

**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERDE  
UMUTSUZLUK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Volkan YAMAN**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğretim Üyesi Gamze MUZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2021  
NEVŞEHİR**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim-öğretim dönemlerinde engin deneyim ve bilgileriyle bana her zaman yol gösterici ve yardımcı olan, tez çalışmamın her aşamasında beni yönlendiren, yardımlarını, güvenini ve desteğini esirgemeyen, gösterdiği sabır, anlayış, destek ve katkılarından dolayı danışmanım Dr. Öğr. Gamze MUZ'a

Yüksel lisans eğitimim boyunca bana kattıklarından ve öğrettiklerinden dolayı ikinci danışmanım Sayın Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK'e

Çalışmamın sürdürülmesinde bana manevi yönden destek veren ve beni her zaman heveslendiren kıymetli arkadaşlarım Ezgi DÖNER ve Hakan ÇELİK'e

Hayatımın her alanında olduğu gibi, eğitimimi sürdürmem konusunda da benden maddi ve manevi desteklerini ve güvenlerini esirgemeyen annem ve babam' a,

Gösterdiği sabır, güven ve anlayışından dolayı, ihtiyaç duyduğum her anda yardımlarını benden esirgemeyen ablam Neslihan YAMAN'a

Verilerimin yorumlanmasında bana yardımcı olan İstar Danışmanlığa

Tez çalışmama katılan tüm hastalar ve yakınlarına canı gönülden TEŞEKKÜR ederim.

# MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERDE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

VOLKAN YAMAN

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2021

## ÖZET

Bu çalışma miyokard infarktüs geçirmiş hastalarda umutsuzluk düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Adana İlindeki Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ve koroner servislerinde akut miyokard infarktüs tanısı almış olan bireyler oluşturmuştur. Örneklemi ise Ocak 2020-Eylül 2020 tarihleri arasında miyokard infarktüs tanısı almış 200 birey oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama, Mann-Whitney U Testi, Ki-kare, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Beck Umutsuzluk ölçeğinden alınan puanların ortalaması  $6.0\pm 4.79$  olarak hesaplanmıştır. Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler  $1.24\pm 1.38$ , motivasyon kaybı  $2.55\pm 2.11$  ve umut  $2.20\pm 1.91$  olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin % 7.0'nın yüksek düzeyde umutsuzluk evresinde olduğu; %20.0'nın orta düzeyde umutsuzluk evresinde olduğu tespit edilmiştir. Yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile ile birlikte yaşama, medeni durumu gibi demografik özellikler umutsuzluğu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda akut miyokard infarktüs geçiren bireylerde umutsuzluğu etkileyen faktörler sağlık personeli tarafından detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler** : *Miyokard infarktüs, Umutsuzluk, Hemşirelik*  
**Tez danışmanları** : **Dr. Öğretim Üyesi Gamze MUZ, Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**  
**Sayfa adedi** : **61 sayfa**

# INVESTIGATION OF THE LEVEL OF HOPELESSNESS IN PATIENTS WITH MYOCARD INFARCT

(M. Sc. Thesis)

**Volkan YAMAN**

**NEVSEHIR HACI BEKTAS VELI UNIVERSITY  
INSTITUTE OF SCIENCE**

**January 2021**

## ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the level of hopelessness in patients with myocardial infarction. The population of the study consisted of individuals diagnosed with acute myocardial infarction in the coronary intensive care and coronary services of Adana City Training and Research Hospital in Adana. The sample consisted of 200 individuals diagnosed with myocardial infarction between January 2020 and September 2020. The research data were collected using a descriptive questionnaire and Beck Hopelessness Scale. Number, percentage and mean, Mann-Whitney U Test, Chi-square, Kruskal Wallis H and Spearman correlation analysis were used to evaluate the data. The average score of Beck Hopelessness Scale was calculated as  $6.0 \pm 4.79$ . Emotions and expectations about the future were determined as  $1.24 \pm 1.38$ , loss of motivation  $2.55 \pm 2.11$ , and hope  $2.20 \pm 1.91$ . 7.0% of the individuals participating in the research are in a high level of hopelessness; It was determined that 20.0% of them were in the middle level of hopelessness. Demographic characteristics such as age, educational status, employment status, living with the family, and marital status were found to significantly affect hopelessness. In line with these results, factors affecting hopelessness in individuals with acute myocardial infarction should be evaluated in detail according to healthcare professionals.

**Keywords** : *Myocardial Infarction, Hopelessness, Nursing*  
**Thesis Advisors** : **Dr. Gamze MUZ, Assoc. Prof. Hanife ÖZÇELİK**  
**Number of Pages** : **61 pages**

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ve ONAY SAYFASI</b> .....	<b>i</b>
<b>TEZ BİLDİRİM SAYFASI</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>GRAFİKLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>1. BÖLÜM</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. BÖLÜM</b> .....	<b>4</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. MİYOKARD İNFARKTÜS .....	4
2.1.1. Tanımı .....	4
2.1.2. Epidemiyolojisi .....	4
2.1.3. Risk Faktörleri .....	5
2.1.3.1. Yaş .....	5
2.1.3.2. Cinsiyet .....	5
2.1.3.3. Sigara Kullanımı .....	6
2.1.3.4. Hiperlipidemi .....	6
2.1.3.5. Hipertansiyon .....	7
2.1.3.6. Diyabet .....	7
2.1.3.7. HDL Kolesterol Düşüklüğü .....	8
2.1.3.8. Aile Öyküsü .....	8
2.1.3.9. Obezite .....	8
2.1.3.10. Östrojen Eksikliği .....	9
2.2. UMUT .....	9
2.2.1. Tanımı .....	9
2.3. UMUTSUZLUK .....	9
2.3.1. Tanımı .....	9
2.3.2. Kalp Hastalarında Umutsuzluk .....	10

2.3.3. Umutsuzluk ve Hemşirelik Rollerini .....	10
<b>3. BÖLÜM.....</b>	<b>12</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>12</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	12
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	12
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri .....	12
3.5. Araştırma Soruları.....	13
3.6. Veri Toplama Araçları .....	13
3.6.1. Tanımlayıcı Anket Formu (EK-I) .....	13
3.6.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-II) .....	13
3.7. Ön Uygulama .....	14
3.8. Verilerin Toplanması .....	14
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	14
3.10. Çalışmanın Etik Boyutu .....	14
<b>4. BÖLÜM.....</b>	<b>16</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>16</b>
<b>5. BÖLÜM.....</b>	<b>28</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>28</b>
<b>6. BÖLÜM.....</b>	<b>33</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>33</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>34</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>44</b>
EK 1: TANIMLAYICI ANKET FORMU .....	44
EK 2: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ.....	46
EK 3. ETİK KURUL ONAYI.....	48
EK 4: HASTANE ÇALIŞMA İZİN FORMU .....	49
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>50</b>

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b>	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=200).....	16
<b>Tablo 4.2.</b>	Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=200).....	17
<b>Tablo 4.3.</b>	Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan/ Puan Ortalamaları .....	18
<b>Tablo 4.4.</b>	Bireylerin Demografik Özelliklerinin Umutsuzluk Düzeylerine Göre Dağılımı .....	19
<b>Tablo 4.5.</b>	Bireylerin Hastalık Özellikleri ve Beck Umutsuzluk Düzeylerine Göre Dağılımı .....	20
<b>Tablo 4.6.</b>	Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı.....	22
<b>Tablo 4.7.</b>	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4.8.</b>	Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	25
<b>Tablo 4.9.</b>	Bireylerin umutsuzluk düzeyini açıklamak için yapılan çoklu lineer regresyon analizi .....	26

## GRAFİKLER LİSTESİ

**Grafik 1.** Bireylerin umutsuzluk düzeylerine göre dağılımı grafik..... 18





## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AMİ</b>	: Akut Miyokard İnfarktüs
<b>BUÖ</b>	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>IDF</b>	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KKH</b>	: Koroner Kalp Hastalığı
<b>Mİ</b>	: Miyokard İnfarktüs
<b>NANDA</b>	: North American Nursing Diagnosis Association
<b>NCEP</b>	: National Cholesterol Education Program
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TEKHARF</b>	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arter hastalığı (KAH) atardamarlarda ateroskleroz oluşması sonucu koroner damar iç yapılarının daralmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın seyrinin kötü olması sonucu kalbin kasılmasında ve ritminde bazı negatif durumlar görülebilmektedir. Bu hastalığın erken döneme olmak şartıyla teşhisi ve tedavisi yapılmazsa damarlarda tıkanıklığa, miyokart infarktüsüne (Mİ) ve ritim bozukluklara ve ani ölümlere neden olabilmektedir [1,2]. Kalp ve damar hastalıkları gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde mortalite ve morbidite nedeni olmasından dolayı en önemli sağlık sorunlarının başında gelir. Koroner arter hastalığı da mortalite ve morbiditenin başlıca nedenidir [3]. Günümüzde mortalitesinde düşüş gözlenmesine rağmen bu hastalığa bağlı ölümlerin sayısında azalma görülmemektedir [3]. Bu ölümlerin çoğunluğu (yaklaşık olarak üçte birlik kısım) 35 yaş üstü koroner arter hastalığı tanısı konulmuş bireylerde meydana geldiği gözlenmektedir. Yapılan bir çalışmada kalp hastaları üzerinde yaptığı çalışmada 40 yaş ve üstü erkeklerde yaşamı süresince semptomatik koroner arter hastalığı gelişme ihtimali % 49, kadınlarda ise %32'dir. ABD'de tüm ölümlerin en sık sebebi koroner arter hastalığıdır ve tüm ölümlerin 6' da 1'ni oluşturmaktadır [4]. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre kalp hastalığı prevalansı % 6.7, koroner arter hastalığı prevalansı ise % 3.8 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'deki ölümlerin % 42.5' ini koroner arter hastalığı meydana getirmektedir [5].

Koroner arter hastalığı (KAH), teşhis ve tedavi yöntemleri çok hızlı gelişim göstermektedir. Son zamanlardaki verilerin gösterdiği durum incelendiğinde; dünyada kardiyovasküler hastalıklar dünyada yaşanan ölüm nedenlerinin %50'lik kısmını oluşturduğu belirtilmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların 2/3'si miyokard infarktüsü (MI) olarak ortaya çıkmaktadır [6,7]. Hastalığın hem görülme durumu hem de ölüm oranı, toplumsal yapı ve özelliklere göre farklılık göstermektedir [8]. Hastaların taburcu olduktan sonra bile miyokard infarktüsü geçirdikten ilk bir yıl içerisinde mortalite ve tekrar miyokard infarktüsü geçirme riskleri oldukça yüksektir. İlk bir yıl içerisinde hastaların % 50–60'ı ani kalp durması veya infarktüsün tekrarlama gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedirler [6,9]. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile

miyokard infarktüsüne bağlı ölümlerin %50 azalacağı belirtilmiştir [10-11]. Koroner arter hastalığa sahip olan birey veya aile, aile içi pozisyonunun ve bağımsızlığın, kendilerine olan güven ve saygının kaybedilmesi, ümitsizlik gibi duygularla büyük duygusal ve bireysel kayıplar yaşamaktadır. Miyokard infarktüsü geçiren hastaların da büyük bir çoğunluğunda; ölüm korkusu, psikolojik sıkıntılar, depresyon, tedaviye uyum gösterememe, günlük yaşam işlevlerinde yetersizlik ve umutsuzluk gibi birçok deneyimlerin oluştuğu literatürde belirtilmektedir [12,13]. Özellikle bu kavramlar içerisinde umutsuzluk önemli bir yere sahiptir. Geleceğe yönelik ortaya çıkan bu olumsuz faktörler ve bunlara yönelik oluşan tutum ve davranışlar umutsuzluğun önemli nedenlerindedir ve bireyin tedaviye olan uyum ve motivasyon düzeyinde etkilidir [14,15].

Umutsuz birey kendi yaşamında otonomi sahibidir ancak problemlerin hiçbir çözümünün olmadığını sanmaktadır. Bu sebeple, süregelen hastalığı olan bir hasta bozulmuş dengesini tekrar kurabilmek, sağlığıyla ilgili problemlerini çözümleyebilmek için sağlıklı bir bireyden çok daha fazla destek görmeye, anlaşılmaya, anlamlı açıklamalara ve kabullenilmeye ihtiyaç duyar. Özellikle, umutsuzluk içerisindeki hastalarla ilişkilerin pozitif olması ve bu hastalara yardım etmek için hastaların kişisel özelliklerinin, i kaynaklarının ele alınması ve bunlara göre uygun girişimlerin yapılması gerekir[16].

Koroner arter hastalığı olan bireyin hastalığa bağlı negatif ve olumsuz etkilenen hem fiziksel hem psikolojik dengesine yönelik problemlerle etkin başetmede sağlıklı bir kişiye kıyasla daha fazla desteklenmeye, kendisininin doğru bir şekilde anlaşılmasına gereksinimi vardır. Bunlara ek olarak umutsuzluğu olan bireyle pozitif bir etkileşim kurulmasında ve onların gereksinimlerine cevap vermede kişinin her boyutunu, niteliklerini değerlendirmeli ve olumlu özelliklerini ortaya çıkarmak gereklidir [17]. Özellikle kalp hastalıkları arasında önemli bir yer tutan koroner arter hastalarında bu nitelikler iyi bir şekilde gözden geçirilmelidir [17].

Hastalarda umudun kaybolmaması çok önemli bir yere sahiptir. Çünkü kendini her konuda umutsuz hisseden bireyin hastalığa uyum süreci de başarısız olacaktır ve kendini tedaviye uyum noktasında isteksiz ve yetersiz hissedecektir. [18]. Avustralya'da 324 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, kalp yetersizliği olan hastaların ortalama yedi

yıllık takip sonrası mortalite oranının %50 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada depresyonun majör belirtilerinden biri olan umutsuzluğun kalp yetersizliği hastalarında mortalite için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır [19]. Hemşireler, bütüncül bir yaklaşımla hastayı değerlendirmeli, umutsuzluk yaşıyan bireyleri tanımlayabilmeli ve bu bireylerin sorunlarıyla nasıl baş edebilecekleri konusunda yardımda bulunabilmelidir. Bu yaklaşım bireylerin sorun çözmedeki arzu ve isteklerini arttıracak aynı zamanda olumlu hasta hemşire ilişkisini geliştirerek hastaların tedaviye katılımını ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliğini arttıracaktır [20]. Bu sonuçlardan yola çıkılarak bu çalışma miyokard infarktüsü geçiren bireylerde umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. MİYOKARD İNFARKTÜS

##### 2.1.1. Tanımı

Miyokard infarktüs, kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tıkanmasına sonucuna bağlı olarak kalp kasının kanlanamaması ve kalp dokusunda nekroz oluşturmastır. Tüm dünyada en yaygın olarak bilinen damar tıkanıklığı nedeni ateroskleroz damar içerisinde plak oluşturarak damar sertliğine ya da tıkanmasına neden olur. Koroner damarların daralması ya da tıkanması sonucuna bağlı olarak kalp kası kan ve oksijen yönünden yetersizliğe bağlı olarak beslenemediğinden hasar görür. Hasar sonucu kalp kası hücrelerinin yer aldığı kısım negatif etkilenir ve kasılma yeteneğini kaybeder. Bu durum miyokard infarktüsüne neden olur [21,22].

Dünya Sağlık Örgütüne göre Akut Miyokard İnfarktüs (AMİ) tanısı için üç tane ölçüt vardır.

- 1) Kişide meydana gelen tipik göğüs ağrısı
- 2) Serumda artmış CK-MB konsantrasyonu
- 3) Patolojik Q dalgalarını içeren tipik EKG bulguları

Bu kriterlerden ikisinin bulunması Akut Miyokard İnfarktüs (AMİ) için yeterlidir [23].

Miyokard infarktüsü olan hastaların en erken sürede tedavi altına alınmaları kritik ve hayati önem taşımaktadır. Son yıllarda Mİ tedavisinde kayde değer gelişmeler olmasına karşın mortalite oldukça yüksektir. Kalp krizinden hemen sonraki saatlerde meydana gelen ölümler tüm ölümlerin büyük bir kısmını yani yaklaşık yarısını meydana getirmektedir. Bu ölüm oranını azaltmak sağlık çalışanlarına bağlı olduğu kadar halkın eğitilmesi ve bilinçlendirilmesine de bağlıdır. Mİ hem ölümcül hem de fiziksel ve ruhsal bozukluklara yol açan önemli bir sağlık sorunudur [24,25].

##### 2.1.2. Epidemiyolojisi

Miyokard İnfarktüs (Mİ) ciddi mortalite ve morbidite ile süreci devam eden temelinde ateroskleroz bulunan yaygın bir durum olarak nitelendirilmektedir [26]. Koroner yoğun bakımların kurulması, farmakolojik tedavilerin gelişmesi, girişimsel işlemlerin sonucu

mortalitesi önemli ölçüde azalmıştır [26]. Farmakolojik ilaçlarla yapılan tedavide kronik kalp hastalıklarının prongozunda uzama sağlanmıştır. Mİ gelişmiş ülkelerde majör , gelişmekte olan ülkelerde ise önemi artan ciddi sağlık problemidir [26].

Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) verilerine göre ölümlerin ilk sırada kalp damar hastalıkları gelirken yılda en az 17,9 milyon kişi bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ölümlerin üçte biri 70 yaşın altında yaşanmaktadır. Kalp ve damar hastalıklardan kaynaklı ölümlerin %80 kalp krizi nedeniyle gerçekleşmektedir. 2030 yılında ölenlerin sayısının 23 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.[27]. Ülkemizde TÜİK 2018 verilerine göre ölüm vakalarının %39,7 si iskemik kalp hastalıkları oluşturduğu açıklanmıştır [27].

### **2.1.3. Risk Faktörleri**

Akut Miyokard İnfarktüs (AMİ) hastalarının risk faktörlerinin tanımlanması ve tedavisi semptom olmayan bireylerde koruma, hastalığı olan bireylerde ise sekonder koruma için uzun süreli tedavi planlaması önemlidir[28].

Miyokard İnfarktüs (Mİ) risk faktörleri olan bireylerin risk faktörleri azaltılabilirse ölümcül olan kalp ve damar hastalıkları önlenebilir, bireylerin ve toplumların kalp ve damar hastalıkları riski azaltılabilir[29].

Kalp ve damar hastalıkları sadece bir tane risk faktörüne bağlı değil riskin azaltılması baz alınarak birçok risk faktörleri göz önüne alınmalıdır[29].

Risk faktörleri yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, HDL kolesterol düşüklüğü, aile öyküsü, obezite, ve östrojen eksikliğidir.

#### **2.1.3.1. Yaş**

Yaş önemli bir faktördür. Kalp ve damar hastalıklarının erken lezyonları gençlik çağında ortaya çıkmasına rağmen klinik olarak hastalığın görülmesi her on yılda bir artmaktadır[30]. Özellikle 40 yaşından 60 yaşına kadar Mİ görülme oranında 5 kattan fazla artış olduğu saptanmıştır[30].

#### **2.1.3.2. Cinsiyet**

Erkekler damar hastalığına kadınlara göre daha sık yakalanırlar. Kadınlar menapoz sürecine kadar hastalık oluşturan aterosklerozdan östrojen varlığı nedeniyle korunurlar[31]. Risk faktörünün olmadığı durumda premenapozal dönemde hastalık

kadınlarda, erkeklerden on yıl kadar sonra görülür. Günümüzde stresli yaşam, sigara tüketiminin artması ve diyabet hızının kontrol altına alınamaması gibi sebepler nedeniyle kadınlar lehine artma görülmektedir [31].

### **2.1.3.3. Sigara Kullanımı**

Sigara kullanımı, çevresel etkenlerden birisidir ve damar hastalıkları için bağımsız bir risk faktörüdür [32]. Günde 20 adet sigara içen kadınlarda kalp krizi riski 6 kat, erkeklerde ise 3 kat artmaktadır [33]. Sigaraya maruziyet, LDL düzeyinde artmaya, HDL'de düzeyinde ise düşüklüğe sebep olmaktadır [34].

Sigara, nikotin aracılığıyla sempatik sinir sistemini uyararak kalp hızını artırır, koroner ve periferel vazokonstrüksiyona sebep olur [35]. Oksijenden daha kuvvetli bir hemoglobin bağlayıcı protein olan karboksihemoglobin düzeyini arttırmaktadır. Endotelde immunolojik tepkimeyi başlatması, trombosit kümelenmesini artırması, kan fibrinojen düzeyini yükseltmesi ve lipidler için endotel geçirgenliğini arttırmaktadır [36].

### **2.1.3.4. Hiperlipidemi**

Son yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, insanların fiziksel aktivite düzeylerinin olumsuz etkilenmesi ve hayvansal ürünlerin bilinçsiz bir şekilde tüketimi insanlar için hiperlipidemi oluşma ihtimalini yükseltmiştir. Hiperlipidemi, damarların intima tabakası altında lipid birikimi sonucu, hücrel-humoral reaksiyonlara sebep olan ve ateroskleroz olarak adlandırılan vasküler bozukluğa yol açmaktadır. Ateroskleroz ise KKH'a temel oluşturan etkenlerin en başında faktörlerin başında gelmektedir. Bu faktör, MI 'a bağlı ölümlerin büyük bir kısmını (% 50) oluştururken, MI geçirenlerin % 40'ının yaşamını kaybettiği rapor edilmektedir [37].

National Cholesterol Education Program (NCEP)'ın hazırladığı klavuzda KKH yönelik temel alan risk faktörleri olarak; 44 yaşın üzerinde erkek ve 54 yaşın üzerinde kadın olmak, aile hikâyesinin varlığı, sigara içmek, hipertansiyon, diyabet ve obeziteyi belirlemiştir. Bu programda arzu edilen ve istenmeyen serum total kolesterol ve LDL kolesterol değerleri serbest kolestrol <200mg/dl LDL kolestrol <130mg/dl altında olması istenen değerlerdir. Serbest kolestrolun >239mg/dl büyük olması ve LDL kolestrolun >159mg/dl büyük olması istenmeyen değerlerdir [38].

### **2.1.3.5. Hipertansiyon**

Hipertansiyon yaygın görülen durum ve oluşturduğu komplikasyonlara bağlı olarak hem bireysel çapta hem de global çapta kayda değer bir sorun olarak belirtilmektedir [39]. Ulusal platformda yürütülen en büyük ve büyük bir öneme sahip üç araştırmaya göre genel hipertansiyon prevalansı %33.7 TEKHARF çalışması, %31.8 Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması % 41.7 olduğu tespit edilmiştir [40]. Ulusal Hastalık Yüklü-Maliyet Etkililik Çalışmasına göre hipertansif kökenli ölümlerin %3'ünü meydana getirdiği, ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar arasında altıncı sırada yer aldığı ifade edilmektedir [41]. Ülke genelinde kapladığı yaygınlık oranı ve oluşturduğu ciddi risk faktörleri entegre bir şekilde değerlendirildiğinde hipertansiyon ülkemiz için önemli, tehlikeli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır [42]. Yüksek diyastolik kan basıncı olan kişilerin, normal diyastolik kan basıncı olan kişilere göre koroner arter hastalığı (KAH) riskinin 5–6 kat fazla olduğu bulunmuştur[5].

### **2.1.3.6. Diyabet**

Diyabet; pankreastaki beta hücrelerinin ürettiği insülin hormonunun kısmen ya da tamamen eksik olması sonucunda meydana gelen, kronik hiperglisemi, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluklar ile kendini gösteren mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları olan metabolik ve endokrin bir hastalıktır[43]. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) istatistiklerine göre dünyada 2017 yılında, yaklaşık olarak 425 milyon yetişkin (20-79 yaş) diyabetle yaşamakta olup 2045 yılında bu sayının 629 milyona ulaşması tahmin edilmektedir [44]. Türkiye genelini yansıtan TURDEP-II çalışmasının sonuçlarına göre Türk yetişkin toplumunda diyabet sıklığının %13,7'ye ulaştığı tespit edilmiştir [45]. Diyabetin bireysel ve toplumsal olarak yükünü azaltmak, hastalığın erken dönemde tanınması, uygun bakım ve tedavinin sürdürülebilmesi için çok önemlidir [46].

Diyabetli hastalar dramatik bir şekilde kardiyovasküler hastalık riski ile karşı karşıya kalmaktadır ve bu hastalıkların zemin hazırladığı komplikasyonlar diyabetle ilgili morbidite ve mortalitenin en temel hatta önlenemeyecek sonuçlarını doğurmaktadır. En belirgin sonuçlardan biri ise aterosklerozun sebep olduğu koroner arter hastalığı ve bunu takip eden MI'dır [47].

Diyabette koroner arter hastalığının gidiş aşamalarının olmayanlara kıyasla daha ciddi olduğu bilinmektedir. Son yıllar baz alındığında AMİ sonrasında kısa ve uzun dönem



ölüm oranlarında ciddi azalmalar görülmüştür. Buna karşın diyabetik olan kişilerde Mİ sonrası kısa ve uzun dönem mortalite durumu incelendiğinde diyabet tanısı almış bireylerde bu durum daha belirgin bir şekilde karşımıza çıkmaktadır ve Mİ sonrası ölüm oranlarındaki düzelme veya iyileşmeye olmasına karşın bu fark devam sürmektedir [48,49].

#### **2.1.3.7. HDL Kolesterol Düşüklüğü**

Ateroskleroz gelişimine karşı HDL kolesterolün koruyucu bir rolü vardır. HDL kolesterol 40 mg/dl olması koroner riski artırır ve tedavi için hedeftir. Şişmanlık, sigara içimi, ve sedanter hayat tarzı düzeltilirse HDL kolesterol düzeyi yükselir[50]. Türk Kalp Çalışması'na göre ülkemiz erkeklerinin %50'sinde HDL bu değerlerin altında olduğundan düşük HDL düzeylerine sahip olmanın ülkemiz için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir [51].

#### **2.1.3.8. Aile Öyküsü**

Koroner Arter Hastalığının (KAH)'nın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında, aile öyküsü (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce KAH bulunması) faktörü bulunmaktadır[52,53]. Aile öyküsü bağımsız olarak riski artırır [54]. Ailesinde prematür aterosklerotik damar hastalığı öyküsü olan kişilerde erken koroner ateroskleroz sıklığı böyle bir öyküye sahip olmayanlara göre 7 kat daha fazladır[55].

#### **2.1.3.9. Obezite**

Obezite, kardiyovasküler kökenli hastalıklar için ciddi ve göz ardı edilmeyecek düzeyde risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Çünkü bu durumun yarattığı anormal ve yaşamı tehdit eden kilonun artışının kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm riski ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir [56]. Obezite, kardiyovasküler sistemin içinde oluşturduğu bazı mekanizmaları negatif etkiler. Bu olumsuz etkilenme sonucu morbidite, mortaliteye neden olan ciddi ve kaygı verici kardiyovasküler hastalıkların oluşmasına zemin hazırlar [57]. Buna ek olarak çeşitli araştırma sonuçlarından elde edilen kanıtlar temel alındığında KKH olanlarda tüm nedenlere bağlı mortalite için tek başına ele alabildiğimiz obezite bağımsız bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.. Ayrıca KKH için risk faktörleri olarak kabul edilen diyabeti oluşturması, lipid düzeylerine olan

negatif etkileri, hipertansiyona zemin hazırlaması sonuçları ele alındığında da koroner kalp hastalığı riskini de önemli ölçüde arttırmaktadır [58].

### **2.1.3.10. Östrojen Eksikliği**

Kadınlarda, ilerlemiş aterosklerozun erkeklerden 10 yıl daha geç ortaya çıkması hormonal faktörlere bağlanmıştır ve menopoz sonrası östrojen tedavisinin yararlı olduğu gösterilmiştir[59]. Premenapozal dönemde yer alan bayanlarda infarktüs nadir olmakla beraber, postmenapozal dönemdeki durum bu durum değişmekte ve insidans yükseliş göstermektedir [60]. Özellikle postmenapozal dönemdeki östrojenin koruyucu özelliğinin yok olmasıyla beraber ölüm oranlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu rapor edilmektedir [61].

## **2.2. UMUT**

### **2.2.1. Tanımı**

Umut, kelime anlamı olarak Türk Dil Kurumu tarafından “ ummaktan doğan güven duygusu” olarak tanımlanır ve insanın geleceğe dair olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirtir [62,63]. Umut, bireylerin kendince hayatta belirlediği hedeflere ulaşmalarına yardımcı ve destek olan önemli bir motivasyon kaynağıdır ve onların konu ile ilgili bakış açılarına ışık tutmaktadır [64,65].

Synder ve arkadaşlarının belirttiğine göre; umut, bireylerin ortaya koyduğu, planladığı geleceğe yönelik hedeflerini net bir şekilde somutlaştırabildiklerini, bunları sonuca ulaştırmada gerekli ve bireye özgü stratejiler oluşturmalarına ve bunları etkili bir şekilde kullanmaları için gerekli motivasyonlarına ilişkin bireysel algılarını gösterebilmeleri şeklinde ifade etmiştir [65]. Umut düzeyini etkileyen bir diğer etken ise bireyin kendi iç kaynaklarını tehlike altında ya da tükenmiş olarak hissetmesidir [66]. Sonuna kadar umudunu koruma, güveni, inancı, telkini, daha iyi yaşam kalitesini ve azmi getirir [67].

## **2.3. UMUTSUZLUK**

### **2.3.1. Tanımı**

Umutsuzluk geniş anlamda geçmişe yüklenen yoğun anlamsal çıkarımla geleceğe yönelik olumsuz düşünme şeklidir. Bu olumsuz düşünme şekli bireyi birçok alanda etkiler. Çünkü bir olumsuz düşünme başka bir olumsuz düşünceyi doğurur. Umutsuzluk, bireyin gelecekle ilgili olumsuz, karamsar bir tutum sergilemesi ve

geleceğe dair karamsarlık yaşamasıdır [68]. Umutsuzluk, Kuzey Amerikan Hemşirelik Birliği ( North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiş ve problemin çözümü için hiç bir çıkış yolunun bulunmadığını düşünen, geleceğe yönelik amaçlar oluşturabilmek için enerjisini kullanamayan bireyde var olan subjektif emosyonel durum olarak tanımlanmıştır [69]. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)'nın umutsuzluk hakkında belirttiği en belirgin kriterler pasiflik, etkililiğin azalması, konuşmanın azalması ve umutsuzluk içeren sözel ifadelerin söylenmesidir. Umutsuzlukta görülen diğer belirtiler ise çaresizlik, işlerini sürdürmede zorluk çekme, mutlu olamama, eyleme geçememe, kararsızlık, değersizlik ve suçluluk hissetmedir [70].

### **2.3.2. Kalp Hastalarında Umutsuzluk**

Umutsuzluk, kalp hastalarında depresyon ve anksiyete ile birlikte görülerek hastaların hastanede kalış süresini uzatmakta ve hastalığın seyrini kötü yönde etkilemektedir [71]. Umutsuzluk kardiovasküler hastalıklarda mortalite ve morbitide için güçlü bir etkendir [72]. Everson ve arkadaşlarının umutsuzluk ile arterioskleroz arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, arterioskleroz tanısı konan 942 kişi 4 yıl sonunda ultrasonografi ile incelenmiş, intima-media kalınlığı ölçülmüş, umutsuzluğun karotid arterioskleroz progresyonunu hızlandırmada katkısının olduğu ve kronik yüksek düzeydeki umutsuzluğun özellikle zararlı etkilerinin olduğu, miyokard infarktüs ve kardiyovasküler mortalite riskini arttırdığı belirlenmiştir[73].

### **2.3.3. Umutsuzluk ve Hemşirelik Roller**

Hemşire, umutsuzluk içindeki bireylere sorunları ile baş edebilmesi için profesyonel yardım sağlamalıdır. Hemşirenin bu yaklaşımı, umutsuzluk içindeki bireyin problem çözebilmesine, isteklerinin gelişmesine ve karar vermesinin kolaylaşmasına yardım edecektir [74].

Kalp hastalığı tanısı almış bireyler için umutsuzluğun oluşturduğu negatif sağlık davranışlarını azaltmak veya engellemek amacıyla hemşireler hastanın sahip olduğu inançları, değerleri ayrıca bireyin etrafındaki içsel ve dışsal faktörlerin ayrıntılı bir şekilde önemsenmesi ve ele alınması çok önemlidir. Özellikle hastanın sahip olduğu umut kaynaklarının neler olduğu, umutsuzluğa yönelik bireyin sahip olduğu duygu ve düşüncelerini rahat ve net bir şekilde ifade etmesi, gerekli gördüğünde ilgili yerlere yönlendirmesi önemlidir [69].

Umutsuzluk yaşıyan bireye bakım verirken planlanabilecek genel girişimler şöyledir:

- Sağlık ekibi, destek grupları, önemsenen kişiler, Tanrı ya da inanılan güçler gibi dışsal kaynakları tanımlanmalı,
- İlişkiler, inanç, başarılabacak şeyler gibi umut kaynakları tanımlanmalı,
- Şüphe, korku ve endişelerini sözel olarak ifade etmesi sağlanmalı,
- Umut ve umutsuzluğa ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalı,
- Sevildiği, ilgilenildiği ve başkalarının yaşamında önemli olduğunu fark etmesi sağlanmalı,
- Aynı veya benzer sağlık problemi/sorunu olan ve bu durumla uyumlu bir şekilde baş etmiş olan kişilerle endişelerini paylaşması için cesaretlendirilmeli,
- Gerekli ise ilgili kuruluşlara yönlendirilmelidir [69].

### 3. BÖLÜM

#### GEREÇ VE YÖNTEM

##### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ve koroner servislerinde akut miyokard infarktüs tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

##### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Adana İl Merkezinde bulunan, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ve koroner servislerinde akut miyokard infarktüs tanılı hastalarda yapılmıştır. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1560 yatak kapasitesine sahiptir.

Hastanede Koroner yoğun bakımda 27'si uzman, 4'ü pratisyen olmak üzere 31 hekim ve 60 hemşire çalışmaktadır. Adana Eğitim Araştırma Hastanesinde toplam 3 adet koroner yoğun bakım servisleri ve 5 adet koroner normal servisleri bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı bölümlerde bireylerin umutsuzluk düzeyini belirlemede herhangi bir girişim yapılmamaktadır.

##### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitelerinde ve normal servislerinde yatmakta olan miyokard infarktüsü geçirmiş hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise herhangi bir örneklem hesabına gidilmeden Ocak 2020-Eylül 2020 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitelerinde ve koroner servislerinde yatan miyokard infarktüs tanısı almış 200 birey oluşturmuştur.

##### 3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya;

- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- İletişim sorunu olmayan,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan,

- Girişimsel işlem esnasında komplikasyon olmayan,

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

### **3.5. Araştırma Soruları**

1. Akut miyokard infarktüsü tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyi nedir?
2. Akut miyokard infarktüsü tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyi ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Akut miyokard infarktüsü tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyi ile demografik özellikleri arasındaki ilişki var mıdır?

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu (EK-I), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-II) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1. Tanımlayıcı Anket Formu (EK-I)**

Birincil veri toplama aracı, araştırmacı tarafından oluşturulan tanımlayıcı formunda; bireylerin sosyo demografik özelliklerini, hastalık bilgisini ve hastalıkla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik 23 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-II)**

Beck Umutsuzluk Ölçeği, 1974 yılında Beck, Weissman, Lester ve Trexler Tarafından geliştirilmiştir [75]. BUÖ, 20 maddeden oluşan bir ölçek olarak krşımıza çıkmaktadır. Maddelerin yanıtlama şekli incelendiğinde Doğru – Yanlış şeklinde cevap verilmektedir. Ölçeğin her yaş grubuna (çocuk, genç ve erişkin) uygulanabilmektedir. Ülkemizde Beck Umutsuzluk Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik araştırması ilk olarak Dilbaz ve Seber tarafından (1993) yapılmıştır [76]. Daha sonrasında Durak da 1993 yılında, ölçeğin geçerliğini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında (BUÖ)'nin hem sağlıklı bireyler hem de psikiyatrik ve kronik fiziksel hastalık tanısı almış bireylerde umutsuzluğu ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğunu belirtmiştir. Çalışmada ölçeğin güvenilirliği için gerekli değer olan cronbach alpha katsayısı 0.867 olarak rapor edilmektedir. Bu çalışmada ise cronbach alpha katsayısı 0.76 olarak tespit edilmiştir. Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin 11 tanesinde “evet” seçeneği 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği 1 puan almaktadır. 1. 3. 5.8.10.13.15. ve 19. sorularda “hayır”; 2.4. 7. 11.12.14.16.18. ve 20. sorulara ise “evet” yanıtı için birer puan

olarak puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin sahip olduğu puan aralığı 0-20'dir. Ölçekten alınan puan yüksek olduğunda bireyin sahip olduğu umutsuzluğun yüksek olduğu bildirilmektedir [77].

### **3.7. Ön Uygulama**

Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitelerinde ve normal servislerinde yatan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun 10 miyokard infarktüs tanısı almış bireye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası anket sorularında herhangi bir değişiklik, ekleme ya da çıkarma yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

### **3.8. Verilerin Toplanması**

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi, Adana İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alındıktan sonra araştırma Ocak 2020- Eylül 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma kapsamına alınan bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır. Anket formu (EK-I), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-II) araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Anket cevaplanma süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri ile basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. Verilerin analizinde normal dağılım varsayımının sağlanmadığı için niceliksel verilerin ilişkili olup olmadığının araştırmasında Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İki grup arasında farkın önemli olup olmadığı Mann Whitney U testi ile ikiden fazla grup karşılaştırılması için ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Ayrıca BUÖ puanları kategorize edilmiş ve kategorik değişkenler arasındaki ilişki de ki kare testleri ile veriler değerlendirilmiştir.

### **3.10. Çalışmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce, Nevşehir Hacıbekaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurul onayı (EK-III) ve Adana Şehir Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin (EK-IV) alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları alınmıştır.





## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Akut miyokard infarktüs tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların bulguları aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=200)

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama $\pm$ SS	
	56.16 $\pm$ 6.00 (min:42 mak: 65)	
	n	%
<b>Cinsiyet:</b>		
Kadın	102	51.0
Erkek	98	49.0
<b>Medeni durumunuz</b>		
Evli	14	7.0
Bekar	141	70.5
Dul/ boşanmış	45	22.5
<b>Eğitim durumunuz:</b>		
Okuryazar	20	10.0
İlköğretim	44	22.0
Ortaokul	25	12.5
Lise	69	34.5
Yüksekokul	26	13.0
Üniversite	16	8.0
<b>Meslek</b>		
Memur	26	13.0
Emekli	53	26.5
İşçi	33	16.5
Serbest meslek	49	24.5
Çalışmıyor	39	19.5
<b>Gelir Durumunuz:</b>		
Gelir giderden az	136	68.0
Gelir gidere eşit	61	30.5
Gelir giderden fazla	3	1.5
<b>Evde birlikte yaşanan kişi</b>		
Yalnız	44	22.0
Aile ile	156	78.0

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 56,16 $\pm$ 6,00 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %51.0’ı kadın; %70.5’i bekar; %34.5’i lise mezunu, %22.0’ı ilköğretim mezunu, %24.5’i serbest meslek çalışanı, %26.5’i emekli olduğunu ve %19.5’i çalışmadığı ifade etmiştir.

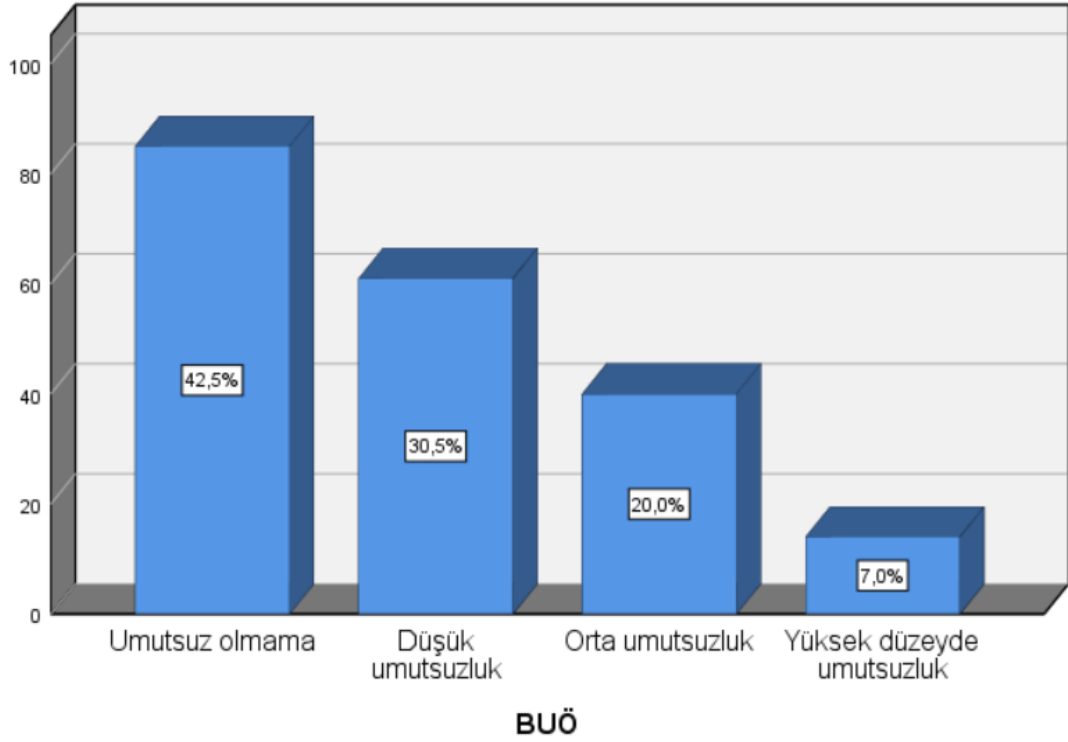
Katılımcıların %68.0'nın geliri giderinden az, %30.5'inin geliri giderine eşit olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %78.0'ı aile ile yaşadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.2.** Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=200)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
<b>Sigara kullanım durumu</b>		
Evet	109	54.5
Sigara kullanım süresi= 29.44±6.62		
Hayır	91	45.5
<b>Alkol kullanım durumu</b>		
Evet	41	20.5
Alkol kullanım sıklığı = 25.73±8.03		
Hayır	159	79.5
<b>Hastaneye yatma durumu</b>		
Evet	110	55.0
Hayır	90	45.0
<b>Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi</b>		
Hayır	200	100,0
<b>Ailede başka kalp krizi geçiren var mı</b>		
Evet	111	55.5
Hayır	89	44.5
<b>Hastalıkla ilgili diyet yapımı</b>		
Evet	94	47.0
Hayır	106	53.0
<b>Hastalıkla ilgili egzersiz yapımı</b>		
Evet	87	47.0
Hayır	106	53.0
<b>Hastalıkla ilgili ilaç kullanımı</b>		
Evet	196	98.0
Hayır	4	2.0
<b>Hastalıkla ilgili düzenli ilaç kullanımı</b>		
Evet	194	97.0
Hayır	6	3.0

Katılımcıların %54.5'i sigara kullandığını ve sigara kullananların ise ortalama sigara kullanma süresi 29.44±6.62 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca katılımcıların %20.5'inin alkol kullandığı ve ortalama alkol kullanma sıklığının 25.73±8.03 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların % 55.0'ı hastaneye yatmış olduğunu, % 100.0'ı psikiyatrik bir

hastalığının olmadığını, % 100.0'ı daha önce kalp krizi geçirmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların % 55.5'i ailesinde başka kalp krizi geçiren birinin olduğunu, % 47.0'ı hastalıkla ilgili diyet yaptığını, % 47.0'ı hastalıkla ilgili egzersiz yaptığını, % 98.0'ı hastalıkla ilgili ilaç kullanımı, % 98.0'ı hastalıkla ilgili düzenli ilaç kullanımı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2)



**Grafik 1.** Bireylerin umutsuzluk düzeylerine göre dağılımı grafik

Çalışma kapsamına alınan bireylerin umutsuzluk düzeylerine göre dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin % 7.0'ının yüksek düzeyde umutsuzluk evresinde olduğu; %20.0'nın orta düzeyde umutsuzluk evresinde olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.3.** Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyut ve Toplam Puan	Min	Mak	Ort.	Standart sapma (SS)
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>	0.0	19.0	6.0	4.79
Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler	0.0	5.0	1.24	1.38
Motivasyon kaybı	0.0	7.0	2.55	2.11
Umut	0.0	7.0	2.20	1.91

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan bireylerin Beck Umutsuzluk ölçeğinden alınan puanların ortalaması  $6.0 \pm 4.79$  olarak hesaplanmıştır. Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler  $1.24 \pm 1.38$ , motivasyon kaybı  $2.55 \pm 2.11$  ve umut  $2.20 \pm 1.91$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Bireylerin Demografik Özelliklerinin Umutsuzluk Düzeylerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Umutsuz olmama	Düşük Umutsuzluk	Orta Umutsuzluk	Yüksek Düzeyde Umutsuzluk	Test değeri p değeri
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Cinsiyet:</b>					
Kadın	48 (56.5)	29 (47.5)	22 (55.0)	3 (21.4)	6.465
Erkek	37 (43.5)	32 (52.5)	18 (45.0)	11 (78.6)	0.091
<b>Medeni durum</b>					
Evli	9 (10.6)	0 (0)	2 (5.0)	3 (21.4)	
Bekar	67 (78.8)	46 (75.4)	23 (57.5)	5 (35.7)	27.868
Dul/ boşanmış	9 (10.6)	15 (24.6)	15 (37.5)	6 (42.9)	<b>0.000*</b>
<b>Eğitim durumu</b>					
Okuryazar	7 (8.2)	7 (11.5)	3 (7.5)	3 (21.4)	
İlköğretim	12 (14.1)	13 (21.3)	12 (30.0)	7 (50.0)	
Ortaokul	16 (18.8)	4 (6.6)	4 (10.0)	1 (7.1)	
Lise	28 (32.9)	23 (37.7)	16 (40.0)	2 (14.3)	21.598
Üniversite / YO	22 (25.9)	14 (23.0)	5 (12.5)	1 (7.1)	<b>0.042*</b>
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	70 (82.4)	52 (85.2)	29 (72.5)	10 (71.4)	3.577
Çalışmıyor	15 (17.6)	9 (14.8)	11 (27.5)	4 (28.6)	0.307
<b>Gelir Durumu</b>					
Gelir < gider	48 (56.5)	43 (70.5)	33 (82.5)	12 (85.7)	
Gelir = gider	35 (41.2)	17 (27.9)	7 (17.5)	2 (14.3)	11.101
Gelir > gider	2 (2.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	<b>0.047*</b>
<b>Evde birlikte yaşanan kişi</b>					
Yalnız	11 (12.9)	9 (14.8)	15 (37.5)	9 (64.3)	26.,120
Aile ile	74 (87.1)	52 (85.2)	25 (62.5)	5 (35.7)	<b>0.000*</b>

\*p<0,05

Bireylerin demografik özellikleri ve umutsuzluk düzeylerine göre dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, bireyin cinsiyeti ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Bireyin medeni durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Yüksek düzeyde umutsuz olan bireylerin %42.9'u boşanmış veya dul bireylerin oluşmakta iken; umutsuz olmayan bireylerin %78.8'i bekar bireylerden oluşmaktadır. Ayrıca orta umutsuzluk düzeyinde olan bireylerin %37.5'i dul/boşanmış kişilerden oluşurken; %57.5'i, bekar bireylerden oluşmaktadır. Bireyin eğitim durumu

ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin %50.0'ı ilköğretim mezunu umutsuz olmayan bireylerin ise %32.9'u lise; %25.9'u üniversite/yüksek okul mezunu olduğunu tespit edilmiştir. Bireyin çalışma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bireyin gelir durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Umutsuz olmayan bireylerin %56.5'inin geliri giderden az iken; umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin %85.7'sinin geliri giderinden azdır. Gelirin giderden az olması bireyleri umutsuzluk düzeylerini arttırmaktadır. Bireyin evde birlikte yalnız yaşaması ya da aile ile yaşaması ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sonuçlar incelendiğinde; umutsuz olmayan bireylerin %87.1'i evde aile ile birlikte yaşarken; düşük umutsuzluk yaşayan bireylerin %85.2'si aile ile yaşadığını ifade ederken, yüksek düzey umutsuz olan bireylerin %64.3'ü yalnız yaşadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.5.** Bireylerin Hastalık Özellikleri ve Beck Umutsuzluk Düzeylerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Umutsuz olmama	Düşük Umutsuzluk	Orta Umutsuzluk	Yüksek Düzeyde Umutsuzluk	Test değeri p değeri
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Yardım istenen birinin varlığı</b>					
Evet	74 (87.1)	51 (83.6)	24 (60.0)	3 (21.4)	36.106
Hayır	11 (12.9)	10 (16.4)	16 (40.0)	11 (78.6)	<b>0.000*</b>
<b>Sigara kullanım durumu</b>					
Evet	46 (54.1)	29 (47.5)	26 (65.0)	8 (57.1)	3.014
Hayır	39 (45.9)	32 (52.5)	14 (35.0)	6 (42.9)	0.389
<b>Alkol kullanım durumu</b>					
Evet	18 (21.2)	9 (14.8)	8 (20.0)	6 (42.9)	5.560
Hayır	67 (78.8)	52 (85.2)	32 (80.0)	8 (57.1)	0.135
<b>Hastaneye yatma durumu</b>					
Evet	44 (51.8)	31 (50.8)	24 (60.0)	11 (78.6)	4.337
Hayır	41 (48.2)	30 (49.2)	16 (40.0)	3 (21.4)	0.227
<b>Hastalıkla ilgili diyet yapımı</b>					
Evet	39 (45.9)	33 (54.1)	19 (47.5)	3 (21.4)	4.956
Hayır	46 (54.1)	28 (45.9)	21 (52.5)	11 (78.6)	0.175
<b>Hastalıkla ilgili egzersiz yapımı</b>					
Evet	34 (40.0)	31 (50.8)	18 (45.0)	4 (28.6)	3.060
Hayır	51 (60.0)	30 (49.2)	22 (55.0)	10 (71.4)	0.383

\* $p<0,05$

Bireyin yardım isteyebileceği birinin olması durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Yüksek düzeyde umutsuz olan bireylerin %78.6'sı yardım isteyebileceği birinin olmadığını tespit edilmiştir. Umutsuz olmayan bireylerin %87.1'i yardım istenen birinin olduğunu, %83.6'sı ise düşük düzeyde umutsuzluk çektiğini ifade etmiştir. Bireyin sigara kullanma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bireyin hastaneye yatma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Bireyin sigara kullanma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bireyin hastalıkla ilgili diyet yapımı, hastaneye yatma durumu ve egzersiz yapımı ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.5)

**Tablo 4.6.** Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

	<i>Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler</i>	<i>Motivasyon kaybı</i>	<i>Umut</i>	<i>Beck Umutsuzluk Ölçeği</i>
	<b>Med / Min-Mak</b>	<b>Med / Min-Mak</b>	<b>Med / Min-Mak</b>	<b>Med / Min-Mak</b>
<b>Cinsiyet:</b>				
Kadın	1.0 / 0.0-5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	4.0 / 0.0 – 17.0
Erkek	1.0 / 0.0-5.0	2.5 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	5.0 / 0.0 – 19.0
<i>Test değeri</i>	-1.037	-1.496	-0.307	-0.957
<i>p değeri</i>	0.300	0.135	0.759	0.338
<b>Medeni durum</b>				
Evli <sup>1</sup>	0.5 / 0.0-5.0	0.5 / 0.0 – 5.0	1.0 / 0.0 – 6.0	2.5 / 0.0 – 16.0
Bekar <sup>2</sup>	1.0 / 0.0-5.0	1.0 / 0.0 – 5.0	1.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 19.0
Dul/ boşanmış <sup>3</sup>	2.0 / 0.0-5.0	2.0 / 0.0 – 5.0	3.0 / 0.0 – 6.0	8.0 / 1.0 – 18.0
<i>Test değeri</i>	6.231	15.416	15.805	16.617
<i>p değeri</i>	<b>0.044*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
	<b>3&gt;1</b>	<b>3&gt;1</b>	<b>3&gt;1</b>	<b>3&gt;1</b>
<b>Eğitim durumu</b>				
Okuryazar <sup>1</sup>	1.0 / 0.0 – 4.0	2.5 / 0.0 – 7.0	3.0 / 0.0 – 6.0	6.5 / 0.0 – 16.0
İlköğretim <sup>2</sup>	1.0 / 0.0 – 5.0	3.5 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	7.0 / 1.0 – 19.0
Ortaokul <sup>3</sup>	1.0 / 0.0 – 5.0	1.0 / 0.0 – 5.0	1.0 / 0.0 – 6.0	2.0 / 0.0 – 15.0
Lise <sup>4</sup>	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	4.0 / 1.0 – 18.0
Üniversite / YO <sup>5</sup>	1.0 / 0.0 – 5.0	1.0 / 0.0 – 6.0	1.0 / 0.0 – 5.0	3.0 / 1.0 – 15.0
<i>Test değeri</i>		19.397	13.656	15.974
<i>p değeri</i>	7.191	<b>0.001*</b>	<b>0.008*</b>	<b>0.003</b>
	0.126	<b>2&gt;3,5</b>	<b>1&gt;3</b>	<b>2&gt;3,5</b>
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 19.0
Çalışmıyor	1.0 / 0.0 – 5.0	3.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	6.0 / 0.0 – 17.0
<i>Test değeri</i>	-0.836	-0.736	-1.771	-1.319
<i>p değeri</i>	0.403	0.462	0.077	0.187
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir < gider <sup>1</sup>	1.0 / 0.0 – 5.0	3.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	6.0 / 0.0 – 19.0
Gelir = gider <sup>2</sup>	1.0 / 0.0 – 5.0	1.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	3.0 / 1.0 – 16.0
Gelir > gider <sup>3</sup>	1.0 / 0.0 – 1.0	1.0 / 0.0 – 4.0	0.0 / 0.0 – 1.0	2.0 / 1.0 – 5.0
<i>Test değeri</i>		10.625	6.793	8.220
<i>p değeri</i>	5.331	<b>0.005*</b>	<b>0.033</b>	<b>0.016*</b>
	0.070	<b>1&gt;2</b>	<b>1&gt;3</b>	<b>1&gt;2</b>
<b>Evde birlikte yaşanılan kişi</b>				
Yalnız	2.0 / 0.0 – 5.0	4.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 6.0	9.5 / 0.0 – 18.0
Aile ile	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	1.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 19.0
<i>Test değeri</i>	-3.512	-4.582	-3.508	-4.265
<i>p değeri</i>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>

\*p<0.05

Bireylerin umutsuzluk düzeylerinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması incelenmiştir (Tablo 4.6) Sonuçlar incelendiğinde, bireyin cinsiyetine göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Bireyin medeni durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Gelecek ile ilgili duygular, motivasyon kaybı, umut alt boyutlarından ve Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanından alınan puanlar evli olanlar ve boşanmış/dul olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Evli olan bireylerin umutsuzluk puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bireyin eğitim durumuna göre tüm gelecek ile ilgili duygular alt boyutundan alınan puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Ancak motivasyon kaybı, umut alt boyutlarından ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Motivasyon kaybı, umut alt boyutlarından ve Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanından alınan puanlar ilköğretim mezunu olanlar ile ortaokul ve üniversite mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Motivasyon kaybı alt boyutu için ilköğretim mezunu olanlar ortaokul ve üniversite mezunu olanlardan daha umutsuz; umut alt boyutu için ise okuryazar olanların puanları ortaokul mezunu olanlardan daha yüksek puan; toplam ölçek için ise ilköğretim mezunu olanlar ortaokul ve üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek puan almıştır. Bireyin çalışma durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bireyin gelir durumuna göre tüm gelecek ile ilgili duygular alt boyutundan alınan puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak motivasyon kaybı, umut alt boyutlarından ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Motivasyon kaybı, umut alt boyutlarından ve Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanından alınan puanlar geliri giderden az olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Motivasyon kaybı alt boyutu için geliri giderden az olanlar geliri gidere eşit olanlardan daha umutsuz; umut alt boyutu için ise geliri giderden az olanların puanları geliri giderden fazla olanlardan daha yüksek puan; toplam ölçek için ise geliri giderden az olanlar geliri gidere eşit olanlardan olanlara göre daha yüksek puan almıştır. Bireyin evde yalnız yaşama durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamı için evde yalnız yaşayın kişilerin umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 4.7.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

	<i>Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler</i>	<i>Motivasyon kaybı</i>	<i>Umut</i>	<i>Beck Umutsuzluk Ölçeği</i>
	Med / Min-Mak	Med / Min-Mak	Med / Min-Mak	Med / Min-Mak
<b>Yardım istenen birinin varlığı</b>				
Evet	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	1.5 / 0.0 – 6.0	4.0 / 0.0 – 16.0
Hayır	2.0 / 0.0 – 5.0	4.0 / 0.0 – 7.0	3.5 / 0.0 – 7.0	9.5 / 0.0 – 19.0
<i>Test değeri</i>	-4.909	-5.181	-3.064	-4.778
<i>p değeri</i>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.000*</b>
<b>Sigara kullanım durumu</b>				
Evet	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 19.0
Hayır	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	5.0 / 1.0 – 18.0
<i>Test değeri</i>	-0.316	-0.471	-0.020	-0.021
<i>p değeri</i>	0.752	0.6380	0.984	0.983
<b>Alkol kullanım durumu</b>				
Evet	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 19.0
Hayır	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	5.0 / 1.0 – 18.0
<i>Test değeri</i>	-1.358	-0.405	-1.336	-0.811
<i>p değeri</i>	0.174	0.686	0.182	0.417
<b>Hastaneye yatma durumu</b>				
Evet	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 6.0	6.0 / 0.0 – 18.0
Hayır	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	1.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 0.0 – 19.0
<i>Test değeri</i>	-1.413	-0.896	-2.176	-1.490
<i>p değeri</i>	0.158	0.370	<b>0.030*</b>	0.136
<b>Hastalıkla ilgili diyet yapımı</b>				
Evet	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	1.0 / 0.0 – 6.0	4.0 / 0.0 – 18.0
Hayır	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	5.0 / 0.0 – 19.0
<i>Test değeri</i>	-0.138	-0.088	-0.362	-0.662
<i>p değeri</i>	0.890	0.930	<b>0.018*</b>	0.508
<b>Hastalıkla ilgili egzersiz yapımı</b>				
Evet	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	1.0 / 0.0 – 6.0	5.0 / 0.0 – 18.0
Hayır	1.0 / 0.0 – 5.0	2.0 / 0.0 – 7.0	2.0 / 0.0 – 7.0	4.0 / 1.0 – 19.0
<i>Test değeri</i>	-0.214	-0.833	-1.452	-0.012
<i>p değeri</i>	0.831	0.394	0.147	0.990

\*p<0.05

Bireyin yardım isteyebileceği birinin varlığının olması durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamı yardım isteyebileceği biri olmayan kişilerin umutsuzluk puanlarının daha yüksektir. Bireyin sigara ve alkol kullanma durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir

( $p<0.05$ ). Bireyin hastaneye durumuna göre gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı alt boyutları ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak umut alt boyutu için hastaneye yatan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla hastaneye yatan bireylerin umutsuzluğunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bireyin hastalıkla ilgili diyet yapma durumuna göre gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı alt boyutları ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ancak umut alt boyutu için hastalığı yüzünden diyet yapmayanların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yüksek puan umutsuzluğu göstermektedir. Bireyin hastalıkla ilgili egzersiz yapma durumuna göre tüm alt boyutları ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	1	2	3	4	5	6	7
<b>1.Beck Umutsuzluk</b>	1.000						
<b>2.Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler</b>	0.784**	1.000					
<b>3.Motivasyon kaybı</b>	0.903**	0.650**	1.000				
<b>4.Umut</b>	0.852**	0.540**	0.626**	1.000			
<b>5.Yaş</b>	<b>0.345**</b>	<b>0.172*</b>	<b>0.270**</b>	<b>0.351**</b>	1.000		
<b>6.Sigara kullanım süresi</b>	0.174	0.052	0.115	<b>0.246*</b>	0.413**	1.000	
<b>7.Alkol kullanım sıklığı</b>	0.009	0.033	0.033	0.077	0.489**	0.684**	1.000

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$

Bireylerin umutsuzluk düzeyleri ve demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4.8’de verilmiştir. Tabloya göre bireylerin umutsuzluk düzeyleri ve demografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre bireyin yaşı ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki vardır ( $p<0.01$ ;  $r=0.345$ ). Bireyin yaşı ile umutsuzluk ölçeği gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve çok zayıf düzey bir ilişki vardır ( $p<0.01$ ;  $r=0.172$ ). Bireyin yaşı ile motivasyon kaybı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki

vardır ( $p<0.01$ :  $r=0.270$ ). Bireyin yaşı ile umutsuzluk ölçeği umut alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki vardır ( $p<0.01$ :  $r=0.351$ ). Bireyin sigara kullanım süresi ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.01$ :  $r=0.174$ ). Bireyin sigara kullanım süresi ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.01$ :  $r=0.052$ ). Bireyin sigara kullanım süresi ile motivasyon kaybı alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.01$ :  $r=0.115$ ). Bireyin sigara kullanım süresi ile umut alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve çok zayıf düzey bir ilişki vardır ( $p<0.05$ :  $r=0.246$ ). Bireyin alkol kullanım sıklığı ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.01$ :  $r=0.009$ ). Bireyin alkol kullanım sıklığı ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.01$ :  $r=0.033$ ). Bireyin alkol kullanım sıklığı ile motivasyon kaybı alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.01$ :  $r=0.003$ ). Bireyin alkol kullanım sıklığı ile umut alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ :  $r=0.077$ ).

**Tablo 4.9.** Bireylerin Umutsuzluk Düzeyini Açıklamak için Yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	Beta	t	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	VIF
Sabit	2.259	5.010	0.000				
Sigara süresi	0.035	2.557	<b>0.012</b>				1.012
Medeni hal=bekar	-0.665	-1.817	0.072	9.331	0.000	0.236	1.243
Medeni hal=evli	-0.524	-2.302	<b>0.023</b>				1.406
Yârdim istenen kimse =evet	-0.884	-3.970	<b>0.000</b>				1.161

Bireylerin umutsuzluk düzeyini açıklamak için çoklu lineer regresyon analizi yapılmıştır. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ :  $F=9.331$ ). Sonuçlar incelendiğinde sigara içme süresinin bireyin umutsuzluk düzeyine istatistiksel olarak etkisinin olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sonuçlara göre sigara içme süresindeki artış kişinin umutsuzluk düzeyini de arttırmaktadır. Ayrıca medeni hali evli olanlar da olmayanlara göre istatistiksel olarak umutsuzluk düzeyini düşürmektedir.

Yardım istenin bir kiřinin varlıđı da bireyin umutsuzluk dűzeyini azaltmaktadır. Kurulan modelde en ۆnemli deđiřkenin bireyin yardım isteyebileceđi birinin olmasıdır. Ayrıca bađımsız deđiřkenlerin bađımlı deđiřkeni ađıklama gűcűnű gűsteren Adj. R<sup>2</sup> %24 olarak hesaplanmıřtır. Bađımsız deđiřkenler arasındaki iliřkiyi VIF deđerini de çoklu dođrusal bađlantı sorunun olmadıđı tespit edilmiřtir (VIF<5) (Tablo 4.9).



## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu araştırma, akut miyokard infarktüs geçiren hastalarda umutsuzluk düzeyinin hastalıkla olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde akut miyokard infarktüs tanılı hastalarla BUÖ ile yapılan değerlendirmeler sonucu elde edilen bulgular literatürdeki benzer çalışmalarla kıyaslanarak tartışılmıştır.

Çalışmada medeni durumu ile umutsuzluk düzeyin etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıktığı görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yüksek düzeyde umutsuz olan bireylerin %42.9'u boşanmış veya dul bireylerin oluşmakta iken; umutsuz olmayan bireylerin %78.8'i bekar bireylerden oluşmaktadır. Ayrıca orta umutsuzluk düzeyinde olan bireylerin %37.5'i dul/boşanmış kişilerden oluşurken; %57.5', bekar bireylerden oluşmaktadır. Bireyin medeni durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Gelecek ile ilgili duygular, motivasyon kaybı, umut alt boyutlarından ve Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanından alınan puanlar evli olanlar ve boşanmış/dul olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Evli olan bireylerin umutsuzluk puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Evliliğin bireyin yaşamının birçok yönünü etkileyen kurum olması ve gerek psikolojik gerek sosyal destek anlamında sevme, sevilme, değer görme ve yaşantıları paylaşma adına negatif düşünceleri ortadan kaldıran bir faktördür.

Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde medeni durumuna göre, dul hastaların evli ve bekâr hastalara daha umutsuz oldukları tespit edilmiştir, bunun nedeni olarakta eşini kaybetmiş bireylerin yaşafıkları olumsuz durumlarla baş etmede sosyal desteğin yetersiz olması, bu problemlerle başetmede etkisiz oldukları buna bağlı bu duyguyu yaşadıkları belirtilmektedir [78]. Bayramova ve Karadakovan'ın yaptığı çalışmada da araştırma bulgularına paralel olarak medeni durumları ile umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca evli, dul ve ayrı olanların bekârlardan daha yüksek düzeyde umutsuzluk duygusu yaşadıkları ifade edilmektedir [79].

Cengiz (2017) hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada bekar olanların evli olanlara göre umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel

olarak anlamsız olduğu saptanmıştır[80]. Tan ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada da bekar olanların evlilere oranla umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [81]. Bu araştırmalar sonucunda yaptığımız çalışma literatürle paralellik göstermektedir.

Hastaların almış oldukları sosyal destek düzeyleri hastalıklarıyla mücadele gücünü arttırmakta ve baş etme mekanizmalarını güçlendirerek psikolojileri üzerine olumlu etki göstermektedir [82]. Bu nedenle bekar olan hastaların evli olanlara oranla sosyal desteklerinin az olmasından dolayı daha fazla umutsuzluk yaşadıkları düşünülebilir.

Bireyin eğitim durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin %50'si ilköğretim mezunu umutsuz olmayan bireylerin ise %32.9'u lise; %25.9'u üniversite/yüksekokul mezunu olduğunu tespit edilmiştir. Eğitim bireylerin ve toplumların sosyal statülerini, kişiler arası ilişkilerini, algılarını, kişiler arası ilişki kuma becerilerini ve ekonomik düzeylerini belirleyen en önemli faktördür. Eğitim durumu profesyonel boyutta hastalıkla baş etmeye katkısının ve strateji geliştirmede olumlu katkısının olduğu düşünölmelidir.

Eğitim düzeyi arttıkça hastaların tedavi planı konusunda daha fazla bilinçli ve bilgi seviyesinin yüksek olması, Hastaların başarılı baş etme yöntem ve tekniklerini daha iyi ve etkileyici bir şekilde geliştirmeleri ve sahip olduğu sosyal durumun iyi koşullar sağlaması sonucunda bireylerde umutsuzluk düzeyini olumlu yönde etkilediğini düşünölebilir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerde ise genel sağlığa ilişkin bilgi ve beklentileri, sosyal statüleri, rolleri ve ekonomik koşulları yeterli olmadığı için umutsuzluğa daha yatkın oldukları düşünölebilir. Tayla'nın miyokard infarktüs geçirmiş hastalarda yaptđı çalışmada eğitim durumu ve umutsuzluk düzeyi ile benzer sonuçlar elde edilmiştir [83]. Tan ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış oldukları çalışmalarında da eğitim durumunun umutsuzluk puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur [80]. Tansı'nın (2009) yaptđı koroner arter bypass hastaları ile yaptđı çalışmada eğitim durumunun umutsuzluk düzeyinde etkili olduğu saptanmıştır [84]. Literatürde bu çalışma sonuçlarına benzer çalışmalar [85,86] yer almaktadır. Araştırma sonuçları diğer çalışmalarla birlikte literatür sonuçlarını desteklemektedir.

Bireyin gelir durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Umutsuz olmayan bireylerin %56.5'inin geliri

giderden az iken; umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin %85.7'sinin geliri giderinden azdır. Gelirin giderden az olması bireyleri umutsuzluk düzeylerini arttırmaktadır

Bireylerin gelir durumu ekonomik gücünü ve birçok olanaklara sahip olabilme, verilen sosyal hizmetlere ulaşmada kolaylık sağlama gibi anlamları ifade eder. Ekonomik nedenler birçok insanın olanaklara ulaşmasındaki en önemli sebep olması nedeniyle düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerin başta sağlık hizmetleri olmak üzere birçok hizmetten mahrum kalması yapılan çalışmalarda da umutsuzluğa neden olduğu görülmektedir. Tayla'nın (2012) miyokard infarktüs geçiren hastalarda yaptığı çalışmaya göre gelir ve sosyal güvence durumu ile umutsuzluk puan ortalaması incelendiğinde çalışmayan geliri giderden az ve sosyal güvencesiz hastaların umutsuzluk puan ortalaması daha yüksek olup arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu bulmuştur [82]. Yapılan başka çalışmalarda da gelir durumu kötü olan hastalarda umutsuzluk puan ortalaması yüksek bulmuştur [87-88].

Bireyin evde yalnız yaşaması ya da aile ile yaşaması ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sonuçlar incelendiğinde; umutsuz olmayan bireylerin % 87.1'i evde aile ile birlikte yaşarken; düşük umutsuzluk yaşayan bireylerin %85.2'si aile ile yaşadığını ifade ederken, yüksek düzey umutsuz olan bireylerin % 64.3'ü yalnız yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca evde yalnız yaşama durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bireyin yardım isteyebileceği birinin varlığının olması durumuna göre tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Tüm alt boyutlar ve ölçeğin tamamı yardım isteyebileceği biri olmayan kişilerin umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireyin evde yalnız yaşaması, aile ile yaşaması ya da yardım isteyeceği birinin varlığı insanın sosyal bir varlık olduğunu, çevresiyle etkileşim halinde olduğunun göstergesidir. Kişinin çevresinden aldığı maddi ve manevi destek umudu etkilemektedir.

Yılmaz'ın tip 2 diyabet hastalarıyla yaptığı çalışmada da aile ile birlikte yaşayan bireylerin umutsuzluk ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur [89]. Bayramova ve Karadakovan'ın kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada

hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur [79]. Yapılan bir çalışmada da destek faktörlerinin ilk sıralarda aile üyelerinin yer aldığı ve bu sırayı takiben sağlık personeli ve sosyal çevrelerinin izlediğini tespit etmiştir [90]. Hupcey yaptığı çalışmada destek alanlarını sosyal destek sağlayıcıları olarak eşleri çocukları gibi birlikte aynı evi paylaştıkları aile üyelerini seçtiklerini belirtmiştir [91]. Aile bireyleri ile birlikte yaşayan ya da yardım alacağı birinin varlığını bilen kişilerde umutsuzluk düzeyi düşük çıkmaktadır. Yaptığımız çalışmada literatürle benzer sonuçlar göstermektedir.

Bireyin hastaneye yatma durumuna göre gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı alt boyutları ve ölçeğin tamamından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Ancak umut alt boyutu için hastaneye yatan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yüksek puan umutsuzluğu göstermektedir. Dolayısıyla hastaneye yatan bireylerin umutsuzluğunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kronik ya da ani gelişen ölümcül hastalıklarda hastaneye yatma kişilerde korku, stres ve endişeyi artırıcı; umutsuzluk ve motivasyon kaybına neden olmaktadır. Ani gelişen ölümcül hastalıklardan olan miyokard infarktüsü hastaların kendini kötü hissetmesine ve ölüm korkusu yaşamasına neden olmaktadır. Yaşam enerjisi düşen bireylerin umutsuzluk düzeyi artmaktadır. Salık'ın kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı araştırma sonucunda hastaların hastalık teşhis sürelerinin uzunluğu ve hastaneye yatış sayısındaki artış ile umutsuzluk düzeyleri anlamlı ilişki olduğu saptandı [92]. Arslantaş ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada da hastalık süresinin artmasına paralel olarak bireylerin umutsuzluk düzeyinde de aynı şekilde yükseldiği ortaya çıkmıştır [93]. Araştırma sonucu hastaların hastaneye yatışlarında deneyim sahibi olması umutsuzluğu arttırdığı düşünülebilir. Yaptığımız çalışmada literatürle benzer sonuçlar [92,93] görülmektedir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde yaş ile umutsuzluk düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu olduğu belirlenmiştir. Yaş umutsuzluğu etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. İleri yaşla birlikte bireylerde ortaya çıkan fiziksel ve sosyal fonksiyonlardaki sınırlılıklar aynı zamanda kronik hastalıkların ortaya çıkması, yalnız kalma düşüncesi ve ölüm korkusu umutsuzluk düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Tayla'nın miyokard infarktüs geçiren hastalarda yaptığı çalışmada 67 yaş ve üzeri



hastalarda umutsuzluk puan ortalamasını daha fazla bulmuştur [83]. Arslantaş ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş arttıkça umutsuzluğun arttığını belirtmiştir [93]. Literatür incelendiğinde kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde yapılan çeşitli çalışmalarda da yaş arttıkça bireyin umutsuzluk düzeylerinin arttığı belirtilmektedir [94].

Genç bireylerin geleceğe yönelik beklentisinin ve umudunun fazla olması yaşlı bireylerin gençlere göre daha umutsuz olması beklenen bir sonuçtur. Özellikle yaşlı bireylerde çoklu kronik hastalığının olması ve özellikle yaşamış oldukları ölüm korkusu bireylerin umutsuzluk düzeylerini etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Çalışma sonuçları literatürdeki çalışmalarla benzerdir.

Bireyin sigara kullanım süresi ile umut alt boyutundan elde ettiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve çok zayıf düzey bir ilişki vardır ( $p<0.05$ :  $r=0.246$ ).

Bireylerin umut düzeyini açıklamak için yapılan çoklu lineer regresyon analizi yapılmıştır. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ :  $F=9.331$ ). Sonuçlar incelendiğinde sigara içme süresinin bireyin umut düzeyine istatistiksel olarak etkisinin olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sonuçlara göre sigara içme süresindeki artış kişinin umutsuzluk düzeyini de arttırmaktadır. Sonuçlara göre sigara içme süresindeki artış kişinin umutsuzluk düzeyini de arttırmaktadır. Sigara birçok hastalığın ortaya çıkmasında rol oynayan ve umutsuzluk zamanında kullanıma başvuru alan alışkanlıklardan bir tanesidir. Sigaranın stres giderici olduğunu düşünen birey depresyon süresince kullanımını artırmakta ve alışkanlık kazanmaktadır. Depresyon süresi arttıkça kullanım miktarı artmakta ve ilerleyen yıllarda hastalıklara sebep vermektedir. Kayış'ın kanser hastalarında yaptığı çalışmada sigara faktörünü depresyon ile uzun kullanımın süresinin hastalıkla ilişkili olduğunu istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur [95]. Çalışmamız literatürle paralel sonuç vermiştir.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

- Akut miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin %7.0'nın yüksek düzeyde umutsuzluk evresinde olduğu; %20.0'nın orta düzeyde umutsuzluk evresinde olduğu,
- Bireylerin umutsuzluk düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, bireyin cinsiyet, medeni durum ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı,
- Bireyin medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşama durumu, yardım isteyeceği birilerinin olma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
- Bireyin yaşı ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki vardır. Bireyin yaşı ile umutsuzluk ölçeği gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve çok zayıf düzey bir ilişki vardır. Bireyin yaşı ile motivasyon kaybı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki vardır. Bireyin yaşı ile umutsuzluk ölçeği umut alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki vardır. Bireyin alkol kullanım sıklığı, sigara kullanımı ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Bireylerin umutsuzluk düzeyini açıklamak için yapılan çoklu lineer regresyon analizi sonuçları incelendiğinde sigara içme süresinin bireyin umutsuzluk düzeyine istatistiksel olarak etkisinin olduğu ve sigara içme süresindeki artış kişinin umutsuzluk düzeyini de arttırdığı tespit edilmiştir.

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

- Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin detaylı sağlık öykülerinin alınıp bireye özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması
- Hemşirelerin umutsuzluk gibi bireyin iyileşmesini engelleyici faktörleri değerlendirilip bütüncül bir bakımın planlanması,
- Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde umutsuzluğu etkileyen faktörlerin tek başına ele alınarak detaylı çalışmaların planlanması,
- Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerin psikososyal yönlerinin daha kapsamlı ele alınarak tedavi ve bakımda sağlık ekibi ile beraber kapsamlı bir programın hazırlanması ve
- Hastaların umutsuzluk ile başetmede başarılı olabilmeleri için koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere yönelik hizmet içi eğitimlerin sağlanması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

1. Koroner Arter Hastalığı Nedenleri, Belirtileri ve Tedavisi, 2013. <https://www.saglikocagim.net/koroner-arter-hastalg-nedir>
2. Winzer, E. B., Woitek, F., Linke, A., “Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease”. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725, 2018.
3. White, H.D., Chew, D.P., “Acute myocardial infarction”. *The Lancet*, 372 (9638), 570-584, 2008; Libby, P., “Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes”. *Circulation*, 104(3), 365-372, 2001.
4. Ford ES, Capewell S. “Coronary heart disease mortality among young adults in the U.S. from 1980 through 2002: concealed leveling of mortality rates”. *J Am Coll Cardiol*. 50(22):2128-32, 2007.
5. Onat, A., Uğur, M., Çiçek, G., Ayhan, E., Doğan, Y., Kaya, H., Can, G., “TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski”. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 38(3), 159-163, 2010.
6. Guyton C. A., Hall E.J. (Eds): Tıbbi Fizyoloji. (Çev. H. Çavuşoğlu), Nobel Kitabevi, 147. Baskı, İstanbul, 1986.
7. Kalp Krizi, 2014. <http://turyay.com.tr>
8. Göz F. Göz M., Boran G. Bir grup hastanın koroner kalp hastalığına yönelik risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi, *Marmara Üniversitesi HYO 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, 29-2 Kasım 2000, Antalya.
9. Ünsar S., Durna Z., Süt N. “Koroner arter hastalıklarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirelerin rolü”. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2):28-29, 2004.
10. İncazlı S. Özer S. “Kardiyovasküler Hastalıklarda Önemli Bir Belirleyici: Ağız Sağlığı”. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(12):55-65, 2016.
11. Perk J, Backer G, Gohlke H, Graham I. “European Guidelines On Cardiovascular Disease Prevention In Clinical Practice (Version 2012)”. *European Heart Journal*, 33: 1635-1701, 2012.

12. Erdin S, Turfaner N., Kalp Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İ.Ü. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62*; s. 143-146, İstanbul 2008.
13. Fırat, F.A., Dedeli, Ö., “Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”. *Kardivasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(14), 153-161, 2016; Durak A, Palabıyıkoglu R., “Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması”. *Kriz Dergisi*, 2:311-316, 1994.
14. Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö. A., Öztürk, M., Acar, B., Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 3(4), 235-241, 2000.
15. Mehtap, T., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Erdem, N., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 32-39, 2005.
16. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. (Çev.: F. Erdemir), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:487-492.
17. Carpenito LJ., Handbook of Nursing Diagnosis, Lippincott Company, Philadelphia, 1999.
18. Yılmaz EB, Ergun A., “Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki”. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (3):1-10, 2010.
19. Byrne CJ, Toukhsati SR, Toia D, O'Halloran PD, Hare DL. Hopelessness and cognitive impairment are risk markers for mortality in systolic heart failure patients. *Journal Psychosom Res.*, 109:12-18, 2018.
20. Bayramova N, Karadakovan A., “Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7:2-10, 2004.
21. Chapman JF, Christenson RH, Silverman LM. Cardiac and muscle disease. Kaplan LA, Pesce AJ, (editors). *Clinical Biochemistry*. 3rd ed. USA: Mosby, 1996; 593- 612.

22. İliçin G, Biberöglu K, Süleymanlar G, Ünal S. Akut Miyokart İnfarktüsü. İç Hastalıkları, Güneş Kitabevi, Ankara 2003, s. 474-95.
23. Gök H., “Akut Koroner Sendromların tanısında yeni biyokimyasal markerlar. Akut Koroner Sendromlar”. *Türk Kardiyoloji Seminerleri*, 1(3): 20-32, 2001.
24. Murray CL, Lopez AD. “Global mortality, disability and the contribution of risk factor. Global Burden of Disease Study”. *Lancet*, 349: 1436-42, 1997.
25. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Bernard RC, Harvey DW. “Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı”. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, 3: 129-45, 2013.
26. Stona PH, Muller JE, Hartwell T., “The effect of diabetes mellitus on prognosis and serial left ventricular function after acute myocardial infarction; Contribution of both coronary disease and diastolic left ventricular dysfunction to the adverse prognosis. The MILIS Study Group”. *J Am Coll Cardiol*, 14:49-53, 1989.
27. Türkiye İstatistik Kurumu, 2020, www.tuik.com.tr.
28. Bayülgen, M.Y., “Koroner Anjioplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Mersin 2015.
29. Türk Halk Sağlığı Kurumu. “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı:2015-2020 Eylem Planı”, Ankara 2015.
30. Akyol G., “Kan Damarları”. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, editors. Çeviri Editörü: Çevikbaş U. Basic Pathology, Temel Patoloji. Altıncı Baskı, WB Saunders, Philadelphia 2000, 284–288.
31. Awtry EH, Loscalzo J. Koroner Kalp Hastalığı. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J., (Çeviri Editörü: Çavuşoğlu H). “Cecil Essentials of Medicine Türkçesi”. Beşinci Edisyon, WB Saundres, Philadelphia 2001, 79.
32. Jee SH, Suh I, Kim IS, Apel LJ. “Smoking and aterosklerotik kardiovaskular disease in men with low levels of serum cholesterol: the Korean Mediacal Insurance Corporation Study”. *JAMA*, 282:2149–2155, 1999.

33. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... & INTERHEART Study Investigators., “Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study”. *The Lancet*, 364(9438), 937-952, 2004.
34. Tousoulis, D., Davies, G., Stefanadis, C., Toutouzas, P., Ambrose, J.A., Inflammatory and thrombotic mechanisms in coronary atherosclerosis. *Heart*, 89(9), 993-997, 2003.
35. Matetzky, S., Tani, S., Kangavari, S., Dimayuga, P., Yano, J., Xu, H., Cercek, B., Smoking increases tissue factor expression in atherosclerotic plaques: implications for plaque thrombogenicity. *Circulation*, 102(6), 602-604, 2000.
36. Tokgözoğlu L., “Aterosklerozda patoloji ve patogenez”. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*, 29-38: 2000.
37. Kayaalp O.,Hipolipidemik İlaçlar: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Ankara, Hacettepe TAŞ Kitapçılık Ltd Şti, 1(8),567- 587, 2000.
38. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health, 2002, Publication No. 02-5215 September
39. Öngen Z., “Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon”. *Klinik Gelişim Dergisi*, 18:4-7, 2005.
40. Altun, B., Arici, M., Nergizoglu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., Çağlar, S., “Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003”. *Journal of hypertension*, 23(10), 1817-1823, 2005.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü. Final Raporu. Ankara 2004.
42. Coşkun Y, Bayraktaroğlu Z., “Coronary risk factors in Turkish school childrenreport of a pilot study”. *Acta Paediatr*, 86:187–91; 1997

43. American Diabetes Association., Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes care*, 33(1), 11-61, 2010.
44. IDF Diabetes Atlas. (2019). <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-isdiabetes/facts-figures.html>
45. Erci B, Aylaz R., Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ 2016, s. 335-337.
46. Durna Z., İç Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı, Akademi Basın ve Yayın, İstanbul 2013, s. 239-252.
47. Levit, R. D., Reynolds, H. R., Hochman, J. S., Cardiovascular disease in young women: a population at risk. *Cardiology in review*, 19(2), 60-65, 2011.
48. Schnell, O., Otter, W., Standl, E., “The Munich Myocardial Infarction Registry: translating the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for the Study of Diabetes (EASD) guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular disease into clinical practice”. *Diabetes care*, 32(2), 326-330, 2009.
49. Keller P.F., Carballo D., Roffi M., “Diabetes and acute coronary syndrome”. *Minerva Med.*, 101: 81-104, 2010.
50. Gök H., Akut Miyokard İnfarktüsü: Klinik Kardiyoloji, İkinci baskı, İstanbul 2002, 273-321.
51. Mahley, R. W., Palaoğlu, K. E., Atak, Z., Dawson-Pepin, J., Langlois, A. M., Cheung, V., Vakar, F. (1995). Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. *Journal of lipid research*, 36(4), 839-859.
52. Onat A, Büyüköztürk K, Sansoy V, Surdum Avcı G, Çam N, Akgün G, ve ark. Koroner Kalp hastalığı, Korunma ve Tedavi Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 30: 568-94, 2002.
53. Badır A., Korkmaz F.D., Koroner Arter Hastalıkları. (Ed. Karadakovan, A., Aslan F.E). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana 2010, 510-512.



54. Myers RH, Kiely DK, Cupples A, Kannel WB. "Parental history is an independent risk factor for coronary artery disease: the framingham study". *Am Heart J*, 120:963-969, 1990.
55. Neal WA. Disorders of lipoproteins metabolism and transport. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. Nelson Textbook of Pediatrics 18th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier. p. 558, 2007
56. Perck J, De Bacher H, Gohlke F et al., "European guidelines on cardiovascular diseases prevention and clinical practice". *European Heart Journal*, 33: 1635-1701, 2012.
57. Marik, P., Varon, J., "The obese patient in the ICU". *Chest*, 113(2), 492-498, 1998.
58. Lew, E. A., Garfinkel, L., "Variations in mortality by weight among 750,000 men and women". *Journal of chronic diseases*, 32(8), 563-576, 1979.
59. Awtry EH, Loscalzo J. Koroner Kalp Hastalığı. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J, (Çeviri Editörü: Çavuşoğlu H.), Cecil Essentials of Medicine Türkçesi. Beşinci Edisyon. Philadelphia 2001, WB Saunders, 79.
60. Görenek B, Birdane A, Ünalır A., "Kadınlarda koroner arter hastalığı: risk faktörleri, klinik tablolar, tanı ve tedavi yaklaşım farklılıkları", *Türk Kardiyol Derneği Araştırma Dergisi*, 28(1):60-69, 2000.
61. Netter FH. "Atlas of Human Anatomy". In: Collacino S, editor. 1 th. Japan: Ciba-Geigy Corporation. 1989
62. Türk Dil Kurumu, 2019, <https://www.tdk.gov.tr/>.
63. Arslantaş, H., Adana, F., Kaya F., Turan, D., "Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler". *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97, 2010.
64. Borneman T, Stahl C, Ferrell BR, Smith D. "The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home". *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4(1):21-33, 2002.

65. Synder CR, Lopez SJ, Shorey HS, Rand KL, Feldman DB. Hope theory, measurements and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18(2):122-39, 2003.
66. Doğan, S., Kelleci, M., “Fiziksel Hastalık Nedeni ile Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri”. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13 (52): 23-37, 2004.
67. Rawlins P.R., Hope-Hopelessness. In: Rawlins P.R., Williams S.P., Beck C.M. *Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach*. 3.Edition, p.257- 284, Mosby Year Book, St. Louis, 1993.
68. Gençöz, F., Vatan, S., ve Lester, D., “Umutsuzluk Çaresizlik ve Talihsizlik Ölçeğinin Türk Örnekleminde Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması”. *Kriz Dergisi*, 14(1):21-29, 2006.
69. Carpenito-Moyet LJ. *Handbook of Diagnosis*, (Çev.: Erdemir F). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 3. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2013, s: 487-493.
70. Dilbaz N, Seber G., “Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi”. *Kriz Dergisi*, 1(3):134-138, 1993.
71. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F., “Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki”. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13):114-126, 2016.
72. Sullivan M.D., “Hope and hopelessness at the end of life”. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11(4): 393-405, 2003.
73. Everson S.A., Kaplan G.A., Goldberg D.E., Salonen R., Salonen J.T., Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 17(8): 1490-95, 1997.
74. Öz F., Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Yenilenmiş 2. Baskı, Mattek Matbaacılık, Ankara 2010, s. 189-224.
75. Beck At, Weissman A., Lester D., “Trexler L The Measurement Of Pessimism. The Hopelessness Scale”. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 12 (6): 861-865, 1971.

76. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. “Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği”. *Kriz Dergisi*.1: 1–4, 1998.
77. Durak A, Palabıyıkoglu R., “Beck umutsuzluk ölçeği”, *Kriz Dergisi*, 2 (2): 311-319,1994.
78. Öndiger N., Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İzmir 1997.
79. Bayramova N., Karadakovan A., “Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2): 39-47, 2004.
80. Cengiz, D.U., Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Umutsuzluk Düzeyi Üzerine Etkisi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Malatya 2017.
81. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. “Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi”. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 8(2): 32-39, 2005.
82. Sarı Ö., “Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği (KBY)”. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2): 71-80, 2015.
83. Tayla A., Miyokard İnfarktüs geçirmiş hastaların anksiyete depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin baş etme tutumlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum 2012.
84. Tansı T., “Koroner Arter Bypass yapılan hastalarda sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi ilişkisi”. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul 2009.
85. Erdem N, Karabulut E., “Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1–13, 2004.
86. Biçer S, Bayat M., “Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri”. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19): 1-21, 2012.

87. Öz H., Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral Ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul 2006.
88. Aydın İ.H., Kanser Hastalarında Umut- Umutsuzluk ve Sosyal Destek İlişkisi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Sivas 2017.
89. Yılmaz, E., Tip 2 Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyleri ile Özbakım Gücü İlişkisi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul 2010.
90. Conley JA., “Support systems for patients and spouses on home Dialysis”, *Family Psychiatr*, 2:45-54, 1991.
91. Hupcey, J.E., Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3), 304-318, 1998.
92. Salık, S., “Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Ankara 2018.
93. Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D., Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97, 2010.
94. Gündoğan Gelik M., Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri ve Öz Bakım Davranışları, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi*, İstanbul 2019.
95. Kayış, A., Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi*, İstanbul 2009.

## EKLER

### EK 1: TANIMLAYICI ANKET FORMU

Anketi Doldurma Tarihi :

Anket No :

#### 1) Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

#### 2) Yaşınız.....

#### 3) Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar ( ) 2. Evli ( ) 3. Boşanmış/dul ( )

#### 4) Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar ( ) 2. İlkokul ( ) 3. Ortaokul ( )  
4. lise ( ) 5. Yüksekokul ( ) 6. Üniversite mezunu

#### 5) Mesleğiniz nedir?

1. Memur ( ) 2. Emekli ( ) 3. İşçi ( ) 4. Öğrenci ( ) 5. Serbest meslek ( ) 6. Çalışmıyor ( )

#### 6) Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

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

#### 8) Evde birlikte yaşadığınız kişiler

1. Yalnız ( ) 2. Aileyle ( ) 3. Diğer (.....)

#### 9) İhtiyacınız olduğu durumlarda yardıma başvurduğunuz kimseler var mı?

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

#### 10) Sigara kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet ..... yıldır / günde ..... adet

2. ( ) Hayır kullanmıyorum

3. ( ) Bıraktım ..... yıl/ ..... ay önce

#### 11) Alkol kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet (Ne sıklıkla belirtiniz.....)

2. ( ) Hayır

3. ( ) Bıraktım .....yıl/ .....ay önce

#### 12) Daha önce hastaneye yattınız mı?

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

#### 13) Tanı konulan herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**14) İlk kalp krizi tanısını ne zaman aldınız? .....**

**15) Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

**16) Uygulanan tedavi seçeneğini işaretleyiniz.**

1. Anjiyografi
2. Stent takılması
3. Trombolitik tedavi
4. Diğer (Heparine, Perlinganit, Antiagregan Tedavisi)

**17) Daha önce kalp krizi geçirdiyseiz komplikasyon gelişti mi? (Cevabınız “HAYIR” ise 19. soruya geçiniz.)**

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

**18) Gelişen komplikasyon tedavi edildi mi?**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

**19) Ailede başka kalp krizi geçiren var mı?**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

**20) Hastalığınızla ilgili diyet yapıyor musunuz?**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

**21) Hastalığınızla ilgili egzersiz yapıyor musunuz?**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

**22) Hastalığınızla ilgili ilaç kullanıyor musunuz? (Cevabınız “HAYIR” ise 23. soruya geçiniz.)**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

**23) Hastalığınızla ilgili ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?**

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

## EK 2: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye de düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları doğru ya da yanlış olarak kodlayınız.

	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 hiç bir 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-Kötu günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

