



**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN
SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Seher EFE
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇİFTÇİ

Yüksek Lisans Tezi-2023

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

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN
SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Seher EFE

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇİFTÇİ**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı	4
2.2. Miyokard Enfarktüsü	5
2.2.1. Miyokard Enfarktüsü Tanımı.....	5
2.2.2. Miyokard Enfarktüsü Epidemiyolojisi.....	6
2.2.3. Miyokard Enfarktüsü Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	7
2.2.4. Miyokard Enfarktüsü Belirti ve Bulgular	10
2.2.5. Miyokard Enfarktüsünde Tanı Yöntemleri.....	10
2.2.7. Miyokard Enfarktüsünün Klinik Sınıflandırılması	12
2.2.8. Miyokard Enfarktüsü ve Hastalarda Meydana Gelen Değişimler	13
2.3. Spirütüel İyi Oluş.....	14
2.3.1. Spirütüel İyi Oluş ve Hemşirelik	14
2.3.2. Spirütüel İyi Oluş ve Miyokard Enfarktüsü.....	16
2.4. Umutsuzluk.....	17
2.4.1. Umutsuzluk ve Hemşirelik	17
2.4.2. Umutsuzluk ve Miyokard Enfarktüsü	18
3. MATERYAL VE METOT.....	20

3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	21
3.4.2. Spirütüel İyi Oluş Ölçeği	21
3.4.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği	22
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	58
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	58
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	59
EK-3 ETİK KURUL ONAY FORMU	60
EK-4 KURUM İZNİ	61
EK-5 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	62
EK-6 TANITICI BİLGİ FORMU	63
EK-7 SPİRÜTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ.....	64
EK-8 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ	65

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim-öğretim dönemlerim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, tezimin her aşamasında beni yönlendiren, güvenini ve desteğini esirgemeyen çok kıymetli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahar Çiftçi'ye içtenlikle saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her alanında olduğu gibi eğitim sürecimde de sabır, anlayış ve desteklerini esirgemeyen aileme ve Murat Doğru'ya, çalışmalarım sürecinde yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma ve beni her zaman heveslendiren Ceylan Yalçın'a, araştırmama katılan hastalara çok teşekkür ederim.

Seher EFE

ÖZET

Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerin Spiritüel İyi Oluş ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Ağrı ilindeki Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisindeki miyokard enfarktüsü geçirmiş ve anjiyo olmuş hastalar oluşturdu. Örneklemi ise Aralık 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında miyokard enfarktüsü geçirmiş ve anjiyo olmuş 151 hasta oluşturdu. Araştırma verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesi frekans, yüzde, Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney U Testi, One Way Anova, Kruskall Wallis ve spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği”nde 126.25 ± 12.35 , “Aşkınlık”ta 70.60 ± 5.53 , “Doğayla Uyum”da 30.52 ± 4.32 , “Anomi”de 16.87 ± 5.51 olduğu saptandı. “Beck Umutsuzluk Ölçeği”nde 5.70 ± 3.41 , “Duygular”da 0.70 ± 1.14 , “Motivasyon Kaybı”nda 2.89 ± 1.35 , “Beklentiler”de 1.73 ± 1.29 olduğu belirlendi. BKİ, aile tipi, medeni durum, uyku ile ilgili problem varlığı, sağlıklı olmak için çaba gösterme, düzenli spor yapma ve sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme düzeylerinin spiritüel iyi oluşu ve umutsuzluğu anlamlı derecede etkilediği bulundu ($p < 0.05$). Ayrıca miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyi ile aralarında negatif yönlü güçlü bir ilişki belirlendi.

Sonuç: Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, miyokard enfarktüsü, spiritüel iyi oluş, umutsuzluk

ABSTRACT

Examining of the Relationship Between Spiritual Well-Being and Hopelessness

Levels of Individuals with Myocardial Infarction

Aim: This research was carried out to examine the relationship between spiritual well-being and hopelessness levels in individuals with myocardial infarction.

Material and Method: The population of the descriptive and correlation-seeking study consisted of patients who had myocardial infarction and had angiography in the coronary intensive care unit and cardiology service of Ağrı Training and Research Hospital in Ağrı. The sample consisted of 151 patients who had myocardial infarction and angiography between December 2022 and February 2023. Research data were collected using the “Descriptive Information Form”, “Spiritual Well-Being Scale” and “Beck Hopelessness Scale”. Frequency, percentage, Independent Groups t Test, Mann Whitney U Test, One Way Anova, Kruskal Wallis and Spearman correlation analysis were used to evaluate the data.

Results: It was determined that the “Spiritual Well-Being Scale” was 126.25 ± 12.35 , “Transcendence” was 70.60 ± 5.53 , “Harmony with Nature” was 30.52 ± 4.32 , and “Anomie” was 16.87 ± 5.51 . It was determined that “Beck Hopelessness Scale” was 5.70 ± 3.41 , “Emotions” was 0.70 ± 1.14 , “Loss of Motivation” was 2.89 ± 1.35 , “Expectations” were 1.73 ± 1.29 . It was found that BMI, family type, marital status, presence of sleep-related problems, striving to be healthy, doing regular sports and fulfilling religious obligations when healthy were found to significantly affect spiritual well-being and hopelessness ($p < 0.05$). In addition, a strong negative correlation was determined between the level of spiritual well-being and hopelessness in individuals who had myocardial infarction.

Conclusion: It was concluded that as the spiritual well-being levels of individuals who had myocardial infarction increased, their hopelessness levels decreased.

Key Words: Hopelessness, myocardial infarction, nursing, spiritual well-being

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BM	: Birleşmiş Milletler
CK-MB	: Kreatin Kinaz
CRP	: C-Reaktif Protein
DALY	: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
EKO	: Ekokardiyografi
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KAK	: Koroner Arter Kalsifikasyonu
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
LPA	: Lipoprotein a
MI	: Miyokard Enfarktüsü
NHANES	: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi
NSTEMI	: ST Segment Yükselmesiz Miyokard Enfarktüsü
STEMI	: ST Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VF	: Ventriküler Fibrilasyon

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.2. Hastaların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının	26
Tablo 4.3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.5. Hastaların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	34

1. GİRİŞ

İnsan; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutları olan ve her boyut için ayrı gereksinimler duyan bir varlıktır. İnsanlar sağlığını sürdürmek ve korumak için uğraşmakta hastalık durumunda ise sağlık profesyonellerine ihtiyaç duymaktadır.¹ Hemşirelik, insana bakım verme sanatıdır. Hemşire birey, aile ve toplumun sağlığı sürdürme, koruma ve hastalık durumunda çeşitli rolleriyle hastanın yanında olan sağlık ekibi üyesidir. Hasta bireyin gereksinimleri doğrultusunda öncelikleri belirleyerek bütüncül hemşirelik bakımını planlayıp, uygulayıp ve değerlendirmektedir. Diğer ekip üyelerine göre çalışma saatleri süresince ulaşılması kolay olan ve hizmette süreklilik sağlayan hasta memnuniyetinin kilit taşı olmaktadır.² Hemşire, hasta bireyde farmakolojik tedavinin etkisini değerlendirmek, ağrısını dindirmek, korku anksiyete gibi durumlarda yanında olmak, hasta ve ailesinin danışmanlık yapmak, eğitim vermek gibi birçok yönde bakım sağlamaktadır.³ Tüm hasta gruplarında olduğu gibi kalp rahatsızlığı yaşayan hastaların da özenli bir bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hastaların yaşadıkları travma, karşı karşıya kaldıkları yeni hayat düzeni, süreklilik sağlanması gereken tedavi süreci, hissettikleri yoğun korku, yalnızlık, kaygı, umutsuzluk gibi durumların varlığı yoğun ve etkili hemşirelik bakımı gerektirmektedir.⁴

Miyokard Enfarktüsü (MI), koroner arterlerin trombus veya ateroskleroz nedeniyle tıkanması ya da daralması sonucu miyokardın beslenememesi nedeniyle oluşmaktadır.⁴ MI hayatın sonlanması ve kronik hastalıklara sebep olması nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur.⁵ TÜİK verilerine göre MI %37.7'lik oranla kardiyovasküler hastalıklar arasındaki en önemli ölüm nedenidir.⁶ Hastalık sonrası hasta ve yakınlarının hayatını ciddi şekilde etkilemekte ve yaşam şartlarını önemli derece de sekteye uğratmaktadır.⁷ Dünyadaki yaşam süresinin uzamasıyla sağlık sistemi üzerindeki yükleri ve bakım maliyetleri de oldukça artmaktadır. Ekip çalışması ile etkili hastalık

süreci yönetimi ve sürekliliği bu maliyetleri azaltabilmektedir. Bu hastalıkların yönetiminde amaç hastanın hastalığı üzerindeki öz yönetimini arttırarak, bağımsızlığını arttırmak, ruhsal hastalıkların önüne geçilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması, tekrarlı yatışların önüne geçilmesidir.⁸

Hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal hayatlarında kısa sürede büyük değişimler meydana gelmesi ve zorunlu kısıtlılıklar olmasından dolayı hemşireler hastaların destek sistemlerini güçlendirmeleri ve umutsuzluk, depresyon gibi durumların önüne geçmeye yönelik bakım sağlamalıdır. Yaşam kalitesi önemli derecede etkilenen hastaların sadece fizyolojik değil ayrıca diğer yönlerindeki bozulmalara da dikkat edilmesi ve tedavi edilmesi gerekmektedir.⁷ Önemli konulardan birisi de spiritüel iyi oluştur. Spiritüel iyi oluş kişinin kendisiyle, doğayla, toplumla ve yaratıcıyla olan ilişkisinde hayatını anlamlandırmasını sağlayan dinamik bir süreçtir. MI gibi kriz anlarında ortaya çıkabilmekte ve bireydeki stres ve kaygıyı azaltarak destek sistemi olmaktadır.⁹

Spiritüel iyi oluş, kişinin bireysel ve toplumsal olarak uyum sağlamasını, dengeli ve güçlü ilişkiler kurmasını sağlamaktadır. Yaşamda hedeflere sahip olmaya, uyumlu, istikrarlı, barışçıl bir kişilik oluşturabilmeye yardımcı olmaktadır. Birey yaşamından anlam bularak, kendisi ve toplum ile barışık olmaktadır. Spiritüel iyi oluş yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olarak görülmektedir.¹⁰ Stresli süreçte uyumu, etkileşimi arttırmakta ve psikososyal yönleri geliştirmektedir.⁹ Yapılan çalışmalarda MI sonrası yaşam değişikliklerinin yaşam süresi ve kalitesini olumlu yönde etkilediği görülürken iyileşme ile ilgili problemler, uyku problemleri, sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması, seksüel değişiklikler ve anksiyetenin ise yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.⁵ Tüm bunlara ek olarak MI sonrası etkilenen bir diğer durum ise umutsuzluktur.

Umutsuzluk, geçmişte yaşanan kötü anlara yüklenen aşırı olumsuz duygunun geleceğe yönelik hedeflere, düşüncelere yansması sonucu bireyde tükenmişlik, enerjisizlik, çaresizlik, suçluluk, değersizlik belirtilerinin görülmesi olarak tanımlanabilmektedir.¹¹ Hastalık sürecinde hastaların durumu fizyolojik ve psikolojik olarak tolere etmelerini zorlaştırmaktadır.¹² Hastanın hayatı üzerindeki kontrolü kaybetmesine, karar verme ve sorun çözme becerilerinde bozulmalara neden olmaktadır. MI geçirmiş bireylerde hastanede kalış süresinin uzamasına sebep olmakla beraber önemli bir mortalite riski bulunmaktadır.¹³

Ruhsal sağlık ile genel sağlık arasında güçlü bir ilişki olduğu ve maneviyatın ruhsal sağlığı olumlu etkilediği düşünülmektedir. Stres, depresyon umutsuzluk gibi ruhsal problemler yaşayan kişilerin MI sonrası taşikardi, ventrikülerfibrilasyon (VF) veya tekrarlayan bir MI ile karşılaşması kaçınılmaz olabilmektedir. Umut için güçlü bir kaynak olan maneviyatın bütüncül hemşirelik bakımının kaçınılmaz bir bileşeni olmaktadır.¹⁴ Hemşirelerin MI sonrası umutsuzluk içinde olan bireylerin umut kaynaklarını araştırması, hastanın sahip olduğu inanç ve değerleri önemseyerek profesyonel destek sağlaması gerekmektedir.¹⁵ Bu nedenle bu araştırma; miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları

S1. Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluşları ne düzeydedir?

S2. Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin umutsuzlukları ne düzeydedir?

S3. Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyi ile umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) kronik hastalıkların, 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biri olacağını öngörmektedir. Yavaş ilerlemesi ve yıllarca devam etmesinden kaynaklı olarak kişilerde yaşam şartlarının değişmesi, iş gücünde azalma olması ve daha fazla öz bakım gerektirmesinden dolayı bütüncül bakım gerektirmektedir.¹⁶ Bütüncül bakımda hemşirenin tüm bilgi ve becerilerini kullanarak hastanın kendi özbakım ve özyönetiminde etkinliğini arttırması için gerekli bilgilendirmeleri ve eğitimi profesyonel bir şekilde yapmalıdır.¹⁷ Kronik hastalıklar grubundan olan MI de diğer kronik hastalıklar gibi bireyin geleceğe yönelik planlarını, yiyecek seçiminden uyku alışkanlıklarına, fiziksel hareketine kadar tüm hayatını etkilemekte ve belli kurallara uyma zorunluluğu getirmektedir.¹⁷ Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımının niteliğinin arttırılması için hemşirenin hastanın kişisel ve sosyodemografik özelliklerini dikkate alarak hemşirelik bakımını planlaması ve uygulaması gerekmektedir.¹⁸ Kronik hastalık başlangıcı ile beraber kişinin ailesinin de yaşamı değişmektedir. Hemşirenin hasta yakınlarının da endişe, öfke, korku gibi durumlarını anlayarak duygusal destek sağlamalıdır. Hastanın önemli tedavi kısmı olan evde tedavinin devamı için hasta yakınlarının ilaç ve tıbbi gereçler konusunda eğitmeli ve danışmanlık hizmeti vermelidir.¹⁹

Hastalık süresi boyunca bireyin özsaygı, bağımsızlık, yeterlilik, güven gibi duygularının tehlikeye düşmesi ve yeterli içsel ve dışsal destek sistemlerinin olmaması bireyi umutsuzluğa itebilmektedir. Hemşirenin bakım verirken bu durumları da dikkate almalıdır. Maneviyat hastalık süreçlerinde içsel bir güç, gelecekle ilgili umut verici ve hastalık süreçleriyle baş etmede etkili olmaktadır. Her hastanın manevi değerleri farklı

olmakla birlikte hastalık süreciyle baş etmede motivasyon ve uyum sağlayıcı olması nedeniyle manevi gereksinimlerinde hemşirelik bakımında yer almalıdır.²⁰

2.2. Miyokard Enfarktüsü

2.2.1. Miyokard Enfarktüsü Tanımı

KKH'nın (koroner kalp hastalıkları) en yaygın şekli olan ve kalp krizi olarak da adlandırılan MI'ler arasında farklılık göstermekle beraber dünyada çapında yaygın görülen ölüm nedenlerinden biridir.²¹ Kalbi besleyen arterlerde plak oluşumu, kolesterol ve yağ birikimleri gibi nedenlerden dolayı arterlerin kısmen veya tamamen tıkanması sonucu kalp kasında hücre ölümleri veya inflamasyon oluşmasıyla meydana gelmektedir.²²

Göğsün orta ve sol kısmından gelişip sol kol, boyun, omuz, sırt, çene ve epigastrik kısımlarına doğru yayılan yaygın ağrı ve batma hissine nefes darlığı, bulantı, kusma, terleme ve senkop eşlik etmektedir. Semptomların çoğu bölgesel olmayıp dağınık bir şekildedir. Hastalarda semptomlar farklılık göstermekle beraber fark edilmeyebilmekte, farklı hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Doğru tanının konabilmesi için EKG, biyobelirteçler ve kardiyak görüntüleme yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir.²³

Miyokard enfarktüsünde klinik bulgular kardiyak biyobelirteçlerde (Troponin ve CK-MB) artma veya azalma olması, miyokardiskemisine bağlı elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri ve ekokardiyografideki (EKO) anormal ses ve duvar hareketleri değişiklikleri ile tanımlanmaktadır.²⁴ Miyokardiskemisi miyokard enfarktüsünün ilk adımını oluşturmaktadır. İleri yaş, sigara ve alkol kullanımı, diyabet, sedanter yaşam, obezite, yüksek kolesterol, kby (kronik böbrek yetmezliği) gibi faktörler MI riskini arttırmaktadır.²³

Miyokard Enfarktüsünde, ST segmentin yükselmesi ve yükselmemesi sonucu iki klinik tablo oluşmaktadır. ST segmentinin yükselmesi STEMI, ST segmentinde yükselme

ve EKG de değişiklik olmaması sonucu NSTEMI olarak adlandırılmaktadır. Akut ölüm oranları ise son yıllarda geliştirilen invaziv yöntemlerle tıkanıklıkların giderilerek kan akımının tekrar sağlanması sonucu önemli derecede azalmıştır.²⁵

2.2.2. Miyokard Enfarktüsü Epidemiyolojisi

Koroner arter hastalıkları dünyadaki ölümlerin yaklaşık %16'sından sorumludur. TÜİK 2017 verilerinde Türkiye'de görülen ölüm nedeninin %40'ından sorumlu olmuştur. Avrupa'da her yıl yaklaşık kadınların %22'si, erkeklerin ise %21'i olmak üzere 1.92 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır. 2012 yılında dünya çapındaki 17.5 milyon ölümün 7.4 milyonu ise miyokard enfarktüsünden olmuştur.²⁶ Yapılan Framingham çalışmasında 40 yaş ve üzeri bireylerde yaşamının geriye kalan kısmında KAH geliştirme riski kadınlarda %32, erkeklerde ise %49 bulunmuştur.²⁶

Amerikan Kalp Derneği'nin 2016 yılındaki Kalp Hastalıkları ve İnme İstatistikleri'nde Amerika'da 20 yaş ve üzeri 15.5 milyon insanın koroner kalp hastalıklarına sahip olduğu ve yaşın arttıkça prevelansında arttığı görölmüştür. NHANES (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi) verilerinin kullanıldığı bir raporda 1988-1994 ve 1999-2004 yılları arasında 35-54 yaş arası miyokard enfarktüsü prevelansı karşılaştırmasında her iki dönemde de erkek MI prevelansının kadınlara göre daha yüksek olduğu görölmüştür.²⁷

1999 yılı itibarıyla yapılan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) taramasıyla Türk toplumunun diğer toplumlardan ayrı olarak kardiyovasküler risk faktörleri ve etkileri incelenmiştir. Tarama sonucu Türk toplumunun KKH mortalitesi ve prevelansı özellikle kadınlar olmak üzere her iki cinsiyet içinde diğer toplumlardan daha yüksek bulunmuştur. Ölüm prevelansına bakıldığında Türk toplumu erkeklerindeki oran Rusya'daki prevelans oranından 10 düşük olup; Türk toplumu

kadınlarındaki mortalite oranı ise Ukrayna kadınları dışında diğer Avrupa ülkelerindeki kadınlarından çok daha yüksek bulunmuştur.²⁸

Interheart küresel vaka kontrol çalışmasında erkeklerde genç yaşlarda risk faktörlerini daha çok taşımalarından kaynaklı 60 yaşın altında MI geçirme riskinin kadınlara oranla %4.7'lik payla daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların MI riskini erkeklere oranla daha fazla tetikleyen faktörler hipertansiyon, diyabet, alkol alımı ve fiziksel aktiviteyken erkeklerde eski sigara içimi olmuştur.²⁹ Diyabetli kadınlarda miyokard enfarktüsü geçirme ve sonrasında kötü prognozlar görülme ve ölüm riski erkeklere oranla daha yüksektir.³⁰

2.2.3. Miyokard Enfarktüsü Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Miyokard enfarktüsü, kalp hücrelerine giden kanın bir miktar veya tamamen azalması sonucu hücrelerinde nekroz oluşması ile meydana gelmektedir. Bu miyokard perfüzyonun bozulmasının en sık sebebi koroner arterlerde trombüs oluşumudur. Bu trombüs oluşumu daha çok bir aterosklerotik plağın yırtılması ve çatlaması sonucu pıhtılaşma faktörlerinin aktif olmasından kaynaklanmaktadır. Nadir görülen diğer miyokard enfarktüsü nedenleri ise koroner arter diseksiyonu, hipotansiyon, anemi, miyokard oksijen gereksinimini arttıran kokain kullanımı ve intrakardiyak trombüs veya kapak vejetasyonu kaynaklı koroner arter embolisidir.³¹

Miyokard enfarktüsünde risk faktörleri değiştirilebilen (hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, sigara ve alkol alımı, fiziksel hareket azlığı, obezite), değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, aile öyküsü) ve sonradan ortaya çıkan (c-reaktif protein(CRP), koroner arter kalsifikasyonu(KAK), homosistein, lipoproteina (Lpa), risk faktörleri olarak üçe ayrılmaktadır.³¹

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Hipertansiyon; Kardiyovasküler hastalıklar için en güçlü risk faktörlerindendir.³²

Damar duvarında lipid birikmesine ve zamanla ateroenez geliştirerek aterosklerotik yapının oluşmasına ve iskemi sonucu miyokard enfarktüsüne sebep olmaktadır.³³

Hiperlipidemi; Aterosklerotik yapının gelişip ilerlemesi ile arter kan akışını bozarak koroner arter hastalığının bir sonucu olan miyokard enfarktüsü oluşumuna neden olması açısındanönemli, güçlü ve bağımsız bir risk faktörüdür. HDL kolesterol düzeyinin KAH insidansı ile ters düzeyde bir ilişkisi bulunurken, LDL kolesterol düzeyi doğru orantıda seyretmektedir.³³

Diyabet;Aterosklerotik yapının gelişmesinde bağımsız bir rolü vardır. Yapılan çeşitli çalışmalar sonucu KAH gelişme oranı diyabetli hastalarda diğerlerinden 2-3 kat daha fazla bulunmuştur. Diyabetik hastalara özgü olarak ateroskleroz yapının gelişmesine sebep olan LDL (düşük yoğunluklu lipoprotein) değeri artmakta, HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein) değeri ise düşmektedir.³³Diyabetli hastalar genellikle diyabeti olmayanlara göre daha yüksek trigliserit değerleri olmasına rağmen bazı çalışmalar her diyabetlininde hipertrigliseridemik (trigliserit>200 mg/dL) olmadığını göstermektedir. San Antonia Kalp Çalışmasında diyabetli kadınların %5'i ve diyabetli erkeklerin %15'inin trigliserit değeri >400 iken çalışmaya katılanların %25'inin LDL kolektrol düzeyi >155 bulunmuştur.³⁴

Sigara; Miyokard enfarktüsü gelişiminde hiperlipidemiden sonraki ikinci büyük risk olarak görülmektedir. Sigara içimi arter duvar proliferasyonuna ve arter duvar sertliğine neden olarak arter kan akımını yavaşlatmaktadır. Trombositleri harekete geçirerek trombüs oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada sigara içenlerin %7'sinde, eskiden sigara içenlerin %7.5'inde, pasif içicilerin %5.7'sinde ve sigara içmeyenlerin ise sadece %5'inde KAH görülmüştür.³⁵

Alkol; Sağlıklı bireylerde orta düzeyde alkol kullananların, kullanmayanlara göre kardiyovaskülmortalite ve morbidite oranlarının daha düşük olduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmekle beraber aşırı doz alımının miyosit yenilenmelerini engellemesi ile miyokardiyal kasılmalarda azalma, geri dönüşümsüz hücre ölümleri meydana gelmektedir. Yüksek doz alımıarteriyel hipertansiyon, dislipidemi ve diabetus mellitus gelişimini arttırmaktadır.^{36, 37}

Fiziksel Hareket Azlığı; Düzenli fiziksel aktivitenin birincil koruma olarak KAHinsidansını azalttığı, ikincil korumada ise hastalığın ilerlemesini ve ölüm oranlarını azalttığı belirtilmektedir. Düzenli fiziksel hareketin trombosit ve lökosit aktivasyonunu azalttığı, endotel fonksiyonun devam etmesini sağladığı, arter ve kılcal damarlarda yeniden şekillenmeler boyutsal artışlar meydana getirdiği, miyokardiyalperfüzyonda iyileşmeler sağladığı belirtilmektedir.³⁸

Obezite; Giderek artan bir halk sağlığı sorunu ve koroner arter hastalığı için değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Aşırı kilo artışı endotel disfonksiyona, insülin direncine, aterosklerotik yapı için risk faktörü, fiziksel aktivite azlığına sebep olmaktadır.³⁹

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş; 60 yaş ve üzeri kişilerde miyokard enfarktüsü başlıca ölüm sebebiyken 15-59 yaş arası için HIV/AIDS'ten sonraki ölüm nedenidir. Engelliliğe ayarlanmış yaşam yıllarının (DALY) %6.8 oranı ile KAH15 yaş ve üstü erkekler için ikinci büyük hastalık yükü olmaktadır.⁴⁰

Cinsiyet; 60 yaşın altında miyokard enfarktüsü geçirme riski erkeklerde bayanlara oranla daha yüksektir. Erkekler genç yaşta MI risk faktörlerini daha çok taşıdıklarından dolayıkadınlar ilk MI vakalarını erkeklerden yaklaşık 9 yıl sonra yaşamaktadır.²⁹

Aile Öyküsü; Ailede miyokard enfarktüsü olması ve çoğunluğun kaç yaşında MI geçirdiği, kadın ve erkek arasında farklılık göstermekle beraber MI geçirme riskini iki katına çıkardığı belirtilmektedir.⁴¹

2.2.4. Miyokard Enfarktüsü Belirti ve Bulgular

MI tanısı alan hastaların en sık yaşadıkları belirti göğüs ağrısıdır. Sıkıştıran, ezen, bıçak saplanır gibi yakıcı bir ağrı olmaktadır. Epigastrik bölge, kollar özellikle sol kol ve omuz, skapular bölge, alt çene ve boyunda sıkça etkilenen bölgeler arasındadır. Hastaların yaklaşık %20'sinde belirti göstermemektedir. Bu hastalar genellikle diyabeti olanlar, yaşlı ve kadın hastalardır. Ağrı istirahatle ve eforla geçmemektedir. Miyokard enfarktüsü ile ilgili ağrılar yaklaşık en az 20 dk sürmektedir. Ağrılara ek olarak kardiyak olmayan ve çoğunlukla akut perikardit, pulmoneremboli, aort diseksiyonu, gastroözofagealreflü hastalıkları ile karıştırılabilen bulantı, terleme, nefes darlığı, kusma vb. eşlik edebilmektedir.³¹

2.2.5. Miyokard Enfarktüsünde Tanı Yöntemleri

Miyokard enfarktüsü şüphesi olan bir hastada ilk değerlendirmede hastanın klinik öyküsü, fizik muayenesi, vitallerine bakılmaktadır. Kalp atışını ve kalbe giren çıkan kan akışındaki anormalliği belirleyebilecek ritimler ve görüntüler için EKG ve EKO çekilmektedir. Hücre ölümleri ve hasarlı miyositlerden kan dolaşımına karışan kalp kaslarına zarar veren protein ve yağların seviyesinin belirlenebilmesi için miyoglobin, kardiyak biyobelirteçler (CK-MB, troponin T ve I), LDH ve diğer kan testlerine bakılmaktadır. Miyokard enfarktüsünü gösteren bulgular sonucu tanının netleşmesi ve daralmış ya da tamamen tıkanmış arterlerde kan akımını sağlanması amacıyla koroner anjiyografi yapılmaktadır.^{23, 31}

Kardiyak Biyobelirteçler: Miyokardiyal nekrozun temel belirleyicisi troponin değerleri olmaktadır. Kardiyak durumlar dışında da hafif yükselmeleri olmaktadır fakat

normal referans değeri 99. yüzdeleri dilimi olan troponin değeri referans değeri üstünde çıkması miyokard enfarktüsü teşhisinde karar değeri olarak görülmektedir.²³

CK-MB troponine göre MI için daha az spesifik olmakla beraber troponinden sonra en çok tercih edilen değerdir. CK-MB ve troponin farklı durumlarda da yükselebilmekteler fakat miyokard enfarktüsünde ilk 4-6 saatte yükselmeye başlar 18-24 saat boyunca zirve yapmakta olup yükseklikleri günlerce sürebilmektedir. CK-MB,MI'a özgü bir biyobelirteç olmadığı için akut MI durumlarını anlamada yetersiz olmaktadır.³¹

EKG: Miyokard enfarktüsünde tanının konulabilmesi için ayrılmaz bir bileşen olmakla beraber pulmoner emboli, akut perikardit gibi durumlarda da değişiklikler olabiliyor olması nedeniyle tek başına yetersizdir. PR veya ST segmentleri, QRS kompleksi ve T dalgasındaki değişikliklerle tanının konmasını kolaylaştırmaktadır.

EKO: Sol ventrikül işlev ve miyokard enfarktüsü hakkında önemli ipuçları veren ekokardiyogram, miyokard hasarını duvar anomalilikleri ile tespit etmektedir. Özellikle ventriküler anevrizma, kapak anomalilikleri, perikardiyalefüzyon gibi miyokard enfarktüsü komplikasyonlarının saptanmasında oldukça yararlı olmaktadır.³¹

Koroner Anjiyografi: Kardiyak kataterizasyon laboratuvarlarında hastanın tromboz riskini arttırmamak amacıyla az miktarda opak madde verilerek radial veya femoral arter yolu ile enfarktüse sebep olan damarın balonlama veya stent takılarak kan akımının sağlanması işlemidir. Akut miyokard enfarktüsü tedavisinde koroner anjiyografinin trombolitik tedaviden daha etkili olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir.⁴²

2.2.6. Miyokard Enfarktüsünde Tedavi Yöntemleri: Miyokard enfarktüsü tedavisinde ilk olarak hastanın var olan ağrısının giderilmesi, EKG, EKO ve diğer tanı yöntemleriyle tanının konularak miyokard hasarının minimal seviyede tutulması için reperfüzyonun hızlı bir şekilde sağlanması amaçlanmaktadır. Hastanın hemodinamisinin kontrolü ve anomaliliklerin tedavi edilmesi ile ağrının oksijen, morfin ve perlinganit ile

giderilmesi gerekmektedir.³¹Trombozu engellemek veya var olanı eritmek amacıyla heparin ve warfarin gibi antikoagölan, aspirin, plavix, brilinta, agrastat gibi antiplatelet ilaçlar kullanılmaktadır. Yüksek kan basıncının düşürülerek kalbin oksijen ihtiyacını azaltmak amacıyla nitrogliserin, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokörleri gibi antihipertansif ilaçlar; kalbin güçlendirilmesi ve akımın artırılması amacıyla dopamin, dobutamin kullanılmaktadır. Tamamen tıkanmış veya daralmış arterlerin açılması amacıyla koroner anjiyografi yapılarak balonlama ile arteri daraltan plağın sıkıştırılması ya da stent takılarak kan akımı sağlanmaktadır. Anjiyografinin yeterli olmadığı durumlarda koroner bypass yöntemi ile damarların değiştirilerek akım sağlanmaktadır. Uzun süreli tıkanıklık sonucu ağır hasar oluşan kalp gücünün azalması nedeniyle hastalara kalp pili takılabilmektedir.^{23, 31}

2.2.7. Miyokard Enfarktüsünün Klinik Sınıflandırılması

Tip 1 Miyokard Enfarktüsü: Koroner arterlerde daralmaya veya tam tıkanmaya neden olan arterosklerotik plaklarının yırtılmasına, çatlamasına, diseksiyonuna bağlı olarak kendiliğinden gelişen MI türüdür.⁴³

Tip 2 Miyokard Enfarktüsü: Koroner arterlerde gelişen spazm, koroner emboli, anemi, aritmi, hipotansiyon ve hipertansiyon nedeniyle miyokardiyal kan beslenmesindeki dengesizlikler sonucu oluşan iskemi kaynaklı MI tipidir.

Tip 3 Miyokard Enfarktüsü: Belirti bulguları ve yeni gelişen EKG değişiklikleri ile miyokardiyaliskemi olduğunu düşündüren fakat mevcut kardiyak biyobelirteçleri bulunmayan ölümle sonuçlanan miyokard enfarktüsü tipidir.⁴⁴

Tip 4a Miyokard Enfarktüsü: Perkütan koroner girişim sonrası 48 saat içerisinde iskemik belirtiler göstererek ortaya çıkmaktadır. Girişim sonrası kollateral kan akımının bozulması, epikardiyal arterlerde veya yan dallarında tıkanma olması, koroner diseksiyon ve distalembolizasyonundan kaynaklanmaktadır.⁴⁵

Tip 4b Miyokard Enfarktüsü: Perkütan koroner girişim sırasında takılan stenttromboz oluşması sonucu meydana gelmektedir. Anjiyografi veya otopsi ile tespit edilebilmektedir. Koroner anjiyografiden sonraki zamanda meydana gelmesine göre gruplandırılmaktadır. Anjiyografiden sonraki ilk 24 saate meydana gelmesine akut, 1-30 gün arasında meydana gelmesine subakut, bir ay ve bir yıl arasında oluşmasına geç ve bir yıldan sonra meydana gelmesine göre çok geç miyokard enfarktüsü olarak gruplandırılmaktadır.⁴⁵

Tip 4c Miyokard Enfarktüsü: Koroner anjiyografide takılan stentin veya balonlama ile açılan damarın kademeli olarak tekrar daralması sonucu oluşan miyokard enfarktüsüdür.⁴⁵

Tip 5 Miyokard Enfarktüsü: Koroner arter baypas greft ameliyatından sonraki 48 saat içerisinde kardiyak biyobelirteçlerin 10 katı yükselmesi, miyokardiyal duvar hareketlerinde ve EKG'deki yeni değişiklikler ile tespit edilen miyokard enfarktüsü tipidir.⁴⁵

2.2.8. Miyokard Enfarktüsü ve Hastalarda Meydana Gelen Değişimler

Miyokard enfarktüsü, hastalarda ölüm korkusu ve normal hayat rutininin değişime uğraması ile ilgili tehditten kaynaklı psikolojik sıkıntıların en fazla yaşandığı hastalıklardandır. Hastalığın ani gelişmesi ve çok fazla ağrıya sebep olması hastalarda korku, anksiyete, depresyon gibi ruhsal problem geliştirmektedir. Hastaların hastalığakarşı tepkisini, uyumunu etkilemektedir. Yorgunluk uykusuzluk bitkinlik tükenmişlik gibi duygularını arttırmaktadır.⁴⁶

Uzamış iskemiğe bağlı olarak gelişen komplikasyonlar hastalarda kaygı bozukluğuna, tekrar aynı durumun gelişme ihtimali korkusuna, tedaviyi reddetme ve hastalığı inkar etme durumuna, yaşadıkları travma sonrası stres bozukluklarına sebep olmaktadır. Ortam değişikliği, destek sistemlerinin eksikliği, genel aktivitelerin sekteye

uğraması hastalarda iştahsızlık, enerji düşüklüğü, baş ağrısı, kas ağrıları, nefes alamama hissi ve huzursuzluk meydana gelmektedir. Mahremiyet kaygısı, bilgi eksiklikleri, hastalık gidişatının belirsizliği gibi durumlardan hastalarda taşikardi, hipertansiyon ve beraberinde yeni tedavi süreçleri ile hasta için daha da karmaşık olmaktadır.^{47, 48} Hastanın uyum süreci için psikolojik ve fizyolojik bir denge gerekmektedir. Dengenin sağlanması hastanın destek sistemlerine, maneviyatına, kişisel algı ve becerilerine, biyolojik ve sosyokültürel özellikleri ve benzeri birçok yöne bağlıdır.⁴⁹

2.3. Spirütüel İyi Oluş

2.3.1. Spirütüel İyi Oluş ve Hemşirelik

Spirütüalite (maneviyat), ‘spiritus’ kelimesinden türetilen nefes anlamındaki Latince kökenli bir sözcüktür. Anlam olarak insanın yaşam amacını oluşturan fiziksel, sosyal, ruhsal tüm alanlarını kapsayan bireyin kendisi ailesi ve toplum ile olan ilişkilerini barındıran geniş bir kavramdır. Bireyin hayata bakış açısından, kendisi ile ilgili düşüncelerde, stresli durumlara yaklaşımında etkilidir. Kişinin varoluşunu anlamlandırmasını, çeşitli konulardaki inanç ve değerlerini yansıtmaktadır.⁵⁰

1960’lı yıllar itibariyle hemşire teorisyenler tarafından önemli görülen bir kavram olmaktadır. Bütüncül hemşirelik bakımında kaliteli hemşirelik bakımının önemli bir faktörü olarak görülmektedir. Spiritüel bakımın varoluşsal krizlerin yaşandığı, ruhsal ve bedensel uyumsuzlukların görüldüğü durumlarda etkili olduğu, hemşirelerin hastayı anlamasında ve etkili iletişim kurabilmesinde faydalı olduğu düşünülmektedir. Hastaya spiritüel bakım verebilmek için hemşirenin öncelikle kendi manevi yönünü keşfetmesi, hayat bakış açısını ve algısını irdelemesi gerekmektedir.⁵¹ Spiritüel iyi oluş, bireyin karşı karşıya olduğu hastalıklar karşısında Allah’a sığınmasını, sabretmesini, yaşadığı durumu anlamlandırmasını, umudunu moral düzeyini yüksek tutmasını, tedaviye ve yeni yaşam tarzına uyum sağlamasına yardımcı olan manevi desteği içermektedir.⁵² Bireyin ruh

sağlığı başta olmak üzere sağlığın diğer tüm yönlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Kişinin mutluluğunu, merhametini, kendine ve topluma saygısını, pozitif enerjisi, hayat sevincini olumlu etkileyebildiği gibi, psikolojik sıkıntıların, madde bağımlılıklarının, depresyon, intihar gibi olumsuz düşüncelere de sebep olabilmektedir. Bazı çalışmalarda spirütüel iyi oluş ve mutluluk düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.⁵³

Spirütüel iyi oluş kavramının dikey ve yatay olarak iki boyutu olduğu düşünülmektedir. Bireyin Allah ve kendisi arasındaki ilişki dikey, toplum ve ailesi ile olan ilişkisi yatay boyut olarak nitelendirilmiştir.^{54, 55} Sağlık problemlerinde ağrının, acının negatif durumların çok olması katlanılabilir derecesinin az olması nedeniyle bütüncül hemşirelik bakımında spirütüel bakımında ön planda tutularak hastanın desteklenmesi gerektiği ve böylece hasta memnuniyet ve konforunun artırıldığı çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir.⁵⁶

Manevi bakım ile hastanın dua etmesine, ibadetlerini yapmasına destek sağlanması ile hastada stres ve kaygı düzeyinin azaldığı, uyku kalitesinde artış olduğu, ağrı eşiğini arttırdığı, hasta-hemşire arası empati duygularını geliştirdiği, hastanın maneviyatını güçlendirdiği görülmektedir.⁵⁷ Özellikle hastalık düzeyi izolasyon ve yoğun bakım ünitelerini gerektiren hastalarda fizyolojik parametrelere odaklanması manevi bakıma daha az önem ve zaman ayrılmasına hastalarda ölüm korkusu, yalnızlık, yabancılık, savunmasızlık, iletişimde azalmaların artmasına neden olmaktadır. Manevi ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelerin sağladığı manevi bakım ile hastaların içsel güçlü bir kaynak oluşmaktadır.⁵⁴

Yapılan çeşitli araştırmalar hastalara manevi bakımın verilmediği ancak holistik bakımın bir bileşeni olarak verilmesi gerektiği bunun için çeşitli kurs ve eğitimlerle manevi bakım eğitimlerinin desteklendiği, hemşirelerin de bu konuda eksik ve tereddütte

oldukları belirtilmiştir. İlerlemiş kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaları %72'si manevi bakımın hiç verilmediği veya çok az verildiğini belirtmiştir.^{58, 59}

2.3.2. Spirütüel İyi Oluş ve Miyokard Enfarktüsü

Miyokard enfarktüsü, ani stresli ve hayati risk taşıyan bir hastalık olmakla birlikte bireyin yaşamsal tüm fonksiyonlarını etkilemektedir. MI sonrası hastaların fizyolojik ve biyolojik ihtiyaçları daha çok ön planda olmakla beraber psikolojik, sosyolojik ve ruhsal ihtiyaçlarının da önemszenmesi gerekmektedir. Yapılan bazı çalışmalar manevi gücün hastalığın kabulünü, stres ile başa çıkmayı sağladığını, iyileşme sürecinde önemli etkisi olduğunu, yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve MI sonrası öz-yeterliliği desteklediği görülmüştür.⁶⁰

Bireyin inanç ve değerleri, yaşamına anlam ve amaç katarak geleceğe ümitle bakmasını sağlamaktadır. Hastalık sürecini aşmak için içsel mekanizmalarını harekete geçirerek bulundukları sıkıntılı ortamı katlanılabilir kılmakta ve uyum sürecini hızlandırmaktadır.⁶¹ Manevi yönün yüksek olması yaşama ve iyileşme isteğini, baş etme mekanizmalarını, kişisel değerleri olumlu etkilemektedir. Maneviyatın koroner kalp hastalıkları ve pek çok hastalıkla baş etmeyi güçlendirdiği düşünülmektedir.⁶²

Kardiyovasküler hastalıklarda hastaların hastalık sürecini atlatması, yaşam standartlarını arttırabilmesi ve sağlığını sürdürebilmesi için spiritüelliğin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.⁶³ Spiritüel bakım, miyokard enfarktüsü gibi büyük yaşamsal krizlerde hastanın ibadetlerini yapmasına olanak sağlamak, sıkıntılı duruma anlam verebilmek ve mücadele edebilmek için sağlık bakımının ayrılmaz bir parçası olmaktadır.⁶⁴

Kalp hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden anlarında spiritüelliğe daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Spiritüel gereksinimin karşılanması ruhsal dinginliği arttırarak hastanın yalnızlık, terk edilmişlik, hayal kırıklığı, kontrol kaybı gibi kötü hislerden

uzaklaştırmaktadır.^{51, 63} Miyokard enfarktüsü, hasta ve ailesi için travmatik bir olay olmaktadır. Yaşanılan olumsuz duygular çok fazla olmakla beraber dayanıklılığı ve travma sonrası büyümeyi olumlu yönde etkileyebilmektedir. Hastalık sonrası maneviyatı ve dindarlığı da arttırdığı düşünülmektedir.⁶⁵ Holistik bakım anlayışı spiritüel gereksinimleri de içine almakla beraber soyut bir kavram olması ve uygulanmasının daha zor olması fiziksel gereksinimler kadar önemsenmemesine sebep olmaktadır.⁶⁶ Ancak kültürle iç içe olan maneviyatın MI gibi stresli süreçlerde dikkate alınması hemşirelik bakımından memnuniyeti de olumlu etkilemektedir.⁶⁰

2.4. Umutsuzluk

2.4.1. Umutsuzluk ve Hemşirelik

Umut, bir hastalık varlığında kişinin baş etme mekanizmalarını devreye koyan, kendini daha iyi hissetmesini ve mevcut olan duruma adapte olmasını sağlayan umutsuzluk ile zıt olan bir kavramdır.⁶⁷ Umutsuzluk ise bireyin geleceğine yönelik planları, hayatı ile ilgili hissettiği boşluk, çaresizlik, olumsuz bakış açısı, yeni gelişmiş durumlara geçici bir tepki olarak tanımlanabilmektedir.⁶⁸ Umutsuzluk, bireyin hedeflerine yönelik düşüncelerini ve motivasyonunu etkileyerek güven, cesaret, enerji kaybına ve mantıklı düşünememesine, olumlu sağlık davranışı gösterememesine neden olmaktadır.⁶⁹ Var olan durumun değişmeyeceğine yönelik bir inançtır. Yapılan bazı çalışmalar umutsuzluğun fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olduğu, hastalık durumunda tedavi komplikasyonlarını arttırdığı belirtilmiştir.⁷⁰

Umutsuz bir hastanın bakımında hemşirenin hastanın kişisel özelliklerini, hastalığa yaklaşımını, umut kaynaklarını, içsel ve dışsal destek mekanizmalarını, aile ilişkilerini dikkate alarak bakımını planlaması gerekmektedir. Hastalık karşısında hastaların umutsuzluğa düşmesi normal bir durum olarak kabul edilmektedir. Önemli

olan bu sürenin uzamaması hastalık düzeyine gelmemesi için profesyonel desteğin zamanında ve etkin bir şekilde sağlanmasıdır.⁷¹

2.4.2. Umutsuzluk ve Miyokard Enfarktüsü

Umutsuzluk, kişinin kendine olan inancını kaybetmesi, gelecek hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması ve olumsuz duygular hissetmesiyle karakterize edilir. Bu ruh halinin kalp sağlığı üzerindeki etkisi tam olarak anlaşılmamış olsa da, birçok araştırma, umutsuzluğun kalp sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğini göstermektedir.⁷² Bununla birlikte, umutsuzluğun genel sağlık durumunu etkilediği ve kalp sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurabileceği bilinmektedir. Özellikle, kalp krizi geçiren kişilerde, umutsuzluğun iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebileceği gösterilmiştir.^{72, 73}

Umutsuzluk, aterosklerotik yapının olduğu bireylerde miyokard enfarktüsü geçirme olasılığını 3.4 kat arttırmaktadır. Koroner arter hastalıkları hem evde hem de hastane ortamlarında temelde fiziksel hareketliliğin azalmasına, uygun olan diyetlere başlanılmasına sigara ve alkol tüketimine son vermeye gibi yeni yaşam tarzı değişikliklerine neden olması ve hastaların bu duruma ani geçişi hastalarda geleceğe yönelik umutsuzluk oluşturmaktadır.⁶⁸ Yapılan bir çalışmada miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların fiziksel aktivitelerini yerine getirme durumlarının orta düzeyde etkilendiği buna bağlı orta düzeyde bir umutsuzluk yaşadıkları belirtilmiştir. Umutsuzluğun artması ile yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri de olumsuz etkilenmektedir.^{47, 74}

Umutsuzluğun iskemik kalp hastalıkları gibi çeşitli kalp ve damar hastalıklarının morbidite ve mortalite oranlarını arttırdığı bazı araştırmalarda görülmüştür.⁷⁵ KAH öncesi ve sonrasında tipik olan yorgunluk, halsizlik ve azalmış sağkalım duygusu hastaları gelecek planları ve hayatları ile umutsuzluğa itmektedir.⁷⁶ Koroner kalp hastalıklarında

belirleyici bir rol oynayan umutsuzluk hastalıktan sonraki iyileşme sürecini etkileyerek uzun süreli devam edebilmektedir. Depresyondan daha yaygın olan umutsuzluğun kalp hastalıkları üzerindeki etkisi depresyondan daha fazla olduğu belirtilmektedir.⁷⁷

Miyokard enfarktüsü sonrası hastayı umutsuzluğa iten faktörlerin başında bilgi yetersizliğine bağlı hastanın yanlış algıları, geleceğe yönelik amaçlarının olmaması, yaşadığı durum ve sonrasındaki sorunları kabullenme durumu ve sosyal destek eksikliğidir.⁷⁸ Hemşirenin hastanın umutsuzluğuna neden olan faktörleri araştırarak bakım vermesi, ailesinin ve diğer destek sistemlerinin katılımını sağlaması ve yeterli bilgilendirmeleri yapması gerekmektedir. Hastaların MI'dan sonra normal hayatına kısıtlamalarla devam etmesi, sürekli kontroller ve hastaneye tekrarlı yatışların olması beraberinde maddi sıkıntılar oluşturmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yardıma gereksinim duymaları ailevi problemlere de neden olmaktadır. Bireysel otonominin zedelenmesi sosyal hayattan soyutlanmaya, değersizlik çaresizlik duygularını yoğun şekilde hissetmelerine ve bu durumun geçici olmaması umutsuzluk ve psikolojik birçok sıkıntıya yol açmaktadır. Hasta taburcu olmadan önce hemşirenin hasta ve yakınlarına yaşayabilecekleri sıkıntılara yönelik bilgilendirmeyi ve izleyebilecekleri yolu eğitici rolüyle öğretmesi gerekmektedir.⁴⁷

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde koroner YBÜ ve kardiyoloji servisi'nde gerçekleştirildi. İlgili hastanede 3 uzman kardiyolog görev yapmaktadır. Koroner YBÜ 5, kardiyoloji servisi ise 17 olmak üzere toplam 23 yatak bulunmaktadır.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini koroner YBÜ ve kardiyoloji servisine yatışları yapılan miyokard enfarktüsü tanısı almış ve koroner anjiyografi olmuş hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 18 yaş ve üzeri 171 hasta oluşturdu.

Örneklem hacminin belirlenebilmesi için G POWER 3.1.9.7. paket programından yeterli örneklem sayısı hesaplandı. Literatürde benzer bir araştırmaya rastlanılmadığı için orta etki büyüklüğü 0.3 esas alınarak priori (öncül) güç analizi yapıldı. Alpha 0.05, Power 0.95 esas alınarak yapılan güç analizinde örneklem sayısının 171 olması gerektiği belirlendi. Fakat 20 hastanın eksik cevaplar vermiş olması nedeniyle araştırma 151 hasta ile tamamlandı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olması
- Miyokard enfarktüsü geçirmiş olma
- Koroner anjiyo olmuş ve stabil hale gelmiş olma
- Herhangi bir iletişim probleminin olmaması
- Hastanın Türkçe anlıyor ve konuşuyor olabilmesidir.

Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Miyokard enfarktüsü geçirmemiş olma
- Miyokard enfarktüsü geçirmiş fakat anjiyo olmamış olması
- Miyokard enfarktüsü geçirmiş fakat sorulara cevap verebilecek stabillikte olmamasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-6), “Spirütüel İyi Oluş Ölçeği” (EK-7) ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” (EK-8) kullanıldı.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-6),

Araştırmacılar tarafından, literatür doğrultusunda^{79, 80} hazırlanan hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bilgilerin elde edileceği 16 sorudan (cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumunu nasıl değerlendirdiği, kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, anjiyo sayısı, uyku ile ilgili problem varlığı, daha sağlıklı olmak için çaba gösterme durumu, düzenli spor yapma, sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme) oluşmaktadır.

3.4.2. Spirütüel İyi Oluş Ölçeği (EK-7)

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Ekşi ve Kardaş⁸¹ tarafından 29 madde ve 3 alt boyuttan oluşturulmuş yetişkinlere yönelik bir ölçektir. Alt boyutlar Aşkılık, Doğayla Uyum ve Anomi'dir. Ölçekten en az 29, en çok 145 puan alınmakta ve puanlar arttıkça, spiritüel iyi oluş artmaktadır. Ölçek 5'li likert ile derecelendirilmiştir. “Aşkılık” aşkın bir gücün varlığına olan inancı, “Doğayla Uyum” insanın doğa ve çevre ile uyum içinde yaşama algısını, “Anomi” ise hayatın boş, manasız ve anlamsız olduğunu ve olumsuzluklar ibaret olduğunu temsil etmektedir.⁸¹ Ekşi ve Kardaş'ın yaptığı çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.88⁸¹ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise; Cronbach's Alpha değeri 0.90 olarak belirlendi.

3.4.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-8)

Beck umutsuzluk ölçeği, Beck ve ark.⁸² tarafından geliştirilmiştir.⁸² Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını ise 1993 yılında Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin⁸³ tarafından, 1994 yılında ise Durak ve Palabıyıkoglu⁸⁴ tarafından yapılmıştır. Beck umutsuzluk ölçeğinin 1., 3., 7., 11. ve 18. maddeleri ‘gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler’ alt boyutunu, 2., 4., 9., 12., 14., 16., 17. ve 20. maddeleri ‘motivasyon kaybı’ alt boyutunu, 5., 6., 8., 10., 13., 15. ve 19. maddeleri ‘umut’ alt boyutunu oluşturmaktadır⁸⁴. Beck umutsuzluk ölçeği 20 doğru-yanlış ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadelerden 11’i doğru, 9’u yanlıştır. Her doğru cevap 1, her yanlış cevap 0 puan almakta olup toplam puan 0-20 arasında değişmektedir. Puanların toplamı umutsuzluk skorunu 28 oluşturmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Beck ve ark.⁸² tarafından yapılan çalışmada Cronbach’s Alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur.⁸² Bu araştırmada ise; Cronbach’s Alpha değeri 0.84 olarak belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Aralık 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında 17 yataklı Kardiyoloji Servisi ve 5 yataklı Koroner YBÜ’de kriterlere uyan hastalarla toplandı. Koroner YBÜ ve Kardiyoloji Servisi’nde ekiple işbirliği yapılarak takip ve tedavinin olmadığı, hastanın yemek, uyku ve ziyaret saatlerine denk gelmeyecek şekilde hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin toplanma süresi yaklaşık 5-10 dakika sürdü. Koroner anjiyografi sonrasında hastalar stabil olup sorulara uygun cevap verecekleri duruma geldikten sonra veriler toplandı. Araştırma grubu kriterlerine sahip hastaların serviste hasta ve yakınlarına yoğun bakımda ise hastaya araştırmanın amacı açıklanıp, sorulan sorular yanıtlanıp sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra hastanın rahat cevap

verebilmesi amacıyla hastayla yalnız kalınarak veri toplama formları hastalara tek tek sorularak tercih ettikleri şıkları işaretlendi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Spirütüel İyi Oluş Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden elde edilen puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bilgilerin elde edileceği 16 sorudan (cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumunu nasıl değerlendirdiği, kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, anjiyo sayısı, uyku ile ilgili problem varlığı, daha sağlıklı olmak için çaba gösterme durumu, düzenli spor yapma, sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme) oluşan tanıtıcı bilgi formu araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 22 paket programı kullanılarak yapıldı. Ölçümlerin normal dağılım gösterip göstermediği Skewness ve Kurtosis değerleri ve histogram grafikleri ile belirlendi. “Aşkınlık” alt boyutunun normal dağılım göstermediği belirlendi. Diğer ölçümlerin normal dağılım gösterdiği saptandı. Analizler bu doğrultuda gerçekleştirildi. Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Cronbach's Alpha değeri kullanıldı. Tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizleri kullanıldı. İki puan ortalamalarının karşılaştırılmasında “Bağımsız Gruplarda t Testi” ve “Mann Whitney U Testi” kullanıldı. İki'den fazla puan ortalamasının karşılaştırılmasında “OneWayAnova” ve “Kruskall Wallis” testi kullanıldı. Ölçümler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edildi. Verileri lisansüstü

öğrencisi Seher Efe topladı. Verilerin analizini; daha önce istatistik analizleri konusunda eğitim almış olan hemşire bir akademisyenden destek alınarak yapıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay alındı (EK-3). Araştırmanın yapıldığı Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (EK-4). Ayrıca araştırma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak ve sordukları sorulara cevap verilerek sözlü onamları alındı. Hastalara araştırma sırasında toplanan verilerin gizlilik içerisinde işleneceğine ve bu araştırma dışında kullanılmayacağına ayrıca istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarına dair bilgi verildi. Araştırma insandan elde edilen verilerin kullanımına dayalı olduğundan kişisel hakların gözetilmesi gerekliliğinden konuyla alakalı etik prensiplerden “Bilgilendirilmiş Onam”, “Gönüllülük” ve “Gizliliğin Korunması” ilkelerine uyuldu. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden araştırma süresinde “İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu”na sadık kalındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca araştırmanın yürütüldüğü hastaneye genellenebilir. Araştırmanın verilerinin tek bir hastanede toplanması, belirli bir tarihle ve 151 hasta ile sınırlandırılmış, başka kurumlarla karşılaştırma yapılmamış olması araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Değişkenler	N	%
Cinsiyet	Kadın	44	29.1
	Erkek	107	70.9
Yaş	20-59	77	51
	60 ve üzeri	74	49
BKİ	18.5-24.9(normal)	41	27.2
	25-29.9(kilolu)	73	48.3
	30 ve üzeri	37	24.5
Medeni durum	Evli	147	97.4
	Bekar	4	2.6
Aile tipi	Çekirdek	97	64.2
	Geniş	54	35.8
Yaşadığı yer	İl	60	39.7
	İlçe	40	26.5
	Köy	51	33.8
Eğitim durumu	Yok	36	23.8
	İlköğretim-ortaöğretim	84	55.6
	Lise ve üzeri	31	20.5
Çalışma durumu	Çalışıyor	97	64.2
	Çalışmıyor	54	35.8
Ekonomik durumu	Gelir gідere eşit	69	45.7
	Gelir gідerden az	67	44.4
	Gelir gідerden fazla	15	9.9
Kronik hastalık varlığı	Var	77	49
	Yok	74	51
Sürekli kullandığı ilaç durumu	Var	100	66.2
	Yok	51	33.8
Anjiyo sayısı	1	95	62.9
	2 ve üzeri	56	37.1
Uyku ile ilgili problem varlığı	Evet	60	39.7
	Hayır	91	60.3
Daha sağlıklı olmak için çaba gösterme durumu	Evet	131	86.8
	Hayır	20	13.2
Düzenli spor yapma durumu	Evet	35	23.2
	Hayır	116	76.1
Sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme durumu	Her zaman	97	64.2
	Sık sık	17	11.3
	Bazen	29	19.2
	Hiçbir Zaman	8	5.3

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verildi. Hastaların %70.9’unun erkek, %51’inin 20-59 yaş aralığında, %48.3’ünün BKİ’sinin 25-29.9 aralığında, %97.4’ünün evli ve %64.2’inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %39.7’sinin ilde yaşadığı, %55.6’sının ilköğretim-ortaöğretim mezunu olduğu, %64.2’sinin çalıştığı, %45.7’sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %51’inin kronik rahatsızlığının olmadığı, %66.2’sinin sürekli kullandığı ilacın olduğu, %62.9’unun ilk anjiyosu olduğu belirlendi. Hastaların %60.3’ünün uyku ile ilgili probleminin olmadığı, %86.8’inin daha sağlıklı olmak için çaba gösterdiği, %76.1’inin düzenli spor yapmadığı, %64.2’sinin sağlıklıyken dini vecibelerini her zaman yerine getirdiği saptandı.

Tablo 4.2. Hastaların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının

Ölçekler	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
Aşkınlık	70.60±5.53	42	75
Doğayla Uyum	30.52±4.32	12	35
Anomi	16.87±5.51	7	32
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	126.25±12.35	83	144
Duygular	0.70±1.14	0	5
Motivasyon Kaybı	2.89±1.35	0	7
Beklentiler	1.73±1.29	0	5
Beck Umutsuzluk Ölçeği	5.70±3.41	2	18

Hastaların “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları Tablo 4.2’de verildi. Puan ortalamaları incelendiğinde “Aşkınlık” ortalamasının 70.60±5.53, “Doğayla Uyum” ortalamasının 30.52±4.32, “Anomi” ortalamasının 16.87±5.51, “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği”nin ortalamasının 126.25±12.35 olduğu belirlendi. Ayrıca “Duygular” ortalamasının 0.70±1.14, “Motivasyon Kaybı” ortalamasının 2.89±1.35, “Beklentiler” ortalamasının 1.73±1.29, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortalamasının ise 5.70±3.41 olduğu saptandı.

Tablo 4.3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Değişkenler	Aşkınlık	Doğayla Uyum	Anomi	Spiritüel İyi Oluş
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Cinsiyet	Kadın	70.82±4.92	30.23±4.79	17.89±5.62	125.16±12.10
	Erkek	70.51±5.78	30.64±4.13	16.45±5.43	126.70±12.48
Test ve p		U=2330.50	t=-0.526	t=1.463	t=-0.696
		p=0.923	p=0.600	p=0.145	p=0.488
Yaş	20-59	70.25±5.59	30.97±4.10	16.94±5.50	126.29±12.02
	60 ve üzeri	70.97±5.47	30.04±4.52	16.80±5.55	126.22±12.77
Test ve p		U=2578.00	t=1.330	t=0.153	t=0.034
		p=0.310	p=0.185	p=0.878	p=0.973
BKİ	18.5-24.9 (normal) ¹	70.54±5.40	30.54±3.79	16.83±5.07	126.24±11.72
	25-29.9 (kilolu) ²	71.31±4.70	31.26±4.09	16.52±6.03	128.05±11.88
	30 ve üzeri ³	69.27±6.92	29.03±5.00	17.59±4.92	122.70±13.47
		KW=3.919	F=3.383	F=0.465	F=2.346
Test, p ve fark		p=0.141	p=0.037	p=0.629	p=0.099
			2-3		
Medeni durum	Evli	70.80±5.20	30.57±4.34	16.72±5.39	126.65±12.00
	Bekar	63.25±11.62	28.50±3.70	22.25±7.97	111.50±17.90
Test ve p		U=102.00	t=-0.543	t=-1.214	t=-0.767
		p=0.025	p=0.588	p=0.227	p=0.444
Aile tipi	Çekirdek	70.09±6.39	30.39±4.31	16.95±5.85	125.54±13.44
	Geniş	71.52±3.34	30.74±4.37	16.72±4.87	127.54±10.09
Test ve p		U=2478.00	t=-0.474	t=0.241	t=-0.954
		p=0.581	p=0.636	p=0.810	p=0.342
Yaşadığı yer	İl	70.70±4.81	30.38±4.64	16.80±5.45	126.28±11.81
	İlçe	71.00±5.78	31.05±3.69	16.98±5.96	127.08±12.08
	Köy	70.18±6.16	30.25±4.44	30.25±4.44	125.57±13.36
Test, p ve fark		KW=1.503	F=0.423	F=0.012	F=0.165
		p=0.472	p=0.656	p=0.988	p=0.848

Tablo 4.3. (Devamı)

Özellikler	Değişkenler	Aşkınlık	Doğayla Uyum	Anomi	Spiritüel İyi Oluş
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Eğitim durumu	Yok¹	69.81±6.76	29.61±4.66	18.17±5.01	123.25±13.54
	İlköğretim-ortaöğretim²	70.64±5.23	30.54±4.29	16.38±5.71	126.80±11.91
	Lise ve üzeri³	71.42±4.84	31.52±3.88	16.68±5.44	128.26±11.89
Test, p ve fark		KW=2.604 p=0.272	F=1.634 p=0.199	F=1.354 p=0.261	F=1.565 p=0.212
Çalışma durumu	Çalışıyor	70.31±5.86	30.59±4.20	16.42±5.44	16.42±5.44
	Çalışmıyor	71.13±4.87	30.39±4.58	17.67±5.58	17.67±5.58
Test, p ve fark		U=2387.00 p=0.364	t=-0.874 p=0.384	t=-1.334 p=0.184	t=0.296 p=0.768
Ekonomik durumu	Gelir gidere eşit¹	70.06±6.29	30.30±4.54	16.75±5.49	125.61±13.79
	Gelir giderden az²	70.79±5.17	30.82±4.13	17.15±5.63	126.46±1.72
	Gelir giderden fazla³	72.27±2.05	30.13±4.32	16.13±5.33	128.27±7.59
Test, p ve fark		KW=0.673 p=0.714	F=0.305 p=0.737	F=0.233 p=0.792	F=0.300 p=0.741
Kronik hastalık varlığı	Var	70.82±5.26	30.46±4.19	16.81±5.47	126.47±12.12
	Yok	70.39±5.80	30.57±4.47	16.92±5.58	126.04±12.65
Test ve p		U=2762.50 p=0.746	t=-0.159 p=0.874	t=-0.124 p=0.902	t=0.215 p=0.830
Sürekli kullandığı ilaç durumu	Var	71.11±4.87	30.73±4.05	16.96±5.45	126.88±11.61
	Yok	69.71±6.57	30.10±4.82	16.69±5.67	125.02±13.73
Test ve p		U=2189.00 p=0.152	t=0.849 p=0.397	t=0.288 p=0.774	t=0.875 p=0.383
Anjiyo sayısı	1	70.26±5.98	30.39±4.36	16.56±5.59	126.74±12.75
	2 ve üzeri	71.18±4.65	30.73±4.29	17.39±5.37	126.52±11.76
Test ve p		U=2463.50 p=0.446	t=-0.469 p=0.639	t=-0.899 p=0.370	t=-0.203 p=0.840

Tablo 4.3. (Devamı)

Özellikler	Değişkenler	Aşkınlık	Doğayla Uyum	Anomi	Spiritüel İyi Oluş
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Uyku ile ilgili problem varlığı	Evet	70.72±4.79	30.53±4.21	18.17±5.68	125.08±11.81
	Hayır	70.53±5.99	30.51±4.42	16.01±5.25	127.02±12.70
Test ve p		U=2558.50 p=0.588	t=0.039 p=0.969	t=2.390 p=0.018	t=-0.943 p=0.347
Daha sağlıklı olmak için çaba gösterme	Evet	71.32±4.14	30.76±4.22	16.27±5.35	127.82±10.84
	Hayır	65.90±9.85	38.90±4.71	20.80±4.98	116.00±16.54
Test ve p		U=930.50 p=0.036	t=1.810 p=0.072	t=-3.559 p=0.001	t=4.200 p=0.001
Düzenli spor yapma durumu	Evet	72.03±3.17	31.86±3.69	14.80±4.23	131.09±8.47
	Hayır	70.17±6.00	30.11±4.43	17.49±5.71	124.79±12.98
Test ve p		U=1656.50 p=0.097	t=2.118 p=0.036	t=-3.022 p=0.003	t=3.362 p=0.001
Sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme durumu	Her zaman ¹	72.15±3.62	31.27±4.16	15.68±4.66	129.74±9.69
	Sık sık ²	67.65±6.05	28.53±4.72	18.94±5.68	119.24±15.13
	Bazen ³	69.62±5.24	29.79±4.03	18.76±6.15	122.66±10.79
	Hiçbir Zaman ⁴	61.63±11.41	28.25±4.68	20.00±8.47	111.88±20.35
Test, p ve fark		KW=30.539 p=0.001 1-2	F=3.328 p=0.021 1-2	F=4.620 p=0.001 1-3	F=10.524 p=0.001 1-2, 1-3, 1-4

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3’te verildi. Beden kitle indeksi 25-29.9 olanların, 30 ve üzeri olanlara göre “Doğayla Uyum” alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Evlilerin bekarlara göre “Aşkınlık” alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Uyku ile ilgili problemi olan hastaların, olmayanlara göre “Anomi” alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Daha sağlıklı olmak için çaba gösterenlerin “Aşkılık” alt boyutu ve “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Daha sağlıklı olmak için çaba gösterenlerin “Anomi” alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Düzenli spor yapanların, düzenli spor yapmayanlara göre “Doğayla Uyum” alt boyutu ve “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Düzenli spor yapanların, yapmayanlara göre “Anomi” alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.003$).

Sağlıklıyken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin, sık sık yerine getirenlere göre “Aşkılık” ve “Doğayla Uyum” alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Sağlıklıyken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin, bazen yerine getirenlere göre “Anomi” alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Sağlıklıyken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin, diğerlerine göre “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Değişkenler	Duygular	Motivasyon Kaybı	Beklenti	Umutsuzluk
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Cinsiyet	Kadın	0.66±1.12	2.73±1.23	1.89±1.33	5.82±3.23
	Erkek	0.72±1.16	2.95±1.40	1.66±1.27	5.66±3.49
Test ve p		t=-0.295	t=-0.935	t=0.964	t=0.252
		p=0.768	p=0.351	p=0.337	p=0.801

Tablo 4.4. (Devamı)

Özellikler	Değişkenler	Duygular	Motivasyon Kaybı	Beklenti	Umutsuzluk
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Yaş	20-59	0.66±1.17	2.91±1.32	1.66±1.28	5.58±3.45
	60 ve üzeri	0.74±1.12	2.86±1.39	1.80±1.30	5.84±3.39
Test ve p		t=-0.434 p=0.665	t=0.201 p=0.841	t=-0.641 p=0.522	t=-0.445 p=0.649
BKİ	18.5-24.9 (normal) ¹	0.61±1.05	2.90±1.18	1.68±1.49	5.56±2.67
	25-29.9 (kilolu) ²	0.51±1.01	2.73±1.35	1.49±1.33	4.99±3.32
	30 ve üzeri ³	1.19±1.35	3.19±1.51	2.24±1.30	7.30±3.84
Test, p ve fark		F=4.799 p=0.010 2-3	F=1.459 p=0.236	F=4.370 p=0.014 2-3	F=6.081 p=0.003 2-3
Medeni durum	Evli	0.69±1.14	2.88±1.35	1.71±1.29	5.67±3.40
	Bekar	1.00±1.41	3.25±1.26	2.50±1.29	7.00±4.08
Test ve p		t=-0.528 p=0.598	t=-0.543 p=0.588	t=-1.214 p=0.227	t=-0.767 p=0.444
Aile tipi	Çekirdek	0.78±1.26	3.09±1.44	1.78±1.39	6.05±3.76
	Geniş	0.56±0.88	2.52±1.09	1.63±1.10	5.09±2.59
Test ve p		t=1.299 p=0.196	t=2.55 p=0.012	t=0.701 p=0.484	t=1.845 p=0.067
Yaşadığı yer	İl	0.68±0.14	2.95±1.24	1.63±1.34	5.72±3.35
	İlçe	0.75±1.00	2.98±2.49	1.78±1.33	5.82±3.40
	Köy	0.69±1.21	3.75±1.37	1.80±1.22	5.61±3.55
Test, p ve fark		F=0.048 p=0.954	F=0.429 p=0.652	F=0.273 p=0.761	F=0.045 p=0.956
Eğitim durumu	Yok ¹	0.944±1.26	2.78±1.31	2.03±1.32	6.39±3.78
	İlköğretim-ortaöğretim ²	0.64±1.09	2.96±1.43	1.67±1.27	5.58±1.42
	Lise ve üzeri ³	0.58±1.12	2.81±1.19	1.54±1.29	5.26±2.87
Test, p ve fark		F=1.101 p=0.335	F=0.308 p=0.735	F=1.373 p=0.257	F=1.045 p=0.354
Çalışma durumu	Çalışıyor	0.77±1.19	2.99±1.43	1.66±1.27	5.75±3.61
	Çalışmıyor	0.57±1.04	2.70±1.19	1.85±1.34	5.63±3.04
Test, p ve fark		t=1.027 p=0.306	t=1.251 p=0.213	t=-0.876 p=0.383	t=0.212 p=0.833
Ekonomik durumu	Gelir gidere eşit ¹	0.81±1.23	2.94±1.46	1.64±1.27	5.80±3.73
	Gelir giderden az ²	0.66±1.15	2.90±1.33	1.81±1.33	5.73±3.36
	Gelir giderden fazla ³	0.40±0.51	2.60±0.83	1.80±1.26	5.20±1.86
Test, p ve fark		F=0.894 p=0.411	F=0.395 p=0.675	F=0.312 p=0.733	F=0.190 p=0.827

Tablo 4.4. (Devamı)

Özellikler	Değişkenler	Duygular	Motivasyon Kaybı	Beklenti	Umutsuzluk
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Kronik hastalık varlığı	Var	0.73±1.11	2.96±1.50	1.92±1.34	6.05±1.60
	Yok	0.68±1.75	2.82±1.19	1.55±1.22	5.38±3.20
Test ve p		t=0.292 p=0.771	t=0.639 p=0.524	t=1.791 p=0.075	t=1.223 p=0.223
Sürekli kullandığı ilaç durumu	Var	0.64±1.04	2.82±1.38	1.79±1.33	5.66±3.36
	Yok	0.82±1.32	3.02±1.29	1.61±1.22	5.80±3.52
Test ve p		t=-0.864 p=0.390	t=-0.859 p=0.392	t=0.819 p=0.414	t=-0.245 p=0.807
Anjiyo sayısı	1	0.63±1.08	2.80±1.23	1.68±1.36	5.49±3.20
	2 ve üzeri	0.82±1.24	3.04±1.54	1.80±1.17	6.07±3.74
Test ve p		t=-0.987 p=0.325	t=-0.979 p=0.330	t=-0.548 p=0.585	t=-1.004 p=0.317
Uyku ile ilgili problem varlığı	Evet	0.78±1.17	3.15±1.48	1.95±1.24	6.40±3.41
	Hayır	0.65±1.13	2.71±1.23	1.58±1.31	5.25±3.35
Test ve p		t=0.710 p=0.479	t=1.960 p=0.052	t=1.724 p=0.087	t=2.045 p=0.043
Daha sağlıklı olmak için çaba gösterme	Evet	0.58±0.98	2.79±1.29	1.60±1.25	5.32±3.07
	Hayır	1.50±1.70	3.55±1.57	2.55±1.28	8.25±4.41
Test ve p		t=-2.358 p=0.028	t=-2.395 p=0.018	t=-3.145 p=0.002	t=-3.730 p=0.001
Düzenli spor yapma durumu	Evet	0.40±0.81	2.60±1.14	0.94±0.94	4.26±2.52
	Hayır	0.79±1.40	2.97±1.40	1.97±1.29	6.15±3.53
Test ve p		t=-2.215 p=0.029	t=-1.607 p=0.113	t=-5.146 p=0.001	t=-3.513 p=0.001
Sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme durumu	Her zaman ¹	0.49±0.91	2.63±1.08	1.60±1.20	5.05±2.74
	Sık sık ²	1.00±1.54	3.53±1.91	1.47±1.37	6.59±4.50
	Bazen ³	1.00±1.25	3.07±1.33	2.07±1.39	6.55±3.51
	Hiçbir Zaman ⁴	1.50±1.69	4.00±2.00	2.63±1.51	8.75±5.37
Test, p ve fark		F=3.587 p=0.015 1-3, 1-4	F=4.797 p=0.003 1-4	F=2.597 p=0.055	F=4.602 p=0.004 1-4

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’te verildi. Beden kitle indeksi 25-29.9 olanların, 30 ve üzeri olanlara göre “Duygular”, “Beklenti” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” puan ortalamalarının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çekirdek aileye sahip olanların, geniş aileye sahip olanlara

göre “Motivasyon Kaybı” alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Uyku ile ilgili problem yaşayan hastaların, diğerlerine göre “Beck Umutsuzluk ölçeği” puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Daha sağlıklı olmak için çaba göstermeyenlerin, çaba gösterenlere göre “Duygular”, “Motivasyon Kaybı”, “Beklenti” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Düzenli olarak spor yapmayanların, yapanlara göre “Duygular”, “Beklenti” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sağlıklıken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin, dini vecibelerini bazen yerine getiren ve hiçbir zaman yerine getirmeyenlere göre “Duygular” alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Sağlıklıken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin, dini vecibelerinin hiçbir zaman yerine getirmeyenlere göre “Motivasyon Kaybı” alt boyutu ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” puan ortalamalarının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

		Aşıklık	Doğayla Uyum	Anomi	Spiritüel İyi Oluş	Duygular	Motivasyon Kaybı	Beklentiler	Umutsuzluk
Aşıklık	r	1	.588**	-.457**	.856**	-.514**	-.399**	-.383**	-.544**
	p		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Doğayla Uyum	r	.588**	1	-.362**	.774**	-.321**	-.245**	-.326**	-.381**
	p	.000		.000	.000	.000	.002	.000	.000
Anomi	r	-.457**	-.362**	1	-.777**	.468**	.391**	.546**	.578**
	p	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
Spiritüel İyi Oluş	r	.856**	.774**	-.777**	1	-.551**	-.439**	-.529**	-.634**
	p	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
Duygular	r	-.514**	-.321**	.468**	-.551**	1	.623**	.488**	.872**
	p	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
Motivasyon Kaybı	r	-.399**	-.245**	.391**	-.439**	.623**	1	.323**	.790**
	p	.000	.002	.000	.000	.000		.000	.000
Beklentiler	r	-.383**	-.326**	.546**	-.529**	.488**	.323**	1	.736**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Umutsuzluk	r	-.544**	-.381**	.578**	-.634**	.872**	.790**	.736**	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

** . Correlation Is Significant at the 0.01 Level (2-Tailed).

Hastaların “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ve alt boyutlarına ilişkin korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.5’te verildi. Korelasyon gücü 0.10-0.29 zayıf, 0.30-0.49 orta, 0.50-1 güçlü olacak şekilde değerlendirildi. “Aşıklık” alt boyutu ile “Doğayla Uyum” arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). “Aşıklık” alt boyutu ile “Spiritüel İyi Oluş” arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Doğayla Uyum” ile “Spiritüel İyi Oluş” arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). “Anomi” alt boyutu ile “Aşıklık” arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Anomi” alt boyutu ile “Doğayla Uyum” arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). “Anomi” alt boyutu ile “Spiritüel İyi Oluş” arasında güçlü düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$).

“Duygular” alt boyutu ile “Motivasyon Kaybı” arasında güçlü düzeyde pozitif bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Duygular” alt boyutu ile “Beklentiler” arasında orta

düzeyde pozitif bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). “Duygular” alt boyutu ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” arasında güçlü düzeyde pozitif bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). “Motivasyon Kaybı” alt boyutu ile “Beklentiler” arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Motivasyon Kaybı” alt boyutu ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” arasında güçlü düzeyde pozitif bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). “Beklentiler” alt boyutu ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” arasında güçlü düzeyde pozitif bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

“Duygular” alt boyutu ile “Aşkılık” arasında güçlü düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Duygular” alt boyutu ile “Doğayla Uyum” arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). “Duygular” alt boyutu ile “Anomi” arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). “Duygular” alt boyutu ile “Spiritüel İyi Oluş” arasında güçlü düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

“Motivasyon Kaybı” alt boyutu ile “Aşkılık”, “Doğaya Uyum” ve “Spiritüel İyi Oluş” arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Motivasyon Kaybı” alt boyutu ile “Anomi” arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). “Beklentiler” alt boyutu ile “Aşkılık” ve “Doğaya Uyum” arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). “Beklentiler” alt boyutu ile “Anomi” arasında güçlü düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Ayrıca “Spiritüel İyi Oluş” ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” arasında güçlü düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlayan araştırmanın bulguları aynı veya yakın kavramlar ile yapılan bazı çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışıldı. Literatür incelendiğinde miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde umutsuzluk düzeyleri ile ilgili sınırlı çalışmalar bulunduğu^{15, 88} fakat spiritüel iyi oluş ile ilgili çalışmaların olmadığı fakat farklı örneklem grubuyla çalışmalar olduğu gözlemlendi. Bu bağlamda araştırmadan elde edilen verilerin bu boşluğu doldurmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada; miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerdeki spiritüel iyi oluş düzeyinin ortalamanın üstünde olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Bu araştırmaya benzer olarak Çiçekli ve Çalışkan'ın⁸⁵ yaptığı çalışmada hastaların spiritüel iyi oluş düzeyleri ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Bezerre ve ark.'nın⁸⁶ kardiyak cerrahi öncesi hastaların spiritüel iyi oluşları ile ilgili yaptıkları çalışmada puan ortalamaları daha düşük çıkmıştır.⁸⁶ Aşiret ve Okatan'ın⁸⁷ hipertansiyon hastalarının spiritüel iyi oluşları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ise bu araştırmadan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸⁷ Araştırma da hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu her şeyin Allah'tan geldiğini düşünerek tam bir teslimiyet halinde oldukları söylenebilir. Ayrıca bu araştırmada ve diğer çalışmalarda spiritüel iyi oluş düzeylerinin farklılık göstermesinin nedeni farklı hasta gruplarıyla çalışılmasından ve kültürel özelliklerden kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada; MI geçirmiş hastaların beck umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Benzer olarak Yaman ve Muz'un¹⁵ miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada umutsuzluk düzeyinin düşük çıktığı belirlenmiştir. Arslantaş ve ark.'nın⁷¹ yaşı

hastalarda umutsuzluk düzeyini inceledikleri çalışmada ve Savaşan ve ark.'nın⁸⁸ koroner arter hastalarında umutsuzluk düzeylerini konu aldıkları çalışmada umutsuzluk düzeyleri bu araştırmadan daha yüksek çıkmıştır. Diğer taraftan Alacacioğlu'nun⁸⁹ kanser hastalarının umutsuzluk düzeyleri üzerine yaptığı çalışmada bu araştırmadan daha düşük çıkmıştır.⁸⁹ Bu araştırmada hastaların umutsuzluk düzeyinin düşük çıkması sevindiricidir. Hastaların hastalık teşhisinin kısa sürmesi, yaşanan ölüm korkusunun ve ağır semptomların hızlı bir şekilde geçmesi, normal hayatlarına hızlı geçiş sağlamaları nedeniyle umutsuzluk düzeylerinin düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir. Bu nedenle hemşireler bakım verdiği hasta gruplarının sürecini takip etmeli ve umutsuzluğunu azaltmak için gerekli hemşirelik girişimlerini uygulaması gerektiğinin önemi vurgulanmalıdır.

Araştırmaya katılan hastaların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile BKİ, medeni durum, uyku ile ilgili problem varlığı, daha sağlıklı olmak için çaba gösterme durumu, düzenli olarak spor yapma ve sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme düzeyleri arasında anlamlı derecede farklılıklar görülmektedir. BKİ kilolu olanların (25-29.9), obez olanlara göre (30 ve üzeri) spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.3). Doğayla uyum, kilolu (25-29.9) olan hastalarda 1. derece obez olanlara (30 ve üzeri) olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.3). Spiritüelliğin ayrılmaz bir parçası olan doğaya uyum, bireyin fiziki çevresini bilmesi, kabullenmesi, ona uyum sağlamasıdır. Kendisi ve doğa ile ilişkisiyle yaratıcıyı düşünmesidir.⁸¹ Kilolu olanların obez olanlara göre daha hayat dolu, doğayla ve kendisiyle barışık olduğu söylenebilir.

Evlilerin aşkınlık alt boyutu bekarlardan daha yüksektir. Aşkınlık, güçlü ve sonsuz bir varlığın olduğuna ve ona karşı güçsüz, muhtaç olduğuna inanması durumu olarak ifade edilmektedir.⁹⁰ Bu araştırmaya benzer olarak Uğurluoğlu ve Erdem'in⁹⁰ travma geçiren bireylerin spiritüel iyi oluşları ile ilgili çalışmalarında evlilerin aşkınlık düzeyi

bekardan yüksek bulunmuştur.⁹⁰ Nurkan'ın çalışmasında evlilerin spiritüel iyi oluş düzeyleri bekarlardan yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.⁹¹ Çiçekli'nin açık kalp ameliyatı uygulanacak olan hastalarla yaptığı çalışmada evlilerin puan ortalaması bekarlardan daha yüksek bulunmuştur.⁹² Bu sonuçlar evlilerin spiritüel iyi oluşlarının daha güçlü olduğu, ilahi bir gücün varlığına ve dünya hayatının geçiciliğe daha çok inandıklarını düşündürmektedir. Bu durum evli bireylerin bekarlardan daha fazla sorumluluk sahibi olmasına bağlanabilir.

Uyku ile ilgili problemleri olan kişilerin olmayanlara göre spiritüel iyi oluş alt boyutu olan hayatın anlamsızlığını ve olumsuz yönlerini düşündüren anomi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Anomi, spiritüel iyi oluş ölçeği için olumsuz bir durup olup düşüklüğü spiritüelliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Bireyin bulunduğu toplum ve kültürde ne yapması gerektiğini belirleyen toplumsal kuralların olmadığı bir durumda yapması gerekenler konusunda yaşadığı kararsızlık, huzursuzluk ve sıkıntıdır.⁸¹ Uyku problemi yaşayanların anomi alt boyutu uyku problemi yaşamayanlardan daha yüksek spiritüel iyi oluşları daha düşüktür. Saiz ve ark.'nın⁹³ yaptığı bir çalışmada maneviyat düzeyi yüksek kişilerin düşük olanlara göre daha iyi ve verimli bir uyku kalitesine sahip oldukları, daha az uyku problemleri yaşadıkları ve günlük aktivitelerinde uyanık kalma problemini daha az hissettikleri görülmüştür.⁹³ Uyku problemi olan kişilerin hayatın anlam ve amacı olmadığını her şeyin boş olduğunu düşündüğünü, inanç sisteminin zayıf oldukları söylenebilir.

Daha sağlıklı olmak için çaba gösterenlerin aşkınlık, anomi ve spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Sağlıklı olmak için çaba gösterenlerin göstermeyenlere göre aşkınlık ve spiritüel iyi oluş düzeyleri daha yüksekken anomi alt grubu daha düşük bulunmuştur. Spiritüel iyi oluşları yüksek olan

hastaların sağlık durumlarını süzdürmek, korumak ve düzeltmek için daha fazla uğraştıkları düşünölebilir.

Düzenli olarak spor yapanların doğayla uyum ve spiritüel iyi oluş düzeyleri spor yapmayanlara göre daha yüksekken anomi alt boyutları daha düşük bulunmuştur. Anomi, olumsuz bir durup olup düşöklüğü spiritüelliğin yüksek olduğunu gösterdiği için sonuçlar sevindiricidir. Spor hastaların doğaya uyum sağlamasına yardımcı olması nedeniyle spiritüel iyi oluşlarını arttırdığını düşöndürmektedir. Sporun özellikle kalp damarlarında tıkanmaları engellemesi ve solunumu düzenlemesi bu durumu etkilemiş olabilir.

Sağlıklıyken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin diğerlerine oranla aşkınlık, doğayla uyum ve spiritüel iyi oluşları istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuşken anomi alt grubu daha düşük olmuştur. Dini vecibelerini yerine getirmek bireylerde iç huzuru sağlamasından kaynaklanmış olabilir. Bu durum bireylerin yaşadığı kültörel ve dini yapılarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların Beck umutsuzluk düzeyleri ile BKİ, aile tipi, uyku ile ilgili problem varlığı, daha sağlıklı olmak için çaba gösterme durumu, düzenli olarak spor yapmave sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme sıklıklarına göre anlamlı derecede farklılıklar görölmektedir. Umutsuzluk ölçeği ve alt boyutlarında ise BKİ 25-29.9 olanların 30 ve üzeri olanlara göre gelecekle ilgili beklenti ve duygularının daha yüksek olduğu umutsuzluklarının daha düşük olduğu görölmektedir. Yapılan araştırmalarda artan kiloyla beraber bireyin fiziksel aktivite düzeyinin azalması, hastalık durumlarında semptomları arttırması ve komplikasyonları tetiklemesi umutsuzluk düzeyini arttırdığı görölmüşür.^{94, 95} Literatür incelendiğinde araştırma bulgusunu desteklemeyen çalışmalar olduğu görölmektedir. Salık'ın kalp yetmezliği olan hastalarda umutsuzluk düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmada kilolu olanların umutsuzluk puan ortalamaları obez olanlardan daha yüksek bulunmuştur.⁹⁵ Anadolu kültüründe ve benzeri

birçok kültürde kilolu olma anlayışının zenginlik, sağlık, mutluluk, huzur olarak görülmektedir.⁹⁶ Çalışmalar arasındaki farklılığın örneklem gruplarının sosyo-kültürel farklılıklarından kaynaklı kilo algılarının farklılık göstermesinden olduğu düşünülmektedir.

Bekarların umutsuzluk puan ortalamaları evlilerden daha yüksek ama istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Benzer olarak beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirildiği Gümüşhane ili örneğinde bekarların umutsuzluk düzeyleri evlilerden daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.⁹⁷ Literatürde bu araştırmadan farklı sonuçlar da olduğu görülmektedir. Kalp yetmezliği olan hastaların umutsuzluk düzeyi ile ilgili yapılan çalışmada evlilerin umutsuzluk düzeyi bekarlardan yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.⁹⁵ Aynı şekilde Arslantaş ve ark.'nın ⁷¹ yatan hastalarda umutsuzluk düzeyi ile ilgili çalışmalarında evlilerin puan ortalaması bekarlardan yüksek ve anlamlı bulunmuştur.⁷¹ Evliliğin bireyin yaşamının birçok noktasında etkili olması, yalnızlık duygusunun az hissedilip sevgi, saygı, birliktelik, yardımlaşmanın olması, gelecekle ilgili karar ve motivasyonlarda beraber hareket edilmesi umutsuzluğu azalttığını düşündürmektedir.

Çekirdek aileye sahip olanların motivasyon kaybı ve umutsuzluk düzeyleri geniş ailelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Demirel ve ark.'nın ⁹⁸ metastaz durumuna göre kanser hastalarının umutsuzluk düzeyleri ile ilgili çalışmada çekirdek aileye sahip olanların puan ortalamaları geniş aileye göre daha yüksek bulunmuştur.⁹⁸ Bu araştırmadan farklı olarak beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenlerle değerlendirildiği Gümüşhane ili örneğinde çekirdek aileye sahip kişilerin umutsuzluk puan ortalaması geniş aileye oranla düşük fakat istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.⁹⁷ Bu araştırmada yaş grubunun çoğunluğunun torun sahibi olunan yaş grubunda olduğu ve gelin, torun, damat ve çocuklarıyla yaşadıkları yalnız kalma

durumunun olmadığı torun sevgisinin olduğu için umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar incelendiğinde aralarındaki farklılıkların ise çalışılan örneklemdeki yaş aralığı, kültürel farklılıklar, dini ve etnik yapıdan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Uyku ile ilgili problemi olanların umutsuzluk düzeyi olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Benzer olarak Koç ve ark.'nın⁹⁹ yaptığı çalışmada uyku bozukluğu yaşayan hastaların puan ortalaması yaşamayanlardan yüksek bulunmuştur.⁹⁹ Günlük hayatın akışında verimliliği oldukça etkileyen, hastalık durumu ve tedaviye uyumu zorlaştırması nedeniyle uykusuzluk umutsuzluğu arttırmaktadır.¹⁰⁰ Uyku dinlenme ve yeniden güne hazırlanma için gereklidir. Bu nedenle hemşirelerin hem hastanede hem de hastaların evlerinde uyku sorunuyla başetme yöntemlerinin öğretilmesi umutsuzluğu da azaltacağı için üzerinde durulmalıdır.

Daha sağlıklı olmak için çaba gösterme durumlarına göre beklenti umutsuzluk düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Daha sağlıklı olmak için çaba gösterenlerin göstermeyenlere göre geleceğe yönelik beklentilerinin daha yüksek, daha olumlu duygularının olduğu, motivasyon kayıplarının daha düşük ve geleceğe daha umutla baktıklarını düşündürmektedir.

Düzenli olarak spor yapanların yapmayanlara göre geleceğe yönelik beklentileri ve pozitif duyguları daha yüksek olup umutsuzlukları daha düşük olmaktadır. Literatürde araştırmaya benzer olarak düzenli spor yapan ve yapmayan öğrencilerin umutsuzluk düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada düzenli spor yapan üniversite öğrencilerinin umutsuzluk düzeyleri yapmayanlara oranla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.¹⁰¹ MI geçirmiş bireylerde umutsuzluk düzeyi ile ilgili yapılan çalışmada egzersiz yapanların umutsuzluk düzeyleri yapmayanlara oranla daha yüksek

bulunmuştur.¹⁵ Spor yapmak bireylerin dikkatini dağıtmak için önemli bir araç olmasından kaynaklanmış olabilir.

Sağlıklıken dini vecibelerini her zaman yerine getirenlerin hiçbir zaman yerine getirmeyenlere oranla daha anlamlı duygular içerisinde oldukları motivasyon kayıpları ve umutsuzluk düzeyleri daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Düzenli namaz kılma ve kılmama ile ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine yapılmış bir çalışmada düzenli namaz kılan bireylerin umutsuzluk, yalnızlık, stres gibi durumlarla daha rahat baş edebildikleri ruhsal olarak daha iyi oldukları görülmüştür.¹⁰² Konya Huzurevi'nde yaşayan yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada namaz ile hayattan zevk alma ve mutluluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹⁰³ Dini inanç ve ibadetlerin olumsuz durumlarda bireyin iyimserliğini, umut düzeyini arttırdığını bakış açısını değiştirdiği, geleceğe yönelik pozitif düşüncelerle kötü anları daha hafif hissetmelerini sağlamaktadır.¹⁰⁴

Araştırma bulguları incelendiğinde spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyleri arasında güçlü ve negatif yönlü bir korelasyon gözlenmiştir (Tablo 4.5). Hastalarda spiritüel iyi oluşun artması umutsuzluk düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Bu durum maneviyatı yüksek hayatının anlam ve amacını bulduğunu düşünen hastaların negatif düşüncelerden uzak umutlarının ve motivasyonlarının yüksek olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bu bulgu sevindiricidir. Bireylerin spiritüel iyi oluşları artırılarak hastaların umutsuzluğunun azaltılması, hastalığın kabulünü, yaşam kalitesini, motivasyonunu ve yaşam sevinci gibi birçok parametreleri etkileyeceği düşünülmektedir. Bu alanda hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlayan araştırma sonucunda;

- Araştırmaya katılan bireylerin spiritüel iyi oluşlarının yüksek, umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu,
- Bireylerin spiritüel iyi oluş ölçeği ve beck umutsuzluk ölçeğinin BKİ, medeni durum, aile tipi, uyku ile ilgili problem varlığı, sağlıklı olmak için çaba gösterme durumu, düzenli spor yapma ve sağlıklıyken dini vecibelerini yerine getirme durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu,
- Bireylerin beck umutsuzluk ölçeği ve spiritüel iyi oluş ölçeğinin cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, eğitim ve çalışma durumu, ekonomik durumunu değerlendirme biçimi, kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaç varlığı, anjio sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı,
- Spiritüel iyi oluş ve umutsuzluk düzeyi aralarında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde spiritüel iyi oluş düzeyleri ve buna bağlı olarak umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi,
- Umutsuzluk düzeyi yüksek hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin artırılması için manevi bakımın bireye özgü hemşirelik girişimlerine eklenmesi,
- Spiritüel iyi oluşun hastanın tedaviye katılımını, beslenmesini, sağlığı için çaba göstermesini, uyku düzenini etkilediği göz önüne alınarak tedavi öncesi, sonrası veya tedavi sırasında manevi danışmanlık verilmesi,

- Hastanın umut düzeyini arttıran dini vecibe rutinlerinin sınırlar ve imkanlar dahilinde yerine getirilmesi yönünde hemşirelik girişimlerinin yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

1. Bayindir SK, Biçer S. Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019, 4: 25-29.
2. Çetin G. Acil servise göğüs ağrısıyla başvuran hastalarda hemşirelik bakım memnuniyetinin anksiyete ve ağrı üzerine etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.
3. Polat C, Kırkaya Z, Enç N. Miyo-Perikarditte Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. 2015.
4. Güven F, Kantarcı M. Miyokard perfüzyonu ve iskemik kalp hastalıkları. *Trd Sem*, 2018, 6: 152-169.
5. Olgun S, Kaptan G, Büyükcinal SK. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 2016, 1: 6-15.
6. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK, 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> 15 Ocak 2023.
7. Dural G, Sarıtaş SÇ. Miyokard infarktüsünde ev tabanlı eğitim ve yaşam kalitesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8: 86-94.
8. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23: 66-75.
9. Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Gorgulu O. Psychometric properties of the Persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. *Journal of religion and health*, 2017, 56: 1981-1997.

10. Ekşi H, Boyalı C, Ümmet D. Öğretmen adaylarının spiritüel iyi oluş ile yaşamda anlam değişkenlerinin psikolojik dayanıklılığı yordaması: Bir yapısal eşitlik modeli (YEM) denemesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2019, 27: 1695-1704.
11. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1993, 1.
12. Kiliç N, Kiliç SP. Kronik hastalıklar ve umut terapisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2022, 7: 185-190.
13. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 1997, 17: 1490-1495.
14. Babamohamadi H, Kadkhodaei-Elyaderani H, Ebrahimian A, Ghorbani R. The effect of spiritual care based on the sound heart model on the spiritual health of patients with acute myocardial infarction. *Journal of religion and health*, 2020, 59: 2638-2653.
15. Yaman V, Muz G. Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2021.
16. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2017, 19: 57-74.
17. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019, 3: 140-152.
18. Buldan Ö, Kurban NK. Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2018, 11: 274-282.

19. Şentürk S, Bıçak D, Derya A. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, 5: 35-39.
20. Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2017, 3: 39-45.
21. Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality from ischemic heart disease: Analysis of data from the World Health Organization and coronary artery disease risk factors From NCD Risk Factor Collaboration. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*, 2019, 12: e005375.
22. Jayaraj JC, Davatyan K, Subramanian S, Priya J. Epidemiology of myocardial infarction. *Myocard. Infarct*, 2019, 3.
23. Lu L, Liu M, Sun R, Zheng Y, Zhang P. Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 2015, 72: 865-867.
24. Song PS, Kim MJ, Seong S-W, Choi SW, Gwon H-C, Hur S-H, Rha S-W, Yoon C-H, Jeong MH, Jeong J-O, Investigators K-N. Gender Differences in All-Cause Mortality after Acute Myocardial Infarction: Evidence for a Gender–Age Interaction. *Journal of Clinical Medicine*, 2022, 11: 541.
25. Nabel EG, Braunwald E. A tale of coronary artery disease and myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2012, 366: 54-63.
26. Lenselink C, Ties D, Pleijhuis R, van der Harst P. Validation and comparison of 28 risk prediction models for coronary artery disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2021, 29: 666-674.
27. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of translational medicine*, 2016, 4.

28. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. *İstanbul: Logos Yayıncılık*, 2017: 104-119.
29. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, Keltai M, Diaz R, Rangarajan S, Yusuf S, Investigators obotI. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 2008, 29: 932-940.
30. Rydén L, Standl E, Bartnik M, et. al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary: The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal*, 2007, 28: 88-136.
31. Boateng S, Sanborn T. Acute myocardial infarction. *Disease-a-month: DM*, 2013, 59: 83-96.
32. Kjeldsen SE. Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. *Pharmacological Research*, 2018, 129: 95-99.
33. Tetik SS, Tanriverdi B. Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 2017, 21: 1-9.
34. Haffner SM. Diabetes, hyperlipidemia, and coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 1999, 83: 17-21.
35. Al-Nozha MM, Al-Mazrou YY, Arafah MR, Al-Maatouq MA, Khalil MZ, Khan NB, Al-Khadra A, Al-Marzouki K, Al-Harthi SS, Abdullah M. Smoking in Saudi Arabia and its relation to coronary artery disease. *Journal of the Saudi Heart Association*, 2009, 21: 169-176.

36. Costanzo S, Castelnovo AD, Donati MB, Iacoviello L, Gaetano Gd. Alcohol Consumption and Mortality in Patients With Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010, 55: 1339-1347.
37. Fernandez-Sola J. Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nature Reviews Cardiology*, 2015, 12: 576-587.
38. Winzer EB, Woitek F, Linke A. Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*, 2018, 7: e007725.
39. Wessel TR, Arant CB, Olson MB, Johnson BD, Reis SE, Sharaf BL, Shaw LJ, Handberg E, Sopko G, Kelsey SF, Pepine CJ, Bairey Merz CN. Relationship of Physical Fitness vs Body Mass Index With Coronary Artery Disease and Cardiovascular Events in Women. *JAMA*, 2004, 292: 1179-1187.
40. Sharma M, Ganguly NK. Premature coronary artery disease in Indians and its associated risk factors. *Vascular health and risk management*, 2005, 1: 217.
41. Bertuzzi M, Negri E, Tavani A, La Vecchia C. Family history of ischemic heart disease and risk of acute myocardial infarction. *Preventive medicine*, 2003, 37: 183-187.
42. Grines CL, Cox DA, Stone GW, Garcia E, Mattos LA, Giambartolomei A, Brodie BR, Madonna O, Eijgelshoven M, Lansky AJ. Coronary angioplasty with or without stent implantation for acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341: 1949-1956.
43. Saaby L, Poulsen TS, Hosbond S, Larsen TB, Diederichsen ACP, Hallas J, Thygesen K, Mickley H. Classification of myocardial infarction: frequency and features of type 2 myocardial infarction. *The American Journal of Medicine*, 2013, 126: 789-797.

44. Jangaard N, Sarkisian L, Saaby L, Mikkelsen S, Lassen AM, Marcussen N, Thomsen JL, Diederichsen AC, Thygesen K, Mickley H. Incidence, frequency, and clinical characteristics of type 3 myocardial infarction in clinical practice. *The American journal of medicine*, 2017, 130: 862. e869-862. e814.
45. Eckner D, Pauschinger M, Ademaj F, Martinovic K. Clinical implications of the fourth universal definition of myocardial infarction. *Herz*, 2020, 45: 520-527.
46. Tenekeci EG, Kara B. Miyokart infarktüsü geçiren bireylerde uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2016, 58: 366.
47. Fırat FA, Dedeli Ö. Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 7: 153-161.
48. Demirbaş E, Yunus K. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Black Sea Journal of Health Science*: 1-2.
49. Uzdil N, Ceyhan O, Simsek N. Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Psikososyal Yaklaşım. *Annals of Health Sciences Research*, 7: 51-57.
50. Ebrahimi H, Jafarabadi MA, Arshetnab HN, Khanmiri SG. Relationship between Nurses' Spiritual Well-being and Nurses' perception of competence in providing spiritual care for patients. *Medical Science and Discovery*, 2016, 3: 81-86.
51. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *GOP Taksim EAH JAREN*, 2017, 3: 37-42.
52. Gunes H, Bulbuloglu S, Saritaş S. Investigation of adherence to immunosuppressive therapy and spiritual well-being in liver recipients. *Transplant Immunology*, 2022, 72: 101585.

53. Feizi S, Nasiri M, Bahadori H, Amiri MH, Mirhosseini H. The relationship between spiritual well-being and happiness among healthcare students: Application of the spiritual health questionnaire for the Iranian population. *Heliyon*, 2020, 6: e05448.
54. Moeini M, Ghasemi TMG, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 2012, 17: 195.
55. Oglesby LW, Gallucci AR, Wynveen C, Ylitalo K, Benson N. The relationship between spiritual well-being and burnout in collegiate athletic trainers. *Journal of Athletic Training*, 2021, 56: 518-528.
56. de Diego-Cordero R, Suárez-Reina P, Badanta B, Lucchetti G, Vega-Escañó J. The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*, 2022: 151618.
57. Babamohamadi H, Kadkhodaei-Elyaderani H, Ebrahimian A, Ghorbani R. The effect of spiritual care based on the sound heart model on the spiritual health of patients with acute myocardial infarction. *Journal of religion and health*, 2020, 59: 2638-2653.
58. Büssing A, Balzat H-J, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. *European journal of medical research*, 2010, 15: 266-273.
59. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 2011, 26: 1265-1271.

60. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. Spirituality in survivors of myocardial infarction. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 2012, 17: 343.
61. Uçar M. Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
62. Bostancı Daştan N, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. 2010.
63. Kökcü ÖD, Kutlu Ö. Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2020, 36: 53-59.
64. Karagül A. Manevi Bakım, Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eitimi" Hollanda Örneği". *Dini araştırmalar*, 2012, 15.
65. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health & Place*, 2010, 16: 853-860.
66. Kutlu Ö, Ermin C, Aygin D. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3: 130-142.
67. Ravindran OS, Shankar A, Murthy T. A comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors. *Indian Journal Of Palliative Care*, 2019, 25: 414.
68. Dunn SL, Robbins LB, Tintle NL, Collins EG, Bronas UG, Goodyke MP, Luong A, Gutierrez-Kapheim M, DeVon HA. Heart up! RCT protocol to increase physical activity in cardiac patients who report hopelessness: Amended for the COVID-19 pandemic. *Research in nursing & health*, 2021, 44: 279-294.

69. Fortuna KL, Venegas M, Bianco CL, Smith B, Batsis JA, Walker R, Brooks J, Umucu E. The relationship between hopelessness and risk factors for early mortality in people with a lived experience of a serious mental illness. *Social work in mental health*, 2020, 18: 369-382.
70. Wu Q, Yin Y, Wang Q, Wang S, Jia X. Body image and hopelessness among early-stage breast cancer survivors after surgery in China: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 2021, 8: 3384-3393.
71. Arslantaş H, Adana F, Fadime K, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2010, 18: 87-97.
72. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular psychiatry and neurology*, 2013, 2013.
73. Ladwig K-H, Lederbogen F, Albus C, Angermann C, Borggrefe M, Fischer D, Fritzsche K, Haass M, Jordan J, Jünger J. Position paper on the importance of psychosocial factors in cardiology: update 2013. *GMS German Medical Science*, 2014, 12.
74. Karadaş C. Akut miyokard infarktüsü sonrası uygulanan bilinçli farkındalık temelli gevşeme uygulamasının yaşam kalitesi, yorgunluk ve hareket korkusuna etkisi: randomize kontrollü çalışma. 2020.
75. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen JT. Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension*, 2000, 35: 561-567.
76. Pedersen SS, Denollet J, Daemen J, van de Sande M, de Jaegere PT, Serruys PW, Erdman RA, van Domburg RT. Fatigue, depressive symptoms, and hopelessness as

- predictors of adverse clinical events following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stents. *Journal of psychosomatic research*, 2007, 62: 455-461.
77. Kangelaris KN, Vittinghoff E, Otte C, Na B, Auerbach AD, Whooley MA. Association between a serotonin transporter gene variant and hopelessness among men in the heart and soul study. *Journal of general internal medicine*, 2010, 25: 1030-1037.
78. Johnson L, Roberts S. Hopelessness in the myocardial infarction patient. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 1996, 11: 19-32.
79. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2012, 3.
80. Coşkun T. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin travma sonrası büyüme durumları, deneyimleri ve yaşamlarına etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
81. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2, 73–88. 2017.
82. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1974, 42: 861.
83. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. The scale of desperation: Validity and reliability. *Crisis Journal*, 1993, 1: 139-142.
84. Durak A, Palabiyikoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 1994, 2: 311-319.

85. Çiçekli N, Çalışkan İ. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Spiritüel İyi Oluş ve Umut Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 2022, 34: 17-25.
86. Bezerra SMMdS, Gomes ET, Galvão PCdC, Souza KVd. Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018, 71: 398-405.
87. Aşiret GD, Okatan C. Hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spiritüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 2019, 10: 122-128.
88. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2013, 4.
89. Alacacıoğlu A. Kanseri hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2007.
90. Uğurluoğlu D, Erdem R. Travma geçiren bireylerin spiritüel iyi oluşlarının travma sonrası büyümeleri üzerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2019, 21: 833-858.
91. Nurkan A. Yetişkinlerin spiritüel iyi oluş düzeyleri ile bağlanma stilleri ve olumlu sosyal davranış düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim ..., 2020.
92. Çiçekli N. Açık kalp ameliyatı uygulanacak olan hastaların umut düzeyi ve spiritüel iyi oluşlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
93. Saiz J, Pung MA, Wilson KL, Pruitt C, Rutledge T, Redwine L, Taub PR, Greenberg BH, Mills PJ In Is belonging to a religious organization enough?

Differences in religious affiliation versus self-ratings of spirituality on behavioral and psychological variables in individuals with heart failure, *Healthcare*, (editör).^(editörler). MDPI: 2020; 129.

94. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *American journal of epidemiology*, 2000, 152: 163-170.
95. Salık S, Sarıtaş SÇ. Kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2021, 12: 173-182.
96. Satman İ. Diyabet ve Sindemi.
97. Tercanlı N, Demir V. Beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi (Gümüşhane ili örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1: 29-40.
98. Demirel AC, Altınbaş M, Taşyürek Z, Nuri A, Aslan K. Metastaz durumuna göre kanser hastalarının yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2015: 6-15.
99. Ayşegül K, Demirkol ME, Uzun LN, Tok HH. COVID-19 sebebiyle bir kurumda karantina altında bulunan bireylerde kaygı ve umutsuzluk düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 7: 54-63.
100. Kaplan E. Fibromiyaljili bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
101. Arkoç M. Üniversite öğrencilerinde sporun depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
102. Hülya G. Düzenli namaz kılma ve kilmama ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. *İhya Uluslararası İslam Araştırmaları Dergisi*, 5: 134-160.
103. Akgül M. Yaşlılık ve Dindarlık Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi-Konya Huzurevi Örneği. *Dini araştırmalar*, 2004, 7.

104. Gashi F. Koronavirüse yakalanmış kişilerde tedavi döneminde dini başa çıkmanın etkisi. *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2020, 7: 511-535.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
-
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇİFTÇİ danışmanlığında sunulan “Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Spirüüel İyi Oluş ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	1	15
Genel Bilgiler	1	35
Materyal ve <u>Metod</u>	29	35
Bulgular	15	15
Tartışma	1	20

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 15 / 03/ 2023

Öğrenci Adı-Soyadı

Danışman Adı-Soyadı

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

 ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇİFTÇİ
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Spiritüel İyi Oluş ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 5 Karar No: 38	Tarih:02.06.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-4. KURUM İZNİ



AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KOMİSYON TOPLANTI TUTANAĞI

TOPLANTININ TARİHİ : 24/12/2022
SAYISI : 82

Müdürlüğümüzün Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu, 24/12/2022 günü saat 10.00'da toplantı salonunda toplanarak aşağıdaki kararlar alınmıştır.

Sıra	Tez/Proje/Makale Konu	Karar
1.	Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Spritüel İyi Oluş ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. <u>Araştırmayı Yapan Kişi:</u> Atatürk Üniversitesi: Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇİFTÇİ <u>Yardımcı Araştırmacı:</u> Hemşire. Seher EFE	Onaylandı.

Oy birliği ile karar verildi.

EK-5. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Seher Efe tarafından yürütülen “ Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Spiritüel İyi Oluş ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı vanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)

- Araştırmanın Amacı: bu araştırmanın amacı spiritüel olarak kendini güçlü veya zayıf hisseden hastaların geçirmiş oldukları kalp krizi sonrası düştükleri umutsuzluk düzeylerini incelemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılmaktadır.
- Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 5-10 dakika
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Seher Efe
İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu anket, “Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Spiritüel İyi Oluş ve Umutsuzluk” isimli araştırmalar kapsamında geliştirilmiştir. Sonuçların güvenilir olması açısından sorulara içtenlikle cevap vermeniz önem arz etmektedir. Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

1. Cinsiyetiniz?

1.Kadın 2.Erkek

2. Yaşınız?

3. BKİ: Boy: Kilo:

4. Medeni durumunuz?

1.Evli (Çocuk: Var Yok) 2.Bekâr

5. Aile Tipiniz?

1.Çekirdek Aile 2.Geniş Aile

6. Yaşadığınız Yer?

1.İl 2.İlçe 3.Köy

7. Eğitim Durumunuz?

1) Yok 2) İlköğretim –Ortaöğretim 3) Lise 4) Üniversite ve üzeri

8. Çalışma Durumu?

1)Evet 2) Hayır

9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Gelir gidere eşit 2) Gelir giderden az 3) Gelir giderden fazla

10. Kronik Hastalık?

1) Var 2) Yok (.....)

11. Sürekli kullanılan ilaçlar?

1) Var 2) Yok (.....)

12. Kaçınıcı Anjionuz ?

1) Bir 2) İki 3) Diğer

13. Uykuyla ilgili probleminiz var mı, günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

1) Evet 2) Hayır (.....)

14. Daha sağlıklı olmak için çaba gösterir misiniz?

1) Evet 2) Hayır

15. Düzenli spor yapıyor musunuz (Haftada yaklaşık kaç saat)?

1) Evet 2) Hayır (.....)

16. Sağlıklıyken dini vecibelerinizi yerine getirme düzeyiniz nedir?

1) Her zaman 2) Sık sık 3) Bazen 4) Hiçbir zaman

EK-7. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: (1) Bana Hiç Uygun Değil (2) Bana Uygun Değil (3) Bana Biraz Uygun (4) Bana Oldukça Uygun (5) Bana Tamamen Uygun 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 yardımını 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 amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır 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 (tefekür 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 varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-8. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Kendinize en uygun bulduğunuz ifadeler için 'Evet', kendinize uygun olmayan ifadeler için 'Hayır' şıkkını işaretleyiniz.

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