

Seher ÇAKMAK<sup>1</sup>  
Orcid: 0000-0003-4684-8333

Nesrin NURAL<sup>2</sup>  
Orcid: 0000-0003-2100-7386

Songül GÜRSES<sup>3</sup>  
Orcid: 0000-0001-9466-5043

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., Gümüşhane, Türkiye

<sup>2</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., Trabzon, Türkiye

<sup>3</sup> Hemşire, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Sorumlu Yazar (Correspondence Author):**

Seher ÇAKMAK  
sehercakmak@gumushane.edu.tr

### Anahtar Sözcükler:

Hemşirelik; koroner arter hastalığı; psikososyal uyum; Tanrı algısı.

### Keywords:

Nursing; coronary artery disease; psychosocial adjustment; God perception.

## Koroner Arter Hastalarında Tanrı Algısının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Evaluation of The Effect of The God Perception on Psychosocial Adjustment in Coronary Artery Patients

\*Bu çalışmanın ilk sonuçları 25-27 Kasım 2018 tarihleri arasında 1<sup>st</sup> International Medicine Nursing Congress'de poster bildirisi olarak sunulmuştur.

**Gönderilme tarihi:** 18.02.2022

**Kabul tarihi:** 05.07.2022

### Öz

**Amaç:** Bu araştırma, koroner arter hastalarında Tanrı algısının psikososyal uyum üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılan araştırma, bir devlet hastanesinin Kardiyoloji kliniklerinde yatarak tedavi gören 138 hasta ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, "Tanıtıcı Özellikler Formu", "Tanrı Algısı Ölçeği" ve "Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya alınan hastaların Tanrı algısı puan ortalamasının 100.2±6.7, hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim puan ortalamasının 35.3±18.1 olduğu ve %52.2'sinin hastalığa "iyi" düzeyde psikososyal uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin geniş aile ilişkileri, aile çevresi ve psikolojik distress alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Tanrı Algısı Ölçeği puanının Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Sonuç:** Bu çalışmada, koroner arter hastalarının seven ya da sevgi yönelimli Tanrı algısına sahip oldukları ve hastalığa orta düzeyde psikososyal uyum sağladıkları tespit edilmiştir. Hastalığa psikososyal uyum geniş aile ilişkileri, aile çevresi ve psikolojik distress alanlarında daha yüksek bulunmuştur. Hastaların Tanrı algısının hastalığa psikososyal uyumları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

### Abstract

**Objective:** This study was conducted to determine the effect of God perception on psychosocial adjustment in coronary artery disease patients.

**Methods:** The descriptive and relational study was conducted with 138 inpatients in the Cardiology clinics of a state hospital. In data collection, "Descriptive Characteristics Form", "Perception of God Scale" and "Psychosocial Adjustment Self-Report Scale" were used. The data were analyzed with the SPSS 21 Package program.

**Results:** The patients included in the study was determined that the mean score of God perception was 100.2±6.7, the mean score of psychosocial adjustment-self-report to the disease was 35.3±18.1, and 52.2% of them showed "good" psychosocial adjustment to the disease. Extended family relationships, family environment and psychological distress sub-dimension mean scores in the psychosocial adjustment-self-report scale were found to be lower. It was determined that the God Perception Scale score did not have a statistically significant effect on the Psychosocial Adjustment Self-Report Scale score (p>0.05).

**Conclusion:** In this study, it was found that coronary artery patients had a loving/love-oriented God perception and had moderate psychosocial adjustment to the disease, psychosocial adjustment to the disease was higher in the areas of extended family relations, family environment and psychological distress. It was determined that the patients' perception of God did not have an effect on their psychosocial adjustment to the disease.

**Kaynak Gösterimi:** Çakmak, S., Nural, N., Gürses, S. (2022). Koroner Arter Hastalarında Tanrı Algısının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *EGEHFD*, 38(2), 118-126. Doi:10.53490/egehemsire.1075850

**How to cite:** Çakmak, S., Nural, N., Gürses, S. (2022). Evaluation of The Effect of The God Perception on Psychosocial Adjustment in Coronary Artery Patients. *JEUNF*, 38(2), 118-126. Doi:10.53490/egehemsire.1075850

## GİRİŞ

Koroner arter hastalığı (KAH) dünyada ve ülkemizde sık görülen önemli kronik hastalıklardan biridir (Malakar, Choudhury, Halder, Paul, Uddin ve diğerleri, 2019). Morbidite ve mortalite oranı oldukça yüksek olan bu hastalığın kontrol altına alınabilmesi için uzun süreli tedavi ile birlikte sağlıklı beslenme, sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel egzersiz, stresten uzak durma gibi yaşam şekli değişikliklerine uyum gerekmektedir (Turan Kavradım ve Özer, 2018).

KAH'nın kronik bir hastalık olması, semptomlarının ve tedavisinin getirdiği güçlükler ve hastaların geleceğe yönelik endişeleri, duygusal sıkıntı, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, korku, beden imgesinde değişiklik, sosyal işlev ve ilişkilerde bozulma gibi birçok psikososyal sorunun gelişmesine neden olmaktadır (Hare, Toukhsati, Johansson ve Jaarsma, 2014; Karimi-Moonaghi, Mojalli ve Khosravan, 2014; Palacios, Khondoker, Achilla, Tylee ve Hotopf, 2016; Polikandrioti ve Olympios, 2014; Savaşan, Ayten ve Ergene, 2013; Ski, Taylor, McGuigan, Lambert, Richards ve diğerleri, 2019; Sunbul, Zincir, Durmus, Sunbul, Cengiz ve diğerleri, 2013). Psikososyal sorunların gelişiminin önlenmesinde hastalığa uyum sağlama önemli bir faktördür (Çakmak ve Nural, 2019). Hastalığa uyum, bireyin sağlığı ile ilgili değişiklikleri kabul etmesidir. Diğer bir deyişle, fiziksel bir problem karşısında benlik ve dünya hakkında olumlu görüşü sürdürme sürecidir (Besharat, Ramesh ve Moghimi, 2018). Hastalığa uyum sağlamada, sağlık kontrollerinin düzenli yaptırılması, tedaviyi kabul etme, yaşam tarzı değişikliklerine uyma ve sosyal destek alınması gibi faktörler yer almaktadır (Yıldırım ve Öztürk, 2016). Hastaların tanı aldıktan sonra yaşadıkları diğer hastalık belirtilerini kronik kalp hastalıkları ile ilişkilendirmemeleri, hastalıklarının kronik bir hastalık olduğunu kabul etmeleri, hastalığın çok ciddi sonuçları olduğuna inanmaları, hastalıklarını anlayabilme, kontrol edebilme ve tedavi ile hastalığın kontrol edilebileceğine yönelik olumlu algılarının bulunması hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır (Bağcıvan, Tanrıver ve Kılıç, 2018; Çakmak ve Nural, 2019). Ancak aile, iş ve sosyal yaşam süreçlerinin bozulması, beden imajında değişiklik, hastalığın semptomlarını kontrol edememe, hastalık hakkında yetersiz bilgiye sahip olma, hastalık hakkında verilen bilgileri duymaya hazır olmama, tedavinin devamı ve ölüm korkusu gibi diğer faktörler ise hastalığa uyumu zorlaştırmaktadır (Lurie, Myers, Goldbourt ve Gerber, 2015; Vicdan ve Birgili, 2018). Hastalığa uyum sorunu yaşayan hastalarda kardiyak olaylar tekrarlayabilmekte ve mortalite riski artmaktadır (Celano, Millstein, Bedoya, Healy, Roest ve diğerleri, 2015; Lurie ve diğerleri, 2015).

Kardiyak olaylarla karşı karşıya kalan bireylerde yaşamın anlam ve amacı değişebilmektedir. Nekahat döneminde bireyde ve ailede anksiyete ve ölüm kaygısıyla birlikte Tanrı'ya yönelim artmaktadır. Bireyin sahip olduğu Tanrı algısı Tanrı'ya yönelmede belirleyici bir faktördür. Yaşamın ilk yıllarında oluşmaya başlayan dini eğilimler, bireyin kişiliği ve içinde yaşadığı çevre tarafından şekillenen Tanrı algısı, Tanrı'ya yönelik geliştirilen duyu ve düşüncelerdir. Tanrı'ya olumlu yönelim, Tanrı'ya yol gösterici olarak algılamayı içerirken, olumsuz yönelim, Tanrı'dan hoşnutsuzluk gibi tutumları içermektedir (Güler, 2007). Kalp hastalığı tanısı alan bireylerin bazıları Tanrı ile olumlu ve sevgi yönelimli ilişkiler geliştirirken diğerleri ise Tanrı'nın onların dualarına cevap vermediğini düşünerek gücünü sorgulama, uzaklaşma ve hayal kırıklığı duygularını yaşamaktadır. Tanrı'ya güvenli bağlanma ve sevgi besleme, olumsuz olaylar ile baş etmede manevi güç sağlamaktadır (Ellison, Fang, Flannelly ve Steckler, 2013; Martínez ve Custódio, 2014). Maneviyat, hastalığa ve tedaviye uyum sağlamada, tedavinin zorlukları ile baş etmede hastalara yardımcı olabilmektedir (Abu, Ulbricht, Ding, Allison, Salmoirago-Blotcher ve diğerleri, 2018; Yodchai, Dunning, Hutchinson, Oumtanee ve Savage, 2011). Bazı bireylerde manevi inancın yüksek olması psikososyal sağlığın ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir (Çakmak ve Nural, 2019; Jahani, Rejeh, Heravi-Karimooi, Hadavi, Zaveri, ve diğerleri, 2013). Yapılan çalışmalarda, manevi duyguları daha yüksek olan hastaların daha az psikososyal sorun yaşadıkları ve hastalığa daha iyi uyum sağladıkları gösterilmiştir (Fradelos, 2021; Gök Metin ve Helvacı, 2020; Rafiei, Senmar, Yousefi ve Nematı, 2021).

Hemsireler, hasta bakımının temel unsurlarından biri olan psikososyal bakımı sürdürmeve ilişkin birçok girişim yapmaktadır. Psikososyal bakım, hasta ile ilgili öykünün alınması ve hastanın tüm boyutlarıyla değerlendirilmesiyle başlamaktadır. Bu değerlendirme hemsirenin çevrede olup bitenlere hastanın tepkisini ve hastayı etkileyen durumları anlamasını sağlamaktadır (Turan Kavradım ve Özer, 2018). Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, nasıl yaşadığı ve kendisi için ne anlam ifade ettiği, geçmiş ve şimdiki deneyimleri, destek güçleri, stres ve korkularıyla baş etme biçimleri, sahip olduğu inanç ve değerleri, sınırlılıkları gibi birçok verive ulaşan hemsirenin istedik bakıma ulaşmasına fırsat oluşturmaktadır. Bütüncül hemsirelik bakımı kapsamında psikososyal bakımın ne kadar önemli olduğu bilinmesine karşın en çok ihmal edilen alanlar arasında yer almaktadır (Reynolds, Mrug, Wolfe, Schwebel ve Wallander, 2016). Literatürde farklı kronik hastalığı olan bireylerde manevi yat ya da dini eğilimin psikososyal uyum ile ilişkisi gösterilmesine rağmen Tanrı algısının psikososyal uyum üzerinde etkisine ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Hastalığa psikososyal uyum üzerinde Tanrı algısının ne kadar etkili olduğunun kapsamlı bir şekilde anlaşılması ile sağlık davranışı değişikliği müdahalelerinin etkili bir şekilde yürütülmesi ve hastalığa uyumun artırılması mümkün olabilir. Bu nedenle, bu araştırma, koroner arter hastalarında Tanrı algısının psikososyal uyum üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel tiptedir.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kardiyoloji kliniklerinde yatan hastalar ile 5 Kasım 2017-12 Kasım 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni son bir yıl içinde klinikte yatarak tedavi gören 214 hastadan oluşmaktadır. Örneklem sayısı evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile openepi programında 0.05 sapma ve %95 güven aralığında 138 hasta olarak belirlenmiştir ("https://www.openepi.com/SampleSize/SSCohort.htm").

Araştırmaya dahil edilme koşulları şunlardır:

- 18 yaş ve üzeri olma,
- Sözel iletişim kurabilme,
- Bilişsel fonksiyon bozukluğunun bulunmaması,
- Yatarak tedavi gören KAH olan bireyler.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan sözlü onam alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, "Tanıtıcı Özellikler Formu", "Tanrı Algısı Ölçeği" ve "Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği" kullanılmıştır.

**Tanıtıcı özellikler formu:** Literatür taranarak araştırmacılar tarafından geliştirilen tanıtıcı özellikler formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, yaşanan yer, aile tipi ve komorbidite durumu olmak üzere 9 soru yer almaktadır.

**Tanrı Algısı Ölçeği (TAÖ):** Güler tarafından 2007 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert tipinde, 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçekte yer alan sevgi ifadeleri (1, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 17, 19, 20 ve 22 numaralı maddeler) düz, korku ifadeleri (2, 3, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 18, 21 numaralı maddeler) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması olumlu yönde-seven/sevgi yönelimli Tanrı algısını; düşük puan alınması ise olumsuz-cezalandıran/korku yönelimli Tanrı algısını göstermektedir. Ölçekten en düşük 22, en yüksek 110 puan alınmaktadır (Güler, 2007). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

**Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR):** Derogatis (1986) tarafından hastanın mevcut bir tıbbi hastalığa veya önceki bir hastalığın sekellerine psikososyal uyumunun kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Derogatis, 1986). PAIS-SR'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Adaylar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik distres alt boyutları bulunan ölçek 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı sırası ile 0.87, 0.85, 0.80, 0.95, 0.89, 0.93, 0.83 ve tüm ölçek için 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 138 puan alınabilmektedir. Ölçekte 35'in altındaki puanlar "iyi psikososyal uyumu", 35-51 arası puanlar "orta derecede psikososyal uyumu" ve 51'in üstündeki puanlar "kötü psikososyal uyumu" göstermektedir (Adaylar, 1995). Bu çalışmada, ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı sırası ile 0.62, 0.66, 0.59, 0.86, 0.60, 0.89, 0.81 ve tüm ölçek için 0.89 olarak bulunmuştur.

### Verilerin toplanması

Veriler, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden hastalardan yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Veri toplama formunda yer alan tüm sorular araştırmacı tarafından hastalara okunmuş ve cevapları kaydedilmiştir. Bir hasta ile görüşme süresi ortalama 30 dk. sürmüştür.

### Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizlerde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov test ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığı için bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, bağımsız ikiden daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki den daha fazla grubun karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunması durumunda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında spearman korelasyon analizi ve basit lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95.0 güven aralığında, anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (16/06/2017 tarihli ve 63582098-200-E.79 karar numaralı) çalışma izni, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan (02/10/2017 tarihli ve 24237859-529 karar numaralı) etik kurul izni ve ölçekler için yazarlardan izin alınmıştır.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $64.5 \pm 10.8$  ve %63.8'i 60 yaşın üzerindedir. Hastaların %80.4'ünün erkek, %92.8'inin evli, %76.1'inin ortaokul ve altı mezunu, %58.0'inin emekli olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %55.8'i gelirinin giderine eşit olduğunu, %37.7'si ilde ve %89.1'i çekirdek ailede yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların %79.7'sinin komorbid hastalığı bulunmaktadır.

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=138)

Tanıtıcı özellikler	N	%	
Yaş	60 yaş ve altı	50	36.2
	60 yaş üstü	88	63.8
Cinsiyet	Kadın	27	19.6
	Erkek	111	80.4
Medeni durum	Evli	128	92.8
	Bekar/eşi ölmüş	10	7.2
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı mezunu	105	76.1
	Lise ve üzeri mezunu	33	23.9
Meslek	Çalışan	33	23.9
	Emekli	80	58.0
Ekonomik durumu	İşsiz/ev hanımı	25	18.1
	Geliri giderinden az	51	37.0
	Geliri giderine eşit	77	55.8
Yaşanılan yer	Geliri giderinden fazla	10	7.2
	İl	52	37.7
	İlçe	47	34.1
Aile tipi	Köy	39	28.3
	Çekirdek aile	123	89.1
	Geniş aile	13	9.4
Kororbidite durumu	Yalnız yaşıyor	2	1.4
	Evet	110	79.7
	Hayır	28	20.3

Tablo 2’de PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ve TAÖ toplam puan ortalamaları gösterilmektedir. Yapılan analizde, PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sağlık bakımına uyum alanında  $6.8 \pm 3.6$ , mesleki çevre alanında  $6.7 \pm 3.8$ , aile çevresi alanında  $3.9 \pm 3.1$ , cinsel ilişkiler alanında  $6.2 \pm 5.4$ , geniş aile ilişkileri alanında  $1.6 \pm 2.1$ , sosyal çevre alanında  $5.7 \pm 5.5$ , psikolojik distres alanında  $4.4 \pm 4.1$  ve toplamda  $35.3 \pm 18.1$  olduğu bulunmuştur. Buna göre, en düşük puan ortalaması geniş aile ilişkileri ve en yüksek puan ortalaması sağlık bakımına uyum alanında belirlenmiştir. Hastaların %52.2’sinin hastalığa psikososyal uyumu iyi düzeyde tespit edilmiştir. Hastaların TAÖ puan ortalaması  $100.2 \pm 6.7$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 2.** Tanrı Algısı Ölçeği Ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Mak	Puan Aralığı
*PAIS-SR Toplam	$35.3 \pm 18.1$	2-93	0-138
Sağlık bakımına uyum	$6.8 \pm 3.6$	0-18	0-24
Mesleki çevre	$6.7 \pm 3.8$	0-17	0-18
Aile çevresi	$3.9 \pm 3.1$	0-12	0-24
Cinsel ilişkiler	$6.2 \pm 5.4$	0-18	0-18
Geniş aile ilişkileri	$1.6 \pm 2.1$	0-11	0-15
Sosyal çevre	$5.7 \pm 5.5$	0-18	0-18
Psikolojik distres	$4.4 \pm 4.1$	0-21	0-21
**TAÖ	$100.2 \pm 6.7$	58-110	22-110
<b>PAIS-SR Grublama</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
İyi psikososyal uyum (<35)		72	(52.2)
Orta psikososyal uyum (35-50)		35	(25.4)
Kötü psikososyal uyum (51-138)		31	(22.5)

\*PAIS-SR: Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

\*\*TAÖ: Tanrı Algısı Ölçeği

Tablo 3’te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortancaları karşılaştırılmıştır. Buna göre; 60 yaşın üzerindeki hastaların 60 yaş ve altındaki hastalara göre mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve toplam puan ortancaları; kadınların erkeklere göre mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve toplam puan ortancaları; lise ve üzeri mezunu olanların ortaokul ve altı mezunu olanlara göre sağlık bakımına uyum puan ortancası istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). İşsiz/ev hanımı olanların çalışan ve emekli olanlara göre aile çevresi, cinsel ilişkiler ve toplam puan ortancaları; ilçe ve köyde yaşayanların ilde yaşayanlara göre mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve toplam puan ortancaları; geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede ya da yalnız yaşayanlara göre cinsel ilişkiler puan ortancası daha yüksek tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Komorbid hastalığı olanların olmayanlara göre sağlık bakımına uyum, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve toplam puan ortancaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre PAIS-SR Alt Boyut ve Toplam Puan Ortancalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	PAIS-SR alt ölçek ve toplam puanları								
	Sağlık bakımına ayırım	Mesleki çevre	Aile çevresi	Cinsel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik distress	Toplam	
Yaş	n	Ortanca (Aranlık)	Ortanca (Aranlık)	Ortanca (Aranlık)	Ortanca (Aranlık)	Ortanca (Aranlık)	Ortanca (Aranlık)	Ortanca (Aranlık)	
	50	7 (0-15)	5 (0-12)	2,5 (0-11)	2 (0-14)	1 (0-9)	3,5 (0-18)	25 (2-74)	
Yaş	60 yaş ve alın	6 (0-18)	7 (1-17)	4 (0-12)	8,5 (0-18)	1 (0-11)	6,5 (0-18)	39 (9-93)	
	88	U= 2037,000	U= 1612,500	U= 1713,500	U= 1077,500	U= 2141,000	U= 1613,000	U= 1781,500	
Test	p= 0,468	p= 0,009	p= 0,030	p= 0,000	p= 0,784	p= 0,008	p= 0,062	p= 0,000	
	Kadın	8 (0-18)	8 (2-17)	5 (0-12)	12 (0-18)	1 (0-11)	8 (0-18)	5 (0-21)	46 (12 - 93)
Cinsiyet	Erkek	6 (0-15)	6 (0-15)	3 (0-11)	5 (0-15)	1 (0-9)	4 (0-18)	3 (0-15)	28 (2 - 75)
	111	U= 1401,000	U= 1071,000	U= 1110,000	U= 633,000	U= 1436,500	U= 1124,000	U= 1146,000	
Test	p= 0,840	p= 0,021	p= 0,036	p= 0,000	p= 0,727	p= 0,041	p= 0,057	p= 0,001	
	Evlü	6 (0-18)	6 (0-17)	3 (0-12)	5 (0-15)	1 (0-11)	4,5 (0-18)	3 (0-21)	31 (2-93)
Medeni durum	10	7,5 (2-14)	6,5 (2-10)	4 (1-10)	6,5 (0-18)	1 (0-4)	5 (0-8)	4 (0-11)	39,5 (9-67)
	Bekar eşli çiftli	U= 532,500	U= 611,500	U= 554,000	U= 547,500	U= 573,500	U= 600,500	U= 631,000	
Test	p= 0,375	p= 0,814	p= 0,477	p= 0,443	p= 0,567	p= 0,741	p= 0,941	p= 0,631	
	Ortaokul ve altı	6 (0-18)	6 (0-15)	3 (0-12)	6 (0-18)	1 (0-11)	5 (0-18)	3 (0-21)	35 (2-93)
Eğitim durumu	33	8 (2-14)	6 (1-17)	3 (0-10)	4 (0-15)	1 (0-6)	5 (0-18)	3 (0-12)	28 (9-67)
	Lise ve üzeri	U= 1281,500	U= 1684,500	U= 1588,000	U= 1434,500	U= 1668,000	U= 1695,000	U= 1692,000	
Test	p= 0,024	p= 0,696	p= 0,468	p= 0,133	p= 0,736	p= 0,849	p= 0,839	p= 0,710	
	Çalışan <sup>1</sup>	6 (0-15)	5 (0-13)	2 (0-11)	1 (0-4)	1 (0-6)	4 (0-18)	2 (0-15)	25 (2 - 60)
Meslek	80	6 (1-15)	6 (1-15)	3,5 (0-11)	6 (0-15)	1 (0-9)	4,5 (0-18)	4 (0-21)	32,5 (4 - 75)
	Emekli <sup>2</sup>	8 (0-18)	8 (2-17)	5 (0-12)	12 (0-18)	7 (0-18)	4 (0-21)	4 (0-21)	43 (12 - 93)
Test	25	U= 1281,500	U= 1684,500	U= 1588,000	U= 1434,500	U= 1668,000	U= 1695,000	U= 1692,000	
	İşsiz/ev hanımı <sup>3</sup>	KW= 0,419	KW= 5,091	KW= 7,698	KW= 24,765	KW= 0,402	KW= 5,529	KW= 1,966	
Test	p= 0,811	p= 0,078	p= 0,021	p= 0,000	p= 0,818	p= 0,003	p= 0,374	p= 0,002	
	3>=2>1	3>=2>1	3>=2>1	3>=2>1	3>=2>1	3>=2>1	3>=2>1	3>=2>1	
Ekonomik durumu	Gelir giderimden az <sup>4</sup>	7 (0-14)	7 (1-17)	5 (0-12)	8 (0-15)	1 (0-11)	5 (0-18)	3 (0-21)	40 (4 - 93)
	7 (0-18)	6 (0-15)	3 (0-11)	5 (0-18)	1 (0-9)	5 (0-18)	3 (0-12)	30 (2 - 75)	
Test	Geliri giderime eşit <sup>5</sup>	4,5 (0-7)	4,5 (1-10)	1,5 (0-5)	4,5 (0-15)	0,5 (0-4)	2,5 (0-11)	2 (0-8)	22,5 (4 - 42)
	8,653	KW= 1,391	KW= 12,637	KW= 12,637	KW= 1,914	KW= 2,179	KW= 2,413	KW= 8,061	
Yaşanılan yer	İl <sup>1</sup>	6 (0-15)	4 (0-12)	2 (0-8)	4 (0-15)	1 (0-11)	2 (0-17)	3 (0-11)	24 (4-59)
	47	6 (0-15)	8 (2-15)	4 (0-11)	6 (0-18)	1 (0-9)	6 (0-18)	3 (0-21)	35 (2-75)
Test	Köy <sup>3</sup>	7 (1-18)	8 (1-17)	5 (0-12)	7 (0-15)	1 (0-7)	7 (0-18)	3 (0-21)	40 (4-93)
	U= 1171,000	U= 23,683	U= 18,576	U= 9,898	U= 9,052	U= 9,898	U= 0,483	U= 15,476	
Test	p= 0,938	p= 0,000	p= 0,000	p= 0,007	p= 0,974	p= 0,007	0,786	p= 0,000	
	2>=3>1	2>=3>1	2>=3>1	2>=3>1	2>=3>1	2>=3>1	2>=3>1	2>=3>1	
Aile tipi	125	6 (0-18)	6 (0-17)	3 (0-12)	5 (0-15)	1 (0-9)	4 (0-18)	3 (0-21)	31 (2-93)
	13	7 (2-11)	6 (4-15)	4 (0-10)	11 (0-18)	1 (0-11)	7 (0-16)	3 (0-11)	42 (19-67)
Test	U= 374,000	U= 717,000	U= 702,000	U= 528,500	U= 706,500	U= 623,500	U= 807,000	U= 626,000	
	Evvel	7 (0-18)	6 (0-17)	4 (0-12)	6 (0-18)	1 (0-11)	5 (0-18)	3 (0-21)	37 (4-93)
Koroner arter durumu	28	6 (0-12)	5,5 (1-11)	3 (0-7)	0 (0-12)	0 (0-5)	3,5 (0-12)	3 (0-10)	22 (2-56)
	U= 1171,000	U= 1368,500	U= 1141,500	U= 788,500	U= 1143,500	U= 1188,000	U= 1297,500	U= 872,000	
Test	p= 0,050	p= 0,362	p= 0,034	p= 0,000	p= 0,028	p= 0,058	p= 0,196	p= 0,000	

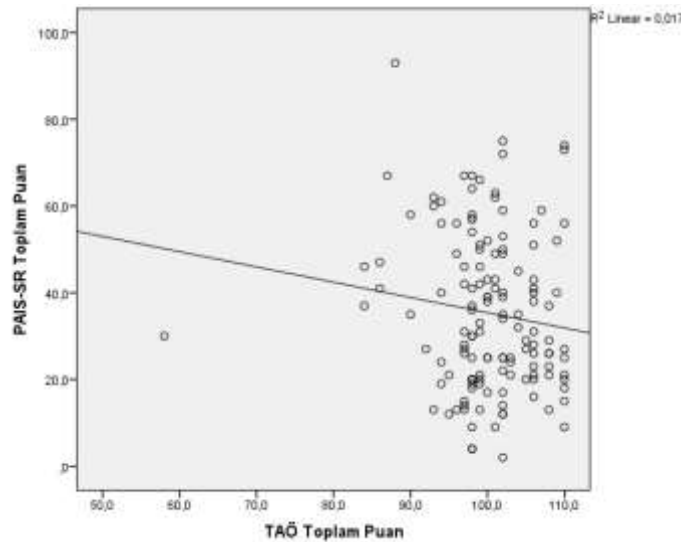
Tablo 4'te hastaların TAÖ puanları ile PAIS-SR puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Hastaların TAÖ puanları ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.** Hastaların Tanrı Algısı İle Hastalığa Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkisi

Tanrı Algısı Toplam	r/p	Tanrı Algısı Toplam
		1,000/-
Sağlık Bakımına Uyum	r/p	-0.070/0.414
Mesleki Çevre	r/p	-0.143/0.095
Aile Çevresi	r/p	-0.154/0.072
Cinsel İlişki	r/p	-0.087/0.313
Geniş Aile İlişkileri	r/p	-0.011/0.901
Sosyal Çevre	r/p	-0.060/0.486
Psikososyal Distres	r/p	0.002/0.986
PAIS-SR Toplam	r/p	-0.113/0.186

r: Spearman's rho

Şekil 1'de hastaların TAÖ puanları ile PAIS-SR toplam puanları arasındaki lineer regresyon gösterilmektedir. Hastaların TAÖ puanlarının PAIS-SR toplam puanları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir ( $R^2=0.017$ ,  $p=0.126$ ).



**Şekil 1.** Hastaların Tanrı Algısı ile Hastalığa Psikososyal Uyumlarının İlişkisini Gösteren Lineer Regresyon

## TARTIŞMA

KAH olan bireylerde Tanrı algısının psikososyal uyum üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, KAH olan bireylerin olumlu Tanrı algısına sahip oldukları, hastalığa orta düzeyde psikososyal uyum gösterdikleri, ancak Tanrı algısı ile hastalığa psikososyal uyum arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür. Diğer çalışmalarda, olumlu ve sevgi yönelimli Tanrı algısı olan bireyler arasında genel ve zihinsel sağlığın daha iyi olduğu, yaşam kalitesinin yükseldiği, depresyon, anksiyete ve intihar oranlarının azaldığı; Tanrı'yı iyiliksever, sevgi dolu, bağışlayıcı ve ilgili olarak gören ve Tanrı ile yakın bir ilişkiden keyif aldıklarını ifade eden bireylerin hastalığa daha iyi uyum sağladıkları; Tanrı'ya uzak duran ve endişeli bağlananların ise uyum sorunu yaşadığı bildirilmektedir (Bradshaw, Ellison ve Marcum, 2010; Koenig, 2009; Rafiei ve diğerleri, 2021; Weber ve Pargament, 2014). Karvinen ve Carr'ın yaptıkları çalışmada ise, Tanrı'nın sağlıklarını kontrol ettiğine dair güçlü inancı olanların, Tanrı'nın sağlıkları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını düşünenlere kıyasla kronik hastalıklara karşı daha savunmasız hissettikleri bildirilmektedir (Karvinen ve Carr, 2014). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, KAH olan bireylerin Tanrı algısı dışında kişilik yapılarının, sosyal destek sistemlerinin ve baş etme mekanizmalarının hastalığa psikososyal uyumlarını etkilediği düşünülmektedir.

İlerleyen yaşla birlikte, sosyal çevrenin azalması, emeklilik, çocukların evden ayrılması, yakınların kaybı, komorbidite, bağımlılık düzeyinin artması ve bir bakıcıya ihtiyaç duyma gibi olumsuz olaylar hastalığa psikososyal

uyumu zorlaştırmaktadır (Çelebioğlu, Çiray Gündüzoğlu ve Topçu, 2017). Araştırmada, yaşa göre mesleki çevre, aile çevresi, sosyal çevre, cinsel ilişkiler ve genel psikososyal uyum yönünden farklılık görülmüştür. Bu çalışmadan farklı olarak Rafiei ve diğerlerinin kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ile yaptıkları çalışmada, yaşın psikososyal uyum üzerinde etkili olmadığı (Rafiei ve diğerleri, 2021); Lima ve diğerlerinin 64-99 yaş grubundaki yaşlı hastalar ile yaptıkları çalışmada, daha fazla semptom ve hastalık bildiren orta yaşta yaşlılarda algılanan sağlık, algılanan sosyal destek ve ilaç uyumu alanlarında psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (Lima, Santos, Bastos ve Martins, 2018).

Bu araştırmada, cinsiyete göre mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve genel psikososyal uyum yönünden farklılık bulunmaktadır. Benzer şekilde Erşan ve diğerlerinin çalışmasında, kalp hastalığı olan erkeklerin kadınlara göre aile çevresi yönünden daha iyi psikososyal uyuma sahip olduğu, Deter ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada da, kadınların erkeklere göre psikososyal yüklerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Deter, Weber, Herrmann-Lingen, Albus, Juenger, ve diğerleri, 2018; Erşan, Kelleci ve Baysal, 2013). Bu çalışmadan farklı olarak Rafiei ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu (Rafiei ve diğerleri, 2021), kalp yetersizliği olan hastalar ile yapılan çalışmalarda da erkek hastalarda cinsel ilişkiler alanının olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Akın ve Durna, 2006; Vural Doğru ve Karadakovan, 2016). Türkiye’de yaşayan kadınlara toplum tarafından yüklenen rol ve sorumlulukların (ev işleri, çocuk bakımı, iş hayatı vs.) fazla olması nedeniyle hastalığa uyumda zorluk yaşanabilir.

Araştırmaya alınan hastaların medeni durumlarına göre psikososyal uyum yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir (Rafiei ve diğerleri, 2021; Vural Doğru ve Karadakovan, 2016). Akın ve Durna’nın çalışmasında ise bu çalışmadan farklı olarak evli olan kişilerde cinsel ilişkiler alanının daha fazla etkilendiği bulunmuştur (Akın ve Durna, 2006).

Bu araştırmada, eğitim seviyesi düştükçe psikososyal uyumun sağlık bakımına uyum boyutunda artma olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi düşük olanların hastalık ve tedavi hakkında daha az bilgiye sahip oldukları ve bu nedenle daha az kaygı ve endişe yaşadıkları düşünülmektedir. Diğer çalışmalarda ise eğitim düzeyi ile psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir (Erşan ve diğerleri, 2013; Çam ve Nehir, 2011; Vural Doğru ve Karadakovan, 2016). Bulgularımız literatür ile farklılık göstermektedir.

Araştırmaya alınan hastaların mesleklerine göre aile çevresi, cinsel ilişkiler ve genel psikososyal uyum yönünden anlamlı farklılık bulunmaktadır. Benzer şekilde, Erşan ve diğerlerinin çalışmasında, ev hanımı olanların diğer meslek gruplarına göre psikososyal uyumlarının aile çevresi açısından daha kötü olduğu bildirilmektedir (Erşan ve diğerleri, 2013). Çalışan kişilerin daha aktif yaşam tarzına sahip olmasının psikososyal sağlığı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, gelir düzeyine göre sağlık bakımına uyum, aile çevresi ve genel psikososyal uyum yönünden, yaşanılan yere göre ise mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve genel psikososyal uyum yönünden anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür. Benzer şekilde Akın ve Durna’nın çalışmasında da, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin aile çevresi yönünden psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (Akın ve Durna, 2006). Erşan ve diğerlerinin çalışmasında ise bu çalışmadan farklı olarak ekonomisi iyi olanların kötü olanlara göre aile çevresi yönünden psikososyal uyumlarının yetersiz olduğu bulunmuştur (Erşan ve diğerleri, 2013). İlde yaşayanların ve gelir düzeyi yüksek olanların sağlık bakım hizmetlerine daha kolay ulaşabilmeleri ve birden daha fazla seçeneklerinin bulunması hastalığa uyumlarını arttırmış olabilir.

Bu araştırmada, aile tipine göre psikososyal uyumun cinsel yaşam alanı yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Hem geniş ailede yaşama hem de hastalık birlikte cinsel ilişkiler boyutunda uyumun kötü olmasına neden olmuş olabilir. Aile fertlerinin hasta bireyin ihtiyaçları veya problemleri karşısında çözüm odaklı olması ve hastaya destek vermesi hastalığa uyumu artırabilir. Bu çalışmadan farklı olarak, Erşan ve diğerlerinin çalışmasında, hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile psikososyal uyum arasında fark bulunmadığı (Erşan ve diğerleri, 2013), Çam ve Nehir’in çalışmasında da, bekârlarda ya da yalnız yaşayanlarda hastalığa psikososyal uyum düzeyinin daha kötü olduğu bildirilmektedir (Çam ve Nehir, 2011).

Araştırmaya alınan hastaların, komorbid hastalık durumuna göre sağlık bakımına uyum, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve genel psikososyal uyum yönünden anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Komorbid hastalıkların neden olduğu daha fazla semptom ve tedavi yükü, hastaların hastalık ile baş etme mekanizmalarını aşarak psikososyal uyumu zorlaştırabilir.

## SONUÇ

Araştırmada, KAH olan bireylerin orta düzeyde psikososyal uyuma sahip oldukları ve medeni durum dışında diğer sosyodemografik özelliklerin hastalığa psikososyal uyumu etkilediği belirlenmiştir. Bununla birlikte, KAH olan bireyler olumlu ve sevgi yönelimli Tanrı algısına sahiptir, ancak Tanrı algısının psikososyal uyum üzerine etkisi bulunmamaktadır. Hemşireler, hastalar her ne kadar olumlu ve sevgi yönelimli Tanrı algısına sahip olsalar da psikososyal uyumu etkileyebilen kişisel özellikler, şimdiki ve geçmiş deneyimler, komorbidite ve hastalığa karşı tutum gibi faktörleri göz önüne almalı, hastaların psikososyal sorunlarını belirlemeli ve bütüncül hemşirelik bakımı sunmalıdır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Anket formunda yer alan ölçek sorularının uzun olması ve yaşlı hastaların soruları geç algılaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

### Yazar Katkıları

Fikir ve tasarım: S.Ç., N.N. Veri toplama: S.Ç., S.G. Veri analizi ve yorumlama: S.Ç. Makale yazımı: S.Ç. Eleştirel inceleme: S.Ç., N.N.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansman:** Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### KAYNAKLAR

- Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., ... Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, 27(11), 2777-2797. doi:10.1007/s11136-018-1906-4.
- Adaylar, M. (1995). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8.
- Bağcıvan, G., Tanrıver, E., Kılıç, B. (2018). Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 89-96.
- Besharat, M. A., Ramesh, S., Moghimi, E. (2018). Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. *Health Psychology Open*, 5(1), 2055102918782176. doi:10.1177/2055102918782176.
- Bradshaw, M., Ellison, C. G., Marcum, J. P. (2010). Attachment to God, Images of God, and Psychological Distress in a Nationwide Sample of Presbyterians. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(2), 130-147. doi:10.1080/10508611003608049
- Çakmak, S., Nural, N. (2019). Is The spirituality effective on psychosocial adjustment in patients with chronic disease? *IJETHS*, 3(1), 29-33. doi:10.18844/ijeths.v3i1.4209
- Çam, O., Nehir, S. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *EGEHFD*, 27(2), 47-59.
- Celano, C. M., Millstein, R. A., Bedoya, C. A., Healy, B. C., Roest, A. M., Huffman, J. C. (2015). Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *American Heart Journal*, 170(6), 1105-1115. doi:10.1016/j.ahj.2015.09.013
- Çelebioğlu, A., Çiray Gündüzoğlu, N., Topçu, S. (2017). Yaşlıların sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 84-95.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91. doi:10.1016/0022-3999(86)90069-3.
- Deter, H.-C., Weber, C., Herrmann-Lingen, C., Albus, C., Juenger, J., Ladwig, K.-H.,... Grün, A.S. (2018). Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *J Psychosom Res.*, 113, 89-99. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.08.005.
- Ellison, C. G., Fang, Q., Flannelly, K. J., Steckler, R. A. (2013). Spiritual struggles and mental health: exploring the moderating effects of religious identity. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(3), 214-229. doi:10.1080/10508619.2012.759868.
- Erşan, E. E., Kelleci, M., Baysal, B. (2013). An overview on psychosocial adaptation, depression, anxiety and stress levels in patients with heart disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 16(4), 214-224.
- Fradelos, E. C. (2021). Spiritual well-being and associated factors in end-stage renal disease. *The Scientific World Journal*, 2021, 1-9. doi:10.1155/2021/6636854.
- Gök Metin, Z., Helvacı, A. (2020). The correlation between quality of life, depression, anxiety, stress, and spiritual well-being in patients with heart failure and family caregivers. *Turk J Card Nur.*, 11(25),60-70. doi:10.5543/khd.2020.93898.
- Güler, Ö. (2007). Tanrı Algısı Ölçeği (TA): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 48(1), 123-133. doi:10.1501/ilhfak\_0000000932.
- Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J.*, 35(21),1365-1372.



- Jahani, A., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Hadavi, A., Zayeri, F., Khatooni, A. R. (2013). The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic Life Center Health*, 1(2), 17-21. doi:10.5812/ilch.8575.
- Karimi-Moonaghi, H., Mojalli, M., Khosravan, S. (2014). Psychosocial complications of coronary artery disease. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(6), e18162. doi:10.5812/ircmj.18162.
- Karvinen, K. H., Carr, L. J. (2014). Does the perception that God controls health outcomes matter for health behaviors? *Journal of Health Psychology*, 19(4), 521-530. doi:10.1177/1359105312474914.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291. doi:10.1177/070674370905400502.
- Lima, L., Santos, C., Bastos, C., Martins, M. M. (2018). Psychosocial adjustment and health in older people: cluster analysis. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 9-18. doi:10.12707/RIV17070.
- Lurie, I., Myers, V., Goldbourt, U., Gerber, Y. (2015). Perceived social support following myocardial infarction and long-term development of frailty. *Eur. J. Prev. Cardiol.*, 22(10), 1346-1353. doi:10.1177/2047487314544575.
- Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of Cellular Physiology*, 234(10), 16812-16823. doi:10.1002/jcp.28350.
- Martínez, B. B., Custódio, R. P. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Med J*, 132(1), 23-27. doi:10.1590/1516-3180.2014.1321606.
- Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. (2013). Erişim adresi: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCohort.htm>.
- Palacios, J. E., Khondoker, M., Achilla, E., Tylee, A., Hotopf, M. (2016). A single, one-off measure of depression and anxiety predicts future symptoms, higher healthcare costs, and lower quality of life in coronary heart disease patients: analysis from a multi-wave, primary care cohort study. *PLoS One*, 11(7), e0158163. doi:10.1371/journal.pone.0158163
- Polikandrioti, M., Olympios, C. (2014). Anxiety and coronary artery disease. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 31(4), 403-411.
- Rafiei, H., Senmar, M., Yousefi, F., Nemati, Z. (2021). Psychosocial adjustment to cardiovascular diseases and spiritual well-being in Iranian patients. *Turk J Cardiovasc Nurs.*, 12(28), 75-80. doi:10.5543/khd.2021.85619.
- Reynolds, N., Mrug, S., Wolfe, K., Schwebel, D., Wallander, J. (2016). Spiritual coping, psychosocial adjustment, and physical health in youth with chronic illness: a meta-analytic review. *Health Psychol Rev*, 10(2), 226-243. doi:10.1080/17437199.2016.1159142
- Savaşan, A., Ayten, M., Ergene. (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatr. Hemşire. Derg.*, 4(1), 1-6. doi:10.5505/phd.2013.07279.
- Ski, C. F., Taylor, R. S., McGuigan, K., Lambert, J. D., Richards, S. H., Thompson, D. R. (2019). Psychological interventions for depression and anxiety in patients with coronary heart disease, heart failure or atrial fibrillation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(12), CD013508. doi:10.1002/14651858.cd013508.
- Sunbul, M., Zincir, S. B., Durmus, E., Sunbul, E. A., Cengiz, F. F., Kıvrak, T.,... Sarı, İ. (2013). Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 345-352. doi:10.5455/bcp.20130421014758.
- Turan Kavradım, S., Özer, Z. (2018). Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*, 10(3), 324-335.
- Vicdan, A. K., Birgili, F. (2018). The validity and reliability study for developing an assessment scale for adaptation to chronic diseases. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 135-144. doi:10.26579/jocrehes\_8.2.13.
- Vural Doğru, B., Karadakovan, A. (2016). Evaluation of the correlation between quality of life and psychosocial adaptation in elderly patients with heart failure. *Turk J Card Nur.*, 7(13), 88-104. doi:10.5543/khd.2016.02886.
- Weber, S. R., Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. doi:10.1097/YCO.0000000000000080.
- Yıldırım, N. K., Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Turk J Cardiovasc Nurs.*, 7(2), 60-68.
- Yodchai, K., Dunning, T., Hutchinson, A. M., Oumtane, A., Savage, S. (2011). How do Thai patients with end stage renal disease adapt to being dependent on haemodialysis?: a pilot study. *J Ren Care*, 37(4), 216-223. doi:10.1111/j.1755-6686.2011.00232.x.