E.799226 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ebru Ayman KILIÇ; Müdürlüğümüze bağlı Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Koroner Arter Hastalarının ve Yakınlarının Spiritüel İyilik Halinin, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Doyumu İlişkisi" isimli bilimsel çalışmalarını 15.10.2024 ve 15.01.2025 tarihleri arasında yapmak için tarafımıza başvuruda bulunmuşlardır. Adı geçen çalışmayla ilgili belgeler (bilimsel araştırma çalışmaları başvuru formu, başvuru dilekçesi, çalışma anketinin bir örneği...) komisyonumuzca değerlendirilmiştir. Araştırmaya konu olacak kişilerin bilgilerinin üçüncü özel veya tüzel kişilerle paylaşılmaması konusunda hassasiyet gösterilmesi, yapılacak çalışma ile ilgili ortaya çıkacak her hangi bir maddi ihtiyacın araştırmacı tarafından karşılanması ve yapılacak çalışmanın sonucunun bir nüshasının tarafımıza teslim edilmesi kaydıyla çalışmanın yapılabileceği hususu uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr. Hasan TİMURAĞAOĞLU  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Ebru Ayman KILIÇ.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: A3949663-0C94-4480-8424-F6F93681D417

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

13 Mart Mahallesi Vali Ozan Caddesi No:104 47000  
Telefon No: 4822217753  
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/)  
Kep Adresi: [mardinism@hs01.kep.tr](mailto:mardinism@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Nurecan ENSARI  
Hemşire  
Telefon No: 04822902700



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-8. Ölçek İzin Mailleri 1

←    

**Ölçek İzni** Gelen Kutusu 


 **ebru ayman** 11.09.2024  
Merhaba Sayın Hocam, Ben Dicle Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve





 **İlker Kaba** 11.09.2024     
Alıcılar: ben ▾

Merhabalar,  
İlgili kaynak gösterme kurallarına uymanız kaydıyla YYD  
Ölçeğimizi, çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Makalemiz erişime açıktır ve ilgili bilgiler ve ölçek  
maddeleri makalede mevcuttur.  
İyi çalışmalar dilerim.


--  
**Dr. İlker KABA**  
Doktor Psikolojik Danışman / Psychological Counselor,  
PhD.

## EK-8. Ölçek İzin Mailleri 2

 **ebru ayman** 11.09.2024  
Merhaba Sayın Hocam, Ben Dicle Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve





 **Selami Kardaş** 11.09.2024     
Alıcılar: ben ✓

Merhabalar,  
Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili  
tüm bilgiler şu linkte:  
<https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi>  
Ölçeğin kendisi de (Türkçe) linkte yüklü word dosyasında,  
oradan alıp kullanabilirsiniz.  
Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun  
olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

ebru ayman  11 Eyl 2024 Çar,  
13:23 tarihinde şunu yazdı:





[Alıntılanan metni göster](#)


--  
S. Kardaş





 **ebru ayman** 12.09.2024     
Alıcılar: Selami ✓

Merhaba Sayın Hocam,  
Teşekkür ederim.


### EK-8. Ölçek İzin Mailleri 3

←    





**Merhaba** Gelen Kutusu 

 **Figen AKÇA** 26.09.2024   

Alicılar: ben ▾

 Ölüm Kaygısı Ölçeği Templer.docx

Merhaba  
Ölçeği kullanmanızda benim açımdan bir sakınca  
bulunmamaktadır  
Kolaylıklar  
Dr.Figen Akça

 **ebru ayman** 27.09.2024   

Alicılar: Figen ▾

Merhaba sayın hocam, çok teşekkür ederim iyi günler.

## EK-9. Gönüllü Katılım Formu

	<b>DİCLE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU</b> <b>GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU (EK 2)</b>
---	--

Bu çalışma, *Prof. Dr. Funda Gümüş ve Prof. Dr. Abdullah ATLI* tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı koroner arter hastalığı tanısı almış hasta ve hasta yakınlarının spiritüel iyilik hali, ölüm kaygısı ve yaşam doyumu ilişkisini incelemektir. Bu çalışmaya katılımınız *10-20 dakika* kadar zamanınızı alacak ve sizden *Katılımcı Bilgi Formu, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ), ölüm kaygısı ölçeği (ÖKÖ) ve Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeğini (YYDÖ) doldurmanız* istenecektir. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi talep edilmeyecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilen bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Çalışma, kişisel rahatsızlık verecek unsurlar içermemekle beraber, sorulardan ya da herhangi bir nedenden dolayı hoşnutsuzluk hissetmeniz durumunda, uygulamadan ayrılabilirsiniz. Çalışma bitiminde, konuyla bağlantılı daha fazla bilgi almak ve sorularınız için *Ebru AYMAN KILIÇ*,  iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

### SORUMLU ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı	Tarih	İmza
Ebru AYMAN KILIÇ	15.10.2024	

*Bu çalışmaya özgür irademle gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman ayrılacağımı bilerek, şahsımdan sağlanan bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*

### GÖNÜLLÜ KATILIMCI

Adı Soyadı	Tarih	İmza

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Ebru	<b>Soyadı</b>	AYMAN KILIÇ
<b>Doğum Yeri</b>		<b>Doğum Tarihi</b>	
<b>Uyruğu</b>	Türkiye Cumhuriyeti	<b>Tel</b>	
<b>E-posta</b>		.com	

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Artvin Çoruh Üniversitesi	2021
<b>Lise</b>	İlk Kültürlü Temel Lisesi	2016

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
Hemşire	Araştırma Hastanesi	2022-....

### Yabancı Dil Snav Notu

KPDS/ÜDS/YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	78,64361	82,23007	81,12104

## ORJİNALLİK RAPORU

Ebru AYMAN KILIÇ

ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b>	% <b>9</b>	% <b>9</b>	% <b>5</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Dicle University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>2</b>
<b>2</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>en.ispecongress.org</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>abakus.inonu.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>openaccess.cag.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>Bilgili, Merve. "Mizaç ve karakter özelliklerinin ölüm kaygısı ve ölüm kabulü üzerindeki etkilerinin incelenmesi", İstanbul Sabahattin Zaim University (Turkey)</b> Yayın	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>library.cu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>