

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

KLİNİK ODAKLI SOSYAL HİZMET ALANINDA
KARDİYAK SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ
KARMA ARAŞTIRMA DESENİ İLE İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Esratur ÖZER ORHAN

İstanbul
Ağustos-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

KLİNİK ODAKLI SOSYAL HİZMET ALANINDA
KARDİYAK SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ KARMA
ARAŞTIRMA DESENİ İLE İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Esratur ÖZER ORHAN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Reyhan BAHÇIVAN SAYDAM

İstanbul
Ağustos-2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç.Dr. Reyhan BAHÇIVAN SAYDAM

(İmza)

Üye Dr. Öğretim Üyesi Sena ÖKSÜZ POPLATA

(İmza)

Üye Dr. Öğretim Üyesi Fatma Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

(İmza)

Üye Dr. Öğretim Üyesi Mehmet GEDİK

(İmza)

Üye Prof.Dr.Emir Özgür Barış ÖKÇÜN

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

İmza

Doç. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım “**Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamasının Karma Araştırma Deseni ile İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Esranur ÖZER ORHAN

ÖN SÖZ

Tez araştırması sürecinde bilgeliği, içtenliği ve naifliğiyle sunduğu derin bilgisiyle beni teşvik eden, öğrenmenin erdemini deneyimleme şansı veren kıymetli Hocam Doç.Dr. Reyhan BAHÇIVAN SAYDAM'a içten teşekkürlerimi sunarım. Akademi ile ilgili sorduğum her soruyu tüm pozitifliğiyle yanıtlayan ve çalışmam konusunda yardım elini her daim uzatan Bölüm Başkanımız Dr. Sena ÖKSÜZ POPLATA hocama, tez komitemde yer alarak vaktini ayıran ve çalışmamı destekleyen Dr. Fatıma Elif ERGÜNEY OKUMUŞ hocama, doktora eğitiminde bizlere rehberlik eden ve her daim bilgisini paylaşan Dr. Kaan SEVİM hocama, doktora sürecinde beraber çalışmaktan keyif aldığım dönem arkadaşım Dr. Öğretim Üyesi Merve DALMAZ hocama teşekkürlerimi sunarım.

Bir ideal ile yola çıktığımda elini omzumda hissettiğim anneme, tez sürecinde koşulsuz destek veren yaşam yarım kardeşime, her zaman yol arkadaşlığı yaptığım dostum Şenay'a, yaşama ve akademiye dair öğrencisi olmaktan keyif aldığım biricik eşime, tez yazarken oyun oynamak için bekleyen, yaşam müjdesi canım ay kızıma sonsuz teşekkür ederim.

Esranur ÖZER ORHAN
İstanbul, 2023

ÖZET

KLİNİK ODAKLI SOSYAL HİZMET ALANINDA KARDİYAK SOSYAL HİZMET UYGULAMASININ KARMA ARAŞTIRMA DESENİ İLE İNCELENMESİ

Esranur ÖZER ORHAN

Doktora, Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Reyhan BAHÇIVAN SAYDAM

Ağustos, 2023 – 159+XVI Sayfa

Kardiyovasküler tanımlı hastalıklar ve kardiyak girişimsel işlemler, hasta ve yakınlarının kaygı düzeylerini arttıran ve genellikle yaşam biçimlerini değiştirmeleri gereken, uyumlanması zor bir tedavi sürecini beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda araştırmanın amacı, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarına duyulan gereksinimin belirlenmesi, hasta deneyimlerinin niteliksel boyutla incelenmesi ve kardiyak sosyal hizmet uygulama modeli geliştirilmesidir.

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Sağlık Uygulamaları Merkezinde uygulanmıştır. Sıralı karma model ile nicel ve nitel metodoloji montajlanarak veri toplanmış ve analiz edilmiştir. Araştırmanın niceliksel boyutunda kardiyovasküler hastalık yaşayan bireylerin tedavi süreci, tedaviye uyumlanma biçimleri ve psikososyal destek/danışmanlığa duyulan ihtiyaç değerlendirilmiş, 390 kişiye soru formu uygulanmıştır. Ölçme aracı olarak demografik bilgiler ve sağlık durumunu ölçen anket soru formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın nitel boyutunda, nicel örneklem içerisinden seçilen 20 kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Nitel boyutta araştırmanın doğunluğa ulaşması ile birlikte görüşmeler sonlandırılmıştır. Niceliksel veriler, SPSS25 programı ile değerlendirilmiştir. Veri analizinde, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Mann Whitney-U, ilişkisiz ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Kruskal Wallis H testi ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Nicel veri analizinde,

katılımcıların genel sağlık, ruh sağlığı, yaşam motivasyonu, emosyonel ve fiziksel güçlükler ile ilgili istatistiki verilerinin kardiyovasküler hastalık prognozu ile uyumlu olduğu görüşmüştür. Hastaların tamamına yakınının, kardiyovasküler hastalık sürecinde kardiyak sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Araştırmanın nitel boyutunda, veri analizinin MaxqDa22 programını kullanmıştır. Derinlemesine görüşmelerde ortaya çıkan kod, kategori ve temalar ile çalışma analiz edilerek, klinik odaklı kardiyak sosyal hizmet uygulama modelleri tartışılmıştır. Kod bulutu ve kodlama matrislerinde, ağırlıklı olarak kardiyovasküler tanı ve sonraki yaşam sürecinde hasta ve ailesinin psikososyal destek ve danışmanlığa ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların tanı, tedavi ve taburculuk sonrası izlem sürecinde, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının hasta ve ailesi açısından gerekli olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Hastalıklar, Kardiyak Sosyal Hizmet, Psikososyal Destek, Karma Araştırma Modeli.

ABSTRACT
INVESTIGATION OF CARDIAC SOCIAL WORK PRACTICES
IN THE FIELD OF CLINICAL-FOCUSED SOCIAL WORK:
A MIXED RESEARCH PATTERN

Esranur ÖZER ORHAN

Doctoral Dissertation, Social Work

Dissertation Advisor: Doç.Dr. Reyhan BAHÇIVAN SAYDAM

August, 2023 – 159+XVI Page

Cardiovascular diseases and cardiac interventional procedures bring along a difficult treatment process, which increases the anxiety levels of patients and their relatives and often needs to change their lifestyles. In this context, the aim of the research is to determine the need for clinically focused social work practices in the treatment of cardiovascular diseases, to examine patient experiences with a qualitative dimension and to develop a cardiac social work practice model.

This research was applied in Health Sciences University, Department of Cardiology, Center for Health Practices. Data were collected and analyzed by assembling the sequential mixed model and quantitative and qualitative methodology. In the quantitative dimension of the study, the treatment process of individuals with cardiovascular disease, their adaptation to treatment and the need for psychosocial support/counselling were evaluated, and a questionnaire was applied to 390 people. A questionnaire measuring demographic information and health status and the SF-36 Quality of Life Assessment Scale were used as measurement tools. In the qualitative aspect of the research, in-depth interviews were conducted with 20 people selected from the quantitative sample. The interviews were terminated when the qualitative research reached saturation. Quantitative data were evaluated with the SPSS25 program. In data analysis, Mann Whitney-U test was used to test whether the scores obtained from two unrelated samples differed significantly from each other, and Kruskal Wallis H test was used to test whether the mean of more than two unrelated samples differed significantly from each other. Bonferroni test, one of the multiple comparison tests, was used to see from which group the difference originated. In the quantitative data analysis, it was seen that statistical data on general health, mental

health, life motivation, emotional and physical difficulties of the participants were compatible with cardiovascular disease prognosis. It was observed that almost all of the patients needed cardiac social work practices during the cardiovascular disease process. In the qualitative dimension of the research, MaxqDa22 program was used for data analysis. The codes, categories and themes that emerged in the in-depth interviews were analyzed and clinically focused cardiac social work practice models were discussed. In the code cloud and coding matrices, it was determined that the patient and his family needed psychosocial support and counseling mainly in cardiovascular diagnosis and later life. It has been observed that cardiac social work practices are necessary for the patient and his family in the diagnosis, treatment and post-discharge follow-up of cardiovascular diseases.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Cardiac Social Work, Psychosocial Support, Mixed Research Model.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR.....	xvi
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	3
1.1.1. Alt Problemler.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.4. Araştırmaya İlişkin Denenceler.....	6
1.5. Araştırmaya İlişkin Sınırlılıkları.....	7
İKİNCİ BÖLÜM	
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1. Sosyal Hizmet Bilim ve Mesleği	8
2.1.1. Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişim ve Meslekleşme Süreci.....	11
2.1.2. Sosyal Hizmet Biliminin Eklektik Yapısı ve Etkilendiği Paradigmalar.....	13
2.2. Klinik Odaklı Sosyal Hizmet.....	14

2.2.1. Klinik Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişim Süreci.....	15
2.2.2. Klinik Sosyal Hizmetin İhtisaslaşması ve Kalifikasyonu.....	19
2.3.Kardiyovasküler Hastalıklarda Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	23
2.3.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Psikososyal Boyutu.....	24
2.3.2. Klinik Bir Uygulama Alanı Olarak Kardiyak Sosyal Hizmet.....	25
2.3.2.1. Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarında Kullanılan Teorik Çerçeve.....	27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	35
3.1. Araştırma Deseni Olarak Karma Yöntemler.....	35
3.1.1. Uygulama Alanına Göre Karma Metodoloji Türleri.....	38
3.1.2. Karma Metodolojide Örneklem Seçimi.....	44
3.2. Araştırma Modeli.....	46
3.2.1. Araştırma Evren Örnekleme.....	48
3.2.2. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	49
3.2.3. Araştırma Verilerinin Analizi.....	49
3.2.4. Araştırmaya Katılan Kardiyoloji Hastalarının Demografik Özellikleri....	51
3.2.5. Veri Toplama Araçları.....	52
3.2.5.1. SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği.....	53

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI.....	56
4.1. Denenceye İlişkin Nicel Bulgular.....	56
4.2. Hastaların Kardiyolojik Tanılarına İlişkin Bilgiler.....	57
4.2.1 Hastaların Sağlık Durumu ve Tedaviye İlişkin Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bilgiler.....	58
4.2.2. Kardiyolojik Tedavi Sürecinde Olan Hastaların Psikososyal Destek Alma Durumu ve Sosyal Hizmet Müdahalesi	59
4.2.3.Kardiyolojik Hastalıklarda Psikososyal Destek	59

4.2.4. SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistikler.....	60
4.2.4.1. Yaş Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	60
4.2.4.2. Cinsiyet Faktörü ve SF-36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	62
4.2.4.3. Medeni Durum Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi..	63
4.2.4.4. Meslek Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	64
4.2.4.5. Eğitim Durumu Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.	66
4.2.4.6. Mevcut Sağlık Durumu Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	68
4.2.4.7. Sağlık Okur Yazarlığı Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	70
4.2.4.8. Psikososyal Destek Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	72
4.2.5. Araştırmanın Nicel Boyutuna İlişkin Sonuçlar.....	74
4.3. Denenceye İlişkin Nitel Bulgular.....	76
4.3.1. Nitel Örneklemdeki Katılımcı Hasta Grubuna İlişkin Tanıtıcı Bulgular..	77
4.3.2. Kardiyolojik Tedavi Sürecinde Olan Hastaların Psikososyal Destek Alma Durumu ve Sosyal Hizmet Müdahalesi	79
4.3.3. Kardiyolojik Hastalıklarda Psikososyal Destek.....	80
4.3.4. Nitel Bulguların Kategorileştirilmesi ve Çözümlemesi.....	81
4.3.4.1. Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü.....	83
4.3.4.2. Süreç Boyunca Kurulan İlişkiler.....	98
4.3.4.3. Kardiyolojik Hastalıkların Tedavi Sürecine İlişkin Öneriler.....	101
4.3.5. Araştırmanın Nitel Boyutuna İlişkin Sonuçlar	104
4.3.6. Nitel ve Nicel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi.....	107

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....114

5.1. Tartışma.....114

5.1.1. Kardiyolojik Tanı ile Tedavi Alan Hastaların Demografik Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması.....	114
5.1.2. Kardiyolojik Tanısı Bulunan ve Tedavi Sürecindeki Genel Sağlık Durumlarının Analizi.....	118
5.1.3. Kardiyolojik Tanı Konulan ve Tedavi Sürecinde Bulunan Hastaların Psikososyal Destek İhtiyaçlarının Analizi.....	120
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	126
5.2.1. Sonuçlar.....	126
5.2.2. Öneriler.....	128
5.2.2.1. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler.....	128
5.2.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	131
KAYNAKÇA.....	133
EKLER.....	148

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Melez Ontolojik Sosyal Hizmet Çerçevesi.....	11
Tablo 2.2: Klinik Odaklı Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamaları Teorik Perspektifi..	28
Tablo 3.1: Karma Yöntem Dizaynı.....	43
Tablo 3.2: Araştırma Yaklaşımına Göre Matris Geçişi Örnekleme Şeması Türü.....	45
Tablo 3.3: Benzerlik Matrisi.....	49
Tablo 3.4: Ölçeğe İlişkin Güvenilirlik Katsayıları.....	50
Tablo 3.5: Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 3.6: SF-36 Sağlık Durumu Ölçekleri ve Düşük ve Yüksek Puanların Yorumlanması Hakkında Bilgi Tablosu	54
Tablo 3.7: Ölçek Güvenilirlik Parametreleri.....	55
Tablo 4.1: Kardiyolojik Tanılar.....	57
Tablo 4.2: Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Mevcut Sağlık Durumu ve Sağlık Okur Yazarlığı	58
Tablo 4.3: Hasta ve Ailesinin Psikososyal Destek Alma Durumu.....	59
Tablo 4.4: Destek ve Danışmanlık Talebi.....	59
Tablo 4.5: Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama Değerler.....	60
Tablo 4.6: Yaş Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi.....	62
Tablo 4.7: Cinsiyete Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı.....	63
Tablo 4.8: Medeni Duruma Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı.....	64
Tablo 4.9: Meslek Grubuna Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı.....	66
Tablo 4.10: Eğitim Durumuna Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı..	68
Tablo 4.11: Mevcut Sağlık Durumu Faktörüne Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı.....	70
Tablo 4.12: Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Durumlarına Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı.....	72
Tablo 4.13: Katılımcıların Psikososyal Destek Alma Faktörüne Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı.....	73

Tablo 4.14: Katılımcıların Ailelerinin Psikososyal Destek Alma Faktörüne Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı.....	74
Tablo 4.15: Nitel Örneklemdeki Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular	78
Tablo 4.16: Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Mevcut Sağlık Durumu ve Sağlık Okur Yazarlığı (Nitel Örneklem).....	79
Tablo 4.17: Hasta ve Ailesinin Psikososyal Destek Alma Durumu (Nitel Örneklem)	80
Tablo 4.18: Destek ve Danışmanlık Talebi (Nitel Örneklem)	80



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Sosyal Hizmet Tanımına İlişkin Şema.....	9
Şekil 3.1: Karma Model Sürecindeki Adımlar.....	40
Şekil 3.2: Karma Yöntem Örnekleme Tasarımlarının Bir Tipolojisini Sağlayan İki Boyutlu Karma Yöntem Örnekleme Modeli.....	41
Şekil 4.1: Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni İle İncelenmesi Temalar Gösterimi.....	82
Şekil 4.2: Görüşmelerde Yer Alan Ağırlıklı Söylemlere İlişkin Kod Bulutu.....	82
Şekil 4.3: Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli.....	83
Şekil 4.4: Kişilik Özellikleri ve Sağlık Durumuna İlişkin Söylemler.....	84
Şekil 4.5: Kardiyak Girişimsel İşlem Sürecinde Hissedilenlere İlişkin Söylemler....	88
Şekil 4.6: Kardiyolojik Tanı Aldıktan Sonraki Yaşama İlişkin Söylemler.....	90
Şekil 4.7: Kardiyak Girişimsel İşlemden Sonraki Sürece İlişkin Söylemler.....	93
Şekil 4.8: Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü.....	97
Şekil 4.9: Kardiyolojik Tedavi Süreci Boyunca Kurulan İlişkilere Dair Söylemleri İçeren Hiyerarşik Kod Alt Bölümler Modeli.....	98
Şekil 4.10: Katılımcılara Göre Süreç Boyunca Kurulan İlişkiler.....	101
Şekil 4.11: Sürece Dair Öneriler Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli.....	102
Şekil 4.12: Katılımcılara Göre Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü.....	104
Şekil 4.13: Nitel ve Nicel Veriler Çapraz Karşılaştırma Tablosu.....	109

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.1: Nitel Araştırma ve Nicel Araştırmaya Katılan Kişilerin SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Puan Dağılımları Göstergesi.....	107
Grafik 4.2: Nitel Araştırmaya Katılan Kişilerin SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğine Göre Yanıtları Arasındaki Mesafe Matrisi.....	108



KISALTMALAR LİSTESİ

Akt :	Aktaran
ABECSW	(American Board of Examiners in Clinical Social Work) Klinik Sosyal Hizmette Amerikan İnceleme Kurulu
CASW :	(Canadian Association of Social Workers) Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
IASSW	(International Association of Social Work Schools) Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği
IFSW :	(International Federation of Social Workers) Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği
MAXQDA:	(Die Software für qualitative und Mixed-Methods-Datenanalyse) Nitel & Karma Yöntemler için Profesyonel Veri Analizi Yazılımı
NASW :	(The National Association of Social Workers) Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği
SPSS :	(Statistic Packets For Social Scieences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
vd :	Ve Diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Sosyal hizmet bilim ve mesleği, bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun refahını ve yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan teori ve uygulamalar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Temel hedef, dünya ve insanlar arasındaki ilişkiyi yaşanabilir kılmaktır. Sosyal hizmet, eklektik metodoloji ile teorisini oluşturan bir bilim olarak kabul edilmektedir. Eklektik yapısı sebebiyle sosyal ve beşeri bilimleri teorisine penetre ederek, sosyal sorunları ele aldığı mesleki formasyonunu güçlendirmektedir. Sosyal hizmet nosyonu, sosyal değişimi, insan ilişkilerinde problem çözmeyi, güçlenme ve özgürleşmeyi teşvik etmektedir. İnsan davranışı ve sosyal sistem teorilerini kullanan sosyal hizmet, insanların çevreleriyle etkileşime girdiği noktalarda, sisteme müracaatçının çözüm yöntemleriyle müdahale etmektedir. İnsan hakları ve sosyal adalet ilkeleri, sosyal hizmet disiplininin temelini oluşturmaktadır (Hare, 2004: 418).

Sosyal hizmetin, uygulama pratiğine göre farklı ihtisas alanları bulunmaktadır. Araştırmada, bu alt ihtisas alanlarından biri olan klinik odaklı sosyal hizmetin kardiyovasküler hastalıklarda nasıl uygulandığı incelenmiştir. Klinik odaklı sosyal hizmet, sosyal hizmet bilim ve mesleğinin bir ihtisaslaşma, uzmanlaşma alanı olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Birliğine göre; "...klinik odaklı sosyal hizmet, ruhsal hastalıkların, duygusal ve diğer davranış bozukluklarının değerlendirilmesi, teşhisi, tedavisi ve önlenmesine odaklanan bir sosyal hizmet uzmanlık uygulama alanı" olarak kabul edilmektedir. Bireysel, grup ve aile terapisi yaygın tedavi yöntemleridir. Bu hizmetleri sağlayan sosyal hizmet uzmanlarının, klinik düzeyde lisans veya sertifika almaları gerekmektedir. Klinik sosyal hizmet uygulayıcıları, özel klinikler, hastaneler, toplumsal destek temelli ruh sağlığı merkezi, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler dahil olmak üzere çeşitli sağlık alanlarda hizmet vermektedir (NASW, 2021).

Klinik sosyal hizmet öncelikli olarak bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklanır. Psikoterapiye ve danışanın çevresiyle olan ilişkisine bütünsel bir yaklaşıma odaklanır. 7 Klinik sosyal hizmet,

“tedavi ve rehabilite edici, geliştirici ve değiştirici, tedavi sonrası takip ve izleme aşamalarında koruyucu ve önleyici” planlı mesleki müdahale sürecini içermektedir. Klinik odaklı vaka yönetimi, biyolojik ve psikolojik faktörlerin önemini kabul ederek, kişinin fiziksel ve sosyal çevresinin genel işlevini ve hayatta kalma motivasyonunu güçlendirmeyi, fiziksel ve zihinsel iyileştirmeyi hedefleyen bir sosyal hizmet uygulama yöntemi olarak tanımlanabilir (Brandell, 2010: 1109).

Çalışmanın içeriğinde, klinik sosyal hizmet ve spesifik bir alanı olan kardiyak sosyal hizmet araştırılmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini etkileyen, morbidite ve mortalite riskinin yüksek olduğu kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır (Munkhaugen ve Sverre, vd. 2016: 2). Kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinin dışında, kalp hastalarının yaşama uyumunu destekleyici klinik bazlı bir sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Kardiyak sosyal hizmet uygulamasına ilişkin klinik odaklı modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, referans merkezi olan ve kompleks kardiyovasküler işlemlerin uygulandığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniği’nde, hastaların psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uygun klinik sosyal hizmet modelinin geliştirilmesine ilişkin karma model araştırma uygulanmıştır.

Tez çalışmasının dizaynı beş bölüm olarak yapılmıştır. Birinci bölümde, araştırmanın içerdigi konular ve sorunsal tartışılmıştır. Araştırmanın ikinci bölümünde, kavramsal ve kuramsal çerçeve dahilinde, sosyal hizmet bilim ve mesleği, tarihsel gelişim, etkilendiği paradigmlar ve ekoller aktarılmıştır. Araştırmanın ana temasını oluşturan klinik odaklı sosyal hizmetin ihtisaslaşma süreci, literatürü ve uygulama pratiği incelenmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların psikososyal boyutu değerlendirilerek, kardiyoloji alanında, sosyal hizmetin klinik boyutuyla uygulanmasına ilişkin literatür aktarılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırma deseni, araştırmada seçilen sıralı karma modelin içeriği, niceliksel/kantitatif metodolojide seçilen örneklem ve gücü, niteliksel/kalitatif metodolojide seçilen örneklem ve kullanılan desen aktarılmıştır. Araştırma verileri, SPSS25 ve MaxqDa2022 programları ile analiz edilmiştir. Tezin dördüncü bölümünde, karma metodoloji ile yapılan araştırmanın nicel / kantitatif istatistiksel verileri ve edinilen bulgular, nitel / kalitatif yöntemle ilişkin betimleyici, tematik ve içerik olarak analiz edilmiş bulgular yer almıştır. Tezin son kısmı olan beşinci bölümde, klinik odaklı sosyal hizmet ve minör bir alanı olan

kardiyak sosyal hizmet perspektifi, elde edinilen bulgular ile birlikte tartışılmıştır. Son bölümde, uygulayıcı ve araştırmacılar için çalışma sonuçları paylaşılmıştır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarında mesleki ilişki, sosyal hizmet uzmanlarının yetki ve sınırlarının belirlendiği, amaçlı ve terapötik bir ilişki olarak çerçevelenmiştir. Buradaki müdahalenin amacı, sosyal yıkımı engellemek, bireyin güçlerini tanımlamasını sağlamak, sosyal işlevselliği olumlu yönde teşvik etmek, bireylerin sorun yönetme kapasitesini arttırmak, uyumlanma düzeyini yükseltmek, bireysel sorunların anlaşılabilmesi için ego gücünü arttırmak, bireyin sorunun çözümlenmesinde işlevsel olabilecek kaynaklar ve müracaatçı arasında mediatörlük yapmak olarak tanımlanmaktadır. Bireyle klinik odaklı çalışmanın ilkeleri, vakaları sistematik olarak analiz etme, terapötik ittifak kurma, bireyselleştirme, anlamlı ilişkiler kurma, kabul düzeyini yükseltme, iletişim becerilerini güçlendirme, duygu ve düşüncenin ifade edilmesi – davranışının nedenleri ve sonuçlarının kavramasını sağlama, öz farkındalığın yükseltilmesi, sosyal öğrenme ve gizlilik olarak tanımlanabilir (Drisko, vd., 2019:9). Yöntem olarak kaynak mediatörlüğü ve interaksiyonlar üzerine odaklanır, bilinçaltı süreçleri kabul eder ama genellikle müdahaleye getirilen soruna yönelir. Bireyi ekolojik sistemi ile birlikte tanımlar, klinik ve etiyojik ön değerlendirme ve psikososyal değerlendirme yapar, müracaatçı sistemi içerisindeki kolleteral bağlantılar çok önemlidir. Bireylerle klinik odaklı müdahalenin belirleyicileri ise kişi bağlamı, yardım gerektiren sorun ve yardım sağlayan kaynakların ilişkisidir. Klinik odaklı çalışma başta sistem teorisinin eklektik yapısı olmak üzere, psikanalitik kuram, varoluşçu kuram, gestalt yaklaşımı, fonksiyonel kuram, kriz yaklaşımı, psikososyal destek kuramı, psikoeğitim kuramı, transaksiyonel analiz, aile danışmanlığı kuramları, yapısalcı yaklaşım, sosyal inşacılık kuramı, kişi merkezli yaklaşım, bilişsel davranışçı yaklaşım, motivasyonel yaklaşım, post modern psikoterapi yaklaşımlarının bilgisi ile eklemlenmektedir. Eklektik kuramsal perspektif ile vakayı değerlendiren klinik sosyal hizmet uygulaması, vakanın biyofiziksel, intrapsişik, kişilerarası/ailesel, çevresel ve sosyokültürel faktörlerin potansiyel etkisini de inceler (Coady ve Leahmann, 2016: 7).

Klinik odaklı çalışmalar, günümüzde ağırlıklı olarak sağlık tesislerinde ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan interdisipliner ekip içerisinde uygulanmaktadır. Klinik sosyal hizmetin sağlık alanında alt boyutları bulunmaktadır. Uygulama pratiği

geliştirilen minör alanlar, onkoloji, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları, nefroloji, pediatri, kadın hastalıkları ve kadın doğum, nöroloji, kardiyoloji, palyatif bakım gibi hastaların tedavilerinin medikal boyutu ile birlikte psikososyal boyutunun da tanımlandığı kliniklerdir. Araştırmada, sosyal hizmet biliminin eklektik yapısı içerisinde klinik odaklı sosyal hizmet kuramları incelenecektir. Klinik sosyal hizmet perspektifi ile kardiyak sosyal hizmet uygulama modellerine ihtiyaç var mıdır ve hangi modeller geliştirilebilir sorularına cevap aranacaktır.

Kardiyovasküler hastalıkların tanı ve tedavisinde, referans ya da tersiyer bir merkez olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniği Kateter Laboratuvarında tanısız veya terapötik girişimsel işlem uygulanmış ve takip programında olan hastalar ve yakınlarının psikososyal destek ve danışmanlık gereksinimleri klinik odaklı sosyal hizmet modelleri çerçevesinde değerlendirilecektir. Bu bağlamda Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniğine başvuran ve girişimsel işlem uygulanan hastaların deneyimlerini ölçme amacıyla karma araştırma metodolojisi kullanılacaktır.

1.1.1. Alt Problemler

Araştırmada, ana hatlarıyla 7 soruya cevap aranmıştır. Sorular aşağıda aktarılmıştır:

- Klinik odaklı sosyal hizmetin, farklı tıbbi branşlarda kullanımına ihtiyaç var mıdır?
- Kardiyovasküler hastalıkların sosyal ve psikolojik boyutu, “kardiyak sosyal hizmet” olarak tanımlanabilecek yeni bir geliştirici alan olabilir mi?
- Kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkmasında bilinen risk faktörleri (hipertansiyon, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, diyabet) dışında psikolojik ve sosyal faktörlerin hastalık gelişimi üzerine olası olumsuz etkileri kardiyak sosyal hizmetin müdahale alanında yönetilebilir mi? Bu durum kardiyak sosyal hizmetin hastalık yönetimine katkı sağlar mı?
- Kardiyovasküler hastalıklarda tedavi / taburculuk sonrası rehabilitasyon aşamasında ve uzun dönem takiplerde sosyal hizmet uzmanlarının kardiyak ekipte yer alması yararlı olur mu?

- Kardiyoloji kliniğinde tedavi süreçleri devam eden yüksek riskli hasta grubunun aileleriyle birlikte psikososyal destek ve danışmanlık almaları uzun dönem tedavi sonuçlarına olumlu katkı verir mi?
- Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarında, spesifik olarak bu klinik alana özgü bilgi ve beceri temeline dayanan uygulama modelleri geliştirilmesi gerekli midir?
- Klinik sosyal hizmetin, kronik hastalık süreçlerinde kullanımı sosyal hizmet müdahale alanlarını genişletmeye katkı sağlar mı?

1.2. Araştırmanın Amacı

Kardiyovasküler hastalıklar ve kardiyak girişimsel işlemler, hasta ve yakınlarının kaygı düzeylerini arttıran ve genellikle yaşam biçimlerini değiştirmeleri gereken, uyumlanması zor bir tedavi sürecini beraberinde getirmektedir.

Kardiyoloji kliniği kateter laboratuvarında uygulanan tanısal ve terapötik işlemler doğası gereği, ölüm, kalp krizi, inme, böbrek yetersizliği, trombo emboli, kanama, enfeksiyon gibi hayati ve önemli riskler taşımaktadır. Bu sürecin hasta ve hasta yakınlarında minimum travmatik etki oluşturması, erken dönemde işlem başarısına olumlu etki etmesi beklenirken, kardiyovasküler hastalıkların kronik seyri düşünüldüğünde uzun dönemde de hastanın tedaviye uyumunun artırılması ve dolayısıyla hastalık süreçleriyle daha iyi baş etme becerilerine katkı vermesi beklenir. Bu bağlamda araştırmanın amacı, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarına duyulan gereksinimin belirlenmesi, girişimsel işlem uygulanan (anjiyo, stent uygulaması) hastaların deneyimlerinin niteliksel boyutla incelenmesi ve kardiyak sosyal hizmet uygulama modeli geliştirilmesidir.

Araştırmanın niceliksel boyutunda kardiyovasküler hastalık yaşayan bireylerin tedavi süreci, tedaviye uyumlanma biçimleri ve psikososyal destek/danışmanlığa duyulan ihtiyacın değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Niceliksel istatistik bulgular ve niteliksel hasta deneyimlerinden oluşan kod, kategori ve temalar analiz edilerek, klinik odaklı kardiyak sosyal hizmet uygulama modellemesinin yapılması amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Araştırmaya özgün değer katan husus, klinik sosyal hizmet alan yazınının ve uygulama pratiğinin ülkemizde yeterince gelişmemiş olması ve çalışmanın bu alana önemli bir katkı sağlayacağını düşünülmesidir.

Klinik sosyal hizmet sağlık alanında “erişkin ve çocuk psikiyatrisi, onkoloji, nefroloji, pediatri, kardiyoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji, jinekoloji ve palyatif bakım sosyal hizmeti” gibi birçok alt disiplini içermekle beraber, alana ilişkin ihtisaslaşma modelleri henüz tartışılmamıştır. Çalışmanın, morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu kardiyovasküler hastalıklara ilişkin uygulanacak klinik sosyal hizmet modellerini geliştirmesi beklenmektedir. Klinik odaklı perspektif ile kardiyak sosyal hizmete duyulan ihtiyaç ve uygulama modellemesine ilişkin çalışma literatürde sınırlı olarak yer almaktadır. Bu bağlamda, karma model ile oluşturulacak araştırmanın, nicel boyutunda kardiyak sosyal hizmet uygulamasına dair ihtiyacın istatistiki olarak belirlenmesi, nitel boyutunda ise fenomenolojik olarak hasta deneyimleri ile birlikte kardiyak sosyal hizmet uygulama modelinin oluşturulması hedeflenmektedir. Bu boyutuyla çalışmanın, klinik sosyal hizmet literatürü ve tıbbi sosyal hizmet uygulama modellerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmaya İlişkin Denenceler

Çalışmanın, problemde yer alan her bir araştırma sorusunu test etmek üzere hipotezleri bulunmaktadır. Tezin dayanak olarak kabul ettiği 7 hipotez bulunmaktadır. Bunlar:

- Vaka odaklı çalışma pratiğine sahip olan klinik sosyal hizmet uygulaması ve tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sağlık uygulamalarında yer alması ile hastanın iyileşim süreci arasında pozitif bir ilişki vardır.
- Kardiyovasküler hastalıklarla ilgili çalışılan klinik odaklı tıbbi sosyal hizmet alanı, kardiyak sosyal hizmet uygulaması olarak kabul edilir.
- Kardiyak sosyal hizmet uygulamaları ile kalp hastalıklarının tedavi ve izlemleri esnasında oluşabilecek sosyal ve psikolojik riskler arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
- Kardiyovasküler hastalıkların, hastanedeki tedavi süreçlerinin tamamlanmasını takiben rehabilitasyon döneminde, kişinin fiziksel ve sosyal olarak yeniden yaşama adaptasyonunu içeren süreçte, kardiyak sosyal hizmet uygulamaları yer alır.
- Koroner girişimsel işlem uygulanan hastalar ve yakınlarının yaşadığı morbidite ve mortalite riskleri kaynaklı kaygı durumu ve psikososyal destek ve danışmanlık sistemleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
- Kardiyak sosyal hizmet uygulamaları, klinik bilgi ve beceriyi içeren spesifik bir sosyal hizmet uygulama modeli çerçevesinde yürütülür.

- Klinik sosyal hizmetin, kronik hastalıkların sağaltımında rol alması ile mesleğin sosyal girişimci yönü ve gelişimi arasında pozitif ilişki vardır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, karma model olarak yapılandırılmıştır. Araştırmanın nicel boyutu, 0,05 hata ve 0,05 sapma ile belirlenen örneklem sayısındaki 390 kişi ile sınırlıdır. Bu araştırma, nicel boyutta “Demografik Bilgi Formu”, “Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği SF – 36” soruları ile katılımcıların bu sorulara verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Bu araştırma nitel boyutta, kardiyolojik girişimsel işlem uygulanan ve yoğun bakım deneyimi bulunan 20 hasta yapılan derinlemesine görüşmeler ile sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

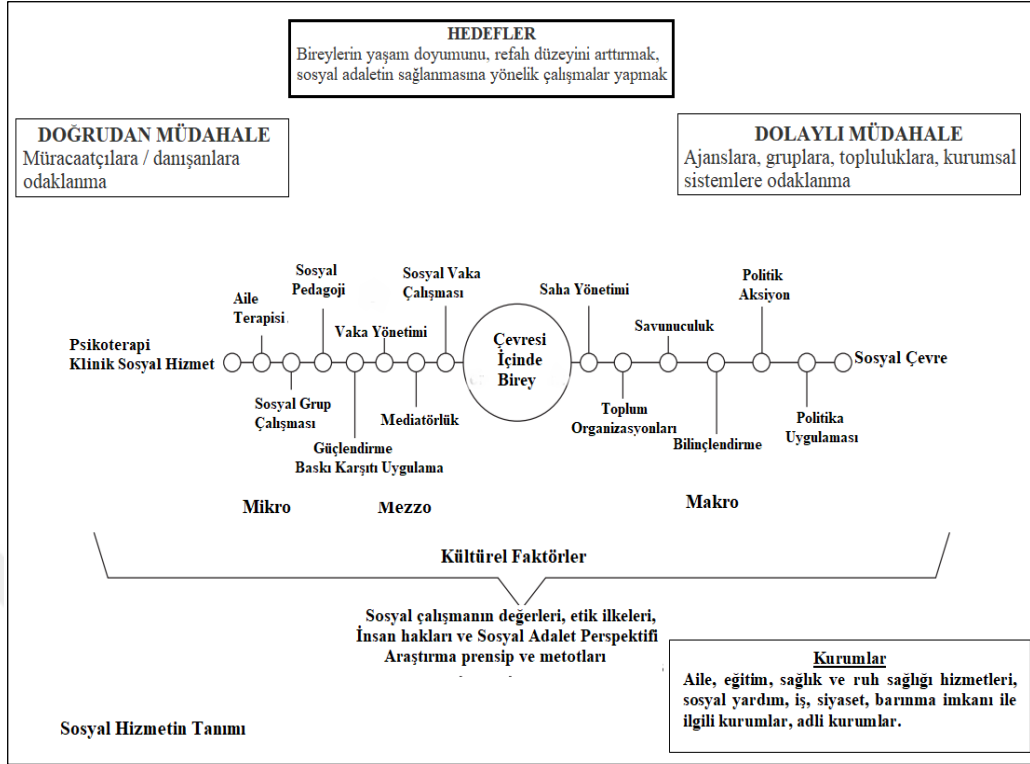
2.1. Sosyal Hizmet Bilim ve Mesleği

Sosyal hizmet, alan uygulamasından temellenen bir meslek ve bireylerin kendilerine dair keşiflerini, değişim ve gelişimlerini, sosyal entegrasyonu ve güçlenmelerini, özgürleşmelerini destekleyen akademik bir disiplindir. Sosyal hizmetin merkezinde, sosyal adalet ilkeleri, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı yer alır. Sosyal hizmet, sosyal bilimler ve beşerî bilimlerle desteklenen eklektik bilgisiyle, sosyal sorunları ele almak ve sosyal refahı artırmak için insanları ve ilişki yapılarını inceler. Sosyal hizmet mesleğinin temel görevleri, etkileşim, değişim, gelişim ve güçlenerek özgürleşmeyi teşvik etmektir (IFSW, 2022).

Kanada Sosyal Hizmet Meslek Örgütü'ne göre (2022), sosyal hizmet, insanı odağına alarak çalışır. Sosyal hizmet uzmanları, insanların becerikli, dayanıklı ve yetenekli olduğuna inanırlar. Çeşitli ortamlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları, insanların fiziksel, zihinsel ve ruhsal refaha ulaşmalarına yardımcı olur. Ayrıca baskı, ayrımcılık, aile içi şiddet, işsizlik ve yoksulluk gibi geniş sosyal sorunları da ele alırlar. Sosyal hizmet uygulamaları, terapi /danışmanlık hizmeti vererek, sosyal politika analizi yaparak, toplum örgütlenmesi çalışarak, sağlık alanında danışmanlık yaparak veya alana ilişkin araştırma – geliştirme faaliyetleri yürüterek sunulabilir (CASW, 2022).

Sosyal hizmet mesleği, yaşantısal deneyimler üzerine çalışırken, insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel değerleri olarak kabul etmektedir. Bireylerin, ailelerin ve grupların kaynaklarını keşfederek ve toplumla aralarında mediatörlük yaparak, sosyal değişimi ve gelişimi teşvik etmek ve genel refahı arttırmayı amaçlar. İnsan davranışı ve sosyal sistemler teorilerinden yararlanan sosyal hizmet, bireylerin çevreleriyle etkileşimde bulunduğu noktalara müdahale eder. (NASW Akt Hare, 2004: 409).

Hare (2004) sosyal hizmet bilim ve mesleğinin tanımını, tarihsel ve döngüsel olarak şematize ederek aktarmıştır:



Şekil 2.1: Sosyal Hizmet Tanımına İlişkin Şema

Kaynak: Hare, 2004: 412.

Sosyal hizmet bilim ve mesleğinin ortaya çıkışında, insanların üzerinde yıkıcı etkiler bırakan tarihsel süreçler önem taşımaktadır. Çağdaş mikro sosyal hizmet uygulaması hem tarihsel eğilimlerin bir sonucudur hem de meslek içindeki güncel sorunlara bir yanıttır. Mikro sosyal hizmet uygulaması, tarihsel mesleki gelenekleri ve diyalektiği ile mesleğe yönelik çevresel baskılar ve talepler bağlamında klinik odaklı sosyal hizmetin temeli olarak anlaşılabilir. 20. yüzyılın başında, sanayileşme ve kentleşmenin ikiz güçleri, geniş ailelerin parçalanmasında, kalabalık kentsel gecekondularda, yetersiz konut ve okullarda, ağır çalışma koşullarında açıkça görüldüğü gibi şiddetli sosyal düzensizliği başlatmıştır. Birey odaklı çalışma ve sosyal sorunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplum odaklı çalışma metodolojisi bu sebeple sınırlarını belirlemede netlik kaybı yaşamıştır. Bu bağlamda, sosyal hizmet uygulamasının, birey odaklı çalışma prensibiyle toplum odaklı çalışma arasında diyalektik gelişimini halen sürdürdüğü söylenebilir (Gitterman, 2014: 599).

Sosyal hizmet bilim ve mesleğinin tanımlarına ontolojik açıdan baktığımızda, aşağıdaki tabloda olduğu gibi kümelenmiş bir yapı olduğu görülmektedir. Çerçevelerin melezleştirilmesi amacıyla, dört farklı ontolojik sosyal hizmet yaklaşımı birleştirilerek tanımlar tartışılacaktır.

Sosyal hizmet tanımlarına ilişkin melez çerçeveler, yorumlayıcı-terapötik çerçeve, birey-reformist çerçeve, neoliberal-yönetici çerçeve ve sosyalist-kolektivist çerçeve olarak sınıflandırılır. Bu hibrit çerçevelerin benimsenmesi, sosyal sorunların nasıl ortaya çıktığı, sosyal adalet ve refah gibi amaçlara en iyi nasıl ulaşılabileceği ve toplumdaki sosyal hizmetin rolünün doğasının anlaşılmasıyla desteklenir (Ornellas, 2016: 9).

Tablo 2.1: Melez Ontolojik Sosyal Hizmet Çerçeveleri

Yorumlayıcı – Terapötik Yaklaşım	Bireysel – Reformist Yaklaşım
İlişki temellidir. Bireysel ve danışan odaklıdır. Danışanın kendini gerçekleştirmesine öncelik verir. Sorunların kişi üzerindeki anlamıyla ilgilenir, içe odaklıdır.	Köktenci bir değişimi hedeflemez, sorun odaklıdır. Sağaltıcı bir ilişki temeli vardır. Psikososyal yaklaşımı benimser. Baskı karşıtı uygulama perspektifine sahip bir bakış açısı vardır.
Neoliberal – Organizasyonel Yaklaşım	Sosyalist- Kolektivist Yaklaşım
Sosyal hizmet mesleğinin, gönüllü organizasyonlar tarafından yürütülmesi yerine profesyonelleşmesini temel alır. Özelleştirilmiş sosyal hizmetlerin sunumuna vurgu yapar. Değişim ve sosyal refah için danışanın aldığı sorumluluğu önemser.	Sorun çözümünde bireye değil, toplum ve politikalara odaklanır. Radikal ve eleştirel sosyal hizmet perspektifini benimser. Kritize edilmiş karar verme, değişime ilişkin bilinç üzerine vurgu yapar.

Kaynak: *Ornellas, 2016: 9.*

2.1.1. Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişim ve Meslekleşme Süreci

Takvim anekdotları ile bakıldığında, 1900'lü yıllarda üretim teknolojilerinin değişimi, uzun süreli beden emeğine dair çalışma şartlarının artması ve emeğin değerinin azalması, neoliberal politikalar, devletlerin ekonomik ve siyasi krizleri, dünya savaşları sosyal hizmetin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal

hizmet, bireyin kendinden güç alan bir perspektif ile sosyal değişimi, gelişimi, insanların yaşama uyumlanmasını teşvik eden, bireyler, aileler, gruplar ve topluluklar ile çalışan bir meslektir. Sosyal hizmet biliminin yapısı ise eklektiktir. Sosyal hizmet bilimi, klinik odaklı olarak bireyle vaka temelinde çalışma ve topluluklarla sosyal politika odaklı çalışma olmak üzere iki ana ekol üzerinde temellenmektedir (Kilbane vd., 2014: 1056).

Toplum biliminin bakış açısının, sosyal sistem içerisinde metayapısal unsurlar, sistemlerin metafizik, ampirik, diyalektik ve ekolojik bileşenlerine odaklandığı görülürken, sosyal hizmetin erken gelişim evrelerinde, bireysel iyileşim için sosyal sorunları incelemeye odaklandığı görülmektedir (Souflee, 1993: 317). Sosyal refah arayışının tarihsel kökenlerinin izleri, eski zamanlara kadar sürülebilir. Günümüz sosyal hizmet uygulamalarına açıkça benzeyen bir mesleğin ortaya çıkışı, on dokuzuncu yüzyılın son yarısında görülmektedir. Tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, önce İngiltere'de, ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde gönüllü organizasyonlar kurulmuştur. Bu kuruluşlar, yoksullara refah dağıtımını yönetmek ve yoksulları kendi kendine yetmeye teşvik etmek amacıyla örgütlenmiştir. Aynı zamanda sivil toplum kuruluşları tarafından, ailelere danışmanlık verilmeye, bireylere sosyal becerileri arttırmaya yönelik destek verilmeye başlanmıştır. Ortaya çıkan bu vaka çalışması yönelimi, nihayetinde bireysel psikoterapi ve aile odaklı danışmanlık müdahaleleriyle ilgilenen sosyal hizmetin mikro düzeydeki dalını temsil etmeye başlamıştır. On dokuzuncu yüzyılın sonuna gelindiğinde, sosyal hizmetin bu dalı, kendisini yeni psikoloji bilimi ile yakından uyumlu hale getirmiştir. Değerlendirme, müdahale ve vaka çalışması yöntemlerinin başlıca savunucularından biri olan Baltimore Charities Organization Society topluluğundan Mary Richmond, aşağıda tartışılan Jane Addams ile birlikte sosyal hizmetin iki kurucusundan biri olarak kabul edilmiştir (Heugten ve Gibbs, 2015:12).

Dünya savaşları sonrasında, kitlesel travmatik krizler, sosyoekonomik sorunların yaşamsal fonksiyonları kısıtlaması sebebiyle sosyal hizmet uygulaması, topluluklar ile çalışma boyutuyla sosyal politika oluşturma basamağında yer almıştır. Kaynak yönetimi becerisi daha işlevsel kılınmıştır. Diğer taraftan, 1917 yılında Mary Richmond'un Sosyal Teşhis ve Vaka Yönetimi isimli kitapları ve birey odaklı psikososyal müdahale esasları çerçevesinde oluşturduğu çalışma modeli ise bugün

linik odaklı sosyal hizmetin tartışma temelini oluşturmuştur. Bireyle çalışmanın ilk basamağında, sosyal inceleme ve sosyal kişisel çalışma pratiği oluşturulmuştur. Çalışmaların başlangıcında metot olarak, müracaatçının durumuna ilişkin gözlem, kanıta dayalı bilgi ile değerlendirme, birey ve ailenin / sosyal çevrenin ilişkilene biçimi ve ilişki ağlarında gözlem yöntemleri kullanılmıştır. Mary Richmond, vaka çalışmasında değişim ve gelişim hedeflerinin yanında, danışan ile iletişimin, onun iç dünyasına ilişkin klinik bir bakış ile danışanı keşfetmenin önemli olduğunu aktarmıştır (Başçılar, 2020: 153).

Richmond'un modellemesinin ardından 1905 yılında Dr. Cabot'un tıbbi ve klinik sosyal hizmet uygulamalarını sağlık sistemine akredite ettiği izlenmektedir. Dr. Cabot'un modellemesinde, sosyal teşhis ve psikososyal destek, tedavi kavramları yer almıştır. 1930'lu yıllarda psikanalitik teorinin yaygınlaşması ile birlikte, sosyal hizmet müdahalesi de bu akımdan etkilenmiş ve uygulama pratiğine "sosyal sorunun içinde bireyin gündeme gelişi, bireyin müdahale sürecine katılımı ve motivasyonu, benlik kavramı ve gelişim psikolojisi" kavramları eklenmiştir. 1940 ve 1950 yılları arasında, bugün klinik sosyal hizmet şemsiyesi altında tanımladığımız, bireyle vaka odaklı çalışmanın çerçevesi, sosyal ve psikolojik teoriler ile birleşerek belirlenmiştir (Dorfman ve Zukerman, 2004:27).

2.1.2. Sosyal Hizmet Biliminin Eklektik Yapısı ve Etkilendiği Paradigmalar

Sosyal hizmetin eklektik formu gereği, beslendiği paradigmalardan hareketle, sosyal hizmet bilim ve mesleğine ilişkin birçok farklı tanımlama yapılmıştır. Sosyal hizmet disiplinine ilişkin terminolojiyi, mesleğin gelişim öyküsü ile birlikte incelemek gerekmektedir. Tarihsel süreç içerisinde gelişimsel perspektif ile bakıldığında, mesleğin ilk günlerinden beri sosyal hizmet, fiziksel, psikolojik ve sosyal refahın birbiriyle bağlantılı olduğunu fark etmiş ve sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçılarıyla yaptıkları çalışmalarda biyopsikososyal bir yaklaşım benimsemelerine yol açmıştır (Mann, 2016: 196).

Gelişimsel yaklaşım, sosyal hizmetin eklektik yapısı içinde sistemsal bir bakış açısına sahip olmasını sağlamıştır. Sistem teorisinin içerisinde yer alan gelişimsel bakış açısı, bireysel güçlenme ve sosyal refahı proaktif müdahalelerle destekleyen bir metodolojiyi teşvik etmiştir (Midgley ve Livermore, 1997: 581). Tarihsel olarak, sosyal hizmet geneli yaklaşımı benimseyen bir duruşa sahiptir. Böyle bir duruş, uygulayıcıların sosyal hizmetlere çeşitli disiplinlerde, alanlarda vb. geniş bir genel

bilgi tabanı ve becerileri ile yaklaşımlarını sağlamaktadır. Kuramsal hassasiyetin öznel olması ile beraber, genelci yaklaşımın esnekliği, sosyal hizmet uygulayıcılarının en az sınırlılık ile müdahale bulunmasının önünü açmaktadır. Genelci yaklaşıma göre, eklektik tüm paradigmaları danışan özerkliği ile kurgulamak gerekmektedir. Danışan girdisi olmadan bir metodoloji seçimi uygun görülmemektedir (Hall, 2008: 392).

Sosyal hizmet biliminin eklektik bir yapısal modele sahip olması sebebiyle, eklemlendiği paradigmalardan çerçevesinde farklı sosyal hizmet tanımları yapılmıştır. Klinik odaklı sosyal hizmeti tartışırken, 2010 yılında yayımlanan The Social Workers Yasası'na göre Newfoundland ve Labrador'un sosyal hizmet tanımını incelemek faydalı olacaktır. Sosyal hizmet;

- Kuramsal ve süpervizyon eğitimlerini tamamladığı programlar kapsamında danışanlara psikoterapi hizmeti vererek,
- İnterdisipliner ekip ile birlikte insana hizmet programlarının niteliğini güçlendirerek,
- Sosyal politikaların öznellik arayışıyla oluşturulmasına ilişkin bilinç yükselterek,
- Sosyal hizmet bilim ve mesleğine katkıda bulunacak araştırmalar yürüterek, vakaları değerlendirir, tedavi eder, engeller ve birey, aile, grup ve toplumların psikososyal işlevselliğini artırır (NLSAW, Akt. Duyan vd., 2015: 9).

Sosyal hizmet disiplinin tanımlarına ilişkin farklılaşma ve amaçlarına yönelik gerilimler, sosyal hizmet bilimi ve mesleğini başlangıcından bu yana etkilemiştir. Sosyal hizmet, en başından beri, sosyal adaleti temel bir değer ve hedef olarak açıkça yükseltmiştir. 1600'lü yıllardan başlayarak 1900'lü yıllarda zaman çizelgesinde hızlı bir ivme alarak kurulan sosyal hizmet disiplininin, eklektik bir bilim olması sebebiyle alan sınırlarına ilişkin farklı görüşler açığa çıkmıştır. Yeni doğmakta olan meslek, görünüşte uyumsuz hedefleri kapsayacak birleşik bir yaklaşım belirlemek için mücadele etmiş ve sonuçta sosyal hizmet bayrağı altında bir arada var olmaya çalışan iki ana yönetime karar verilmiştir. "İkili kalp atışı" olarak adlandırılan bu yöntemler, vaka odaklı çalışma veya klinik sosyal hizmet ve toplumsal organizasyonlar veya makro sosyal hizmet olarak gelişmiştir. Vaka

çalışması, bireylerin ve ailelerin sosyal ve daha sonra psikolojik ihtiyaçları üzerine odaklanırken, toplumun refahını iyileştirmeyi amaçlayan amaca dayalı veya yapısal reformlarla uğraşan çalışmaları makro sosyal hizmet uzmanlarını ele almıştır (Ruth, 2017: 6).

2.2. Klinik Odaklı Sosyal Hizmet

Klinik odaklı sosyal hizmet, sosyal hizmet bilim ve mesleğinin bir ihtisaslaşma, uzmanlaşma alanı olarak tanımlanmıştır. NASW, Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliğine göre, klinik odaklı sosyal hizmet, ruhsal hastalıkların, duygusal ve diğer davranış bozukluklarının değerlendirilmesi, teşhisi, tedavisi ve önlenmesine odaklanan bir sosyal hizmet uzmanlık alanıdır. Bireysel, grup ve aile terapisi yaygın tedavi yöntemleridir. Bu hizmetleri sağlayan sosyal hizmet uzmanlarının, klinik düzeyde lisans veya sertifika almaları gerekir. Klinik sosyal hizmet uzmanları, özel klinikler, hastaneler, toplum ruh sağlığı merkezleri, birinci basamak ve hastaneler dahil olmak üzere çeşitli sağlık alanlarda hizmet vermektedir (NASW, 2021).

Klinik sosyal hizmet, uygulamalarının tamamında, bireylerin, ailelerin ve küçük grupların psikososyal işlevlerini geliştirme ve sürdürme hedefine ulaşmaya çalışır. Klinik sosyal hizmet uygulaması, sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin, duygusal ve zihinsel bozukluklar da dahil olmak üzere psikososyal işlev bozukluklarının, yeti yitimi veya bozukluğunun tedavisi ve önlenmesi için profesyonel olarak uygulanmasıdır. Psikososyal bağlamda, psikoloji biliminin bilgisine dayanır (Dorfman, 2013:2).

Klinik sosyal hizmet öncelikli olarak bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklanır. Psikoterapiye ve danışanın çevresiyle olan ilişkisine bütünsel bir yaklaşıma odaklanır (NASW, 2005:7). Klinik sosyal hizmet, "tedavi ve rehabilite edici, geliştirici ve değiştirici, tedavi sonrası takip ve izleme aşamalarında koruyucu ve önleyici" planlı mesleki müdahale sürecini içermektedir. Klinik odaklı vaka yönetimi, biyolojik ve psikolojik faktörlerin önemini kabul ederek, kişinin fiziksel ve sosyal çevresinin genel işlevini ve hayatta kalma motivasyonunu güçlendirmeyi, fiziksel ve zihinsel iyileştirimi hedefleyen bir sosyal hizmet uygulama yöntemi olarak tanımlanabilir (Brandell, 2010: 109).

2.2.1. Klinik Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişim Süreci

Klinik odaklı sosyal hizmetin tarihsel olarak ilk karşılığı, sosyal teşhis, tanılama ve müracaatçının iyi oluşunu kapsayan sosyal hizmet müdahalesi olarak literatürde yer almaktadır. Sağlık alanına sosyal hizmet uygulamalarının eklenmesi ile birlikte, vaka odaklı psikososyal destek sunmak, tıbbi tedaviye uyumu güçlendirecek çalışmalar yapmak, birey ve aileye destek-danışmanlık vermek klinik odaklı çalışmaların temel yapısını oluşturmuştur. Klinik sosyal hizmet uygulaması, ruh sağlığı profesyoneli olarak sağlık kuruluşlarında: ihtisas alanlı örgütlenme modellerinde, tedavi ve rehabilite edici, geliştirici ve değiştirici, taburculuk sonrası takip ve izleme aşamalarında koruyucu ve önleyici planlı mesleki müdahale sürecini, tanımlar. Klinik odaklı çalışmalarda hizmet verilen müracaatçı grubu biyopsikososyal ve kültürel risk altında bulunan, sürdürülebilir yaşam standartlarının oluşması için belirlenen planlı müdahale stratejileri ve uygulamalarının birlikte gerçekleştirildiği, danışan ve / veya yakını olarak çerçevesi. Klinik sosyal hizmet danışan ile ilişki kurarken, terapötik ilişkinin bağlamını ve seansa gelen söylemin gücünü keşfeder (Pozatek, 1994:402).

Klinik sosyal hizmet uzmanları, terapötik destek sunulan özel klinikler, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi çeşitli alanlarda hizmet vermektedir (NASW, 2021).

Klinik odaklı sosyal hizmetin lisanslı ve sağlık sistemine akredite bir uygulama olarak kabulüne ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde rastlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Lisanslı Klinik Sosyal Hizmet Uzmanları, ülkedeki davranışsal sağlık programlarının ana bileşeni olarak adlandırılmaktadır. Klinik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı tanı ve tedavisini sağlamanın yanı sıra, birçok devlet kurumunda, hastaneler, huzurevleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar gibi yapılarda ve bağımsız özel alanlarda çeşitli popülasyonlarla çalışan yüksek eğitilmiş, nitelikli ve lisanslı klinisyenler olarak kabul edilmektedir (CSWA, 2020: 2).

Klinik alanın oluşumuna dair tarihsel sürece detaylı olarak bakıldığında, tedaviye uyum için psikososyal desteğin gönüllü olarak ev ziyaretleri ile başladığı, ilk profesyonel uygulamanın ise 1905 yılında Dr. Richard Cabot tarafından Massachusetts General Hastanesi'nde başlatıldığı izlenmektedir (Gehlert, 2006: 6).

Sosyal hizmet literatüründe klinik odağı değerlendirirken, psikiyatrik sosyal hizmetin tarihçesini incelemek önem arz etmektedir.

Klinik sosyal hizmet uygulamalarının öncü kayıtlarına, Lathrop ve Beers'in aktarımlarında yer alan, Hull House'da yapılan mental sağlık ile ilgili çalışmalarda da rastlanmaktadır. Çalışmalarda, mental sağlığın tedavisi için sadece medikal model değil biyopsikososyal modele de ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Kayıtlara göre, yirminci yüzyılın ilk on yılında, birkaç sosyal hizmet uzmanı, hastanelerde psikiyatrik engelliler için çalışmalar yapmıştır. 1904 yılında Mary Meyer, Manhattan Devlet Hastanesi'nin koşullarında ve evlerinde psikiyatri hastalarını ziyaret etmiş ve medikal tedavi alan hastaların, toplumla bağını kuracak projeler geliştirmiştir. 1905 yılında, Massachusetts General Hospital Nöroloji Kliniği'nde Edith N. Burleigh isimli sağlık çalışanının, sosyal araştırmalar ve tedaviden sorumlu olduğu, farklı sağlık kuruluşlarında da sosyal hizmet uzmanlarının benzer kapasitelerde istihdam edildiği görülmektedir. 1906'da New York'taki Bellevue Hastanesi'nin psikiyatri servislerine bir sosyal hizmet uzmanı atanmıştır. Aynı yıl, New York Eyaleti Yardım Kuruluşları Derneği, eğitilmiş bir sosyal hizmet uzmanı olan E. H. Horton'u, hastaların toplumda konut, iş ve diğer kaynakları bulmalarına yardımcı olan bir bakım sonrası çalışanı olarak işe aldığı kaydedilmiştir. Onun işe alınması, 1890'lardan beri taburcu edilen psikiyatri hastalarına yardım sağlayan bakım sonrası hareket için önemli bir adım olmuştur. 1911'de Charities Aid, New York Eyaletini Manhattan Eyalet Hastanesi'nin sosyal hizmet alanında bir sağlık çalışanı istihdam etmesini sağlamıştır. Birkaç yıl içinde, diğer eyaletlerde (Massachusetts, Illinois, Pennsylvania, New Jersey) psikiyatri servislerine sosyal hizmet uzmanları atanmıştır. 1913 yılında Jarrett, Boston Psikopatik Hastanesi'nin sosyal hizmet bölümünü kurduğu ve medikal tedavi ile sosyal modelin ayrılmaz bir bütün olarak tasarlandığı kaydedilmiştir. Southard ve Jarrett, *The Kingdom of Evils* (1922) isimli kitapta sosyal hizmetin işlevini tanımlamıştır. Kitapta, sosyal hizmet uzmanının birincil görevi, sosyal araştırma yaparak, hastayı bireysel, aile işleviyle ve toplumsal açıdan değerlendirmesi, hastanın geçmiş yaşantı repertuarına ilişkin inceleme yaparak, teşhis sürecine katkı vermesi olarak belirlenmiştir (Sands ve Gallis, 2012:31).

1920'lerde sosyal vaka çalışmasının öncüsü, psikiyatrik sosyal hizmet uygulaması olmuştur. 1918'de Smith College, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları için ilk

eğitim programını başlatmıştır. Programın ilk çalışmaları özellikle askerleri ve ailelerini kapsarken, psikiyatrik sosyal hizmet hızla diğer uygulama alanlarına da yayılmıştır. Psikiyatrik sosyal hizmeti belirgin bir konuma getirmeye yardımcı olan bir diğer önemli araç, ocuk rehberlik kliniklerinin geliştirilmesidir. ocuk rehberlik kliniklerinin misyonu, zihinsel ve duygusal sorunları olan çocuklara sosyal ve psikolojik destek sunmaktır. Klinik uygulamalar sosyal hizmet müdahalesine hızla nüfuz etmiştir. Klinikler, psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının yer aldığı "ekip" konsepti altında faaliyet göstermeye başlamıştır. ocuk rehberlik kliniği ekibinde sosyal hizmet uzmanları programın hem teşhis hem de tedavi aşamalarında yer almıştır. Kliniğin baskın teorik temeli, Richmond'un Sosyal Teşhis isimli çalışmasında bahsedilmeyen psikodinamik teori ile güçlenmiştir. Ağırlıklı olarak orta sınıf hastalarla terapötik bir ilişki kurmak için psikodinamik teoriyi kullanan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, meslek için yeni bir model arayışını gündeme getirmiştir. Burada klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarının çerçevesini tartışmak gerekmektedir (GISW, 2021).

Klinik sosyal hizmetin odağını oluşturan, sosyal hizmette psikolojik perspektif tartışmalarının 1919 yılında yapılan Ulusal Sosyal Hizmet Konferansında ivme kazandığı görülmektedir. 1919 Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı, ruh sağlığı alanında klinik sosyal hizmet tarihinde bir dönüm noktasına sahne olmuştur. Mary Jarrett (1919), psikiyatrik dokunun tüm vaka çalışması örgüsünü oluşturduğunu ifade etmiştir. Jarret bu temellendirmesiyle konferansta, "The Psychiatric Thread Running through All Social Case Work" isimli bir makale sunmuştur. Bu önemli sunumda Jarrett, Mary Richmond'un Social Diagnosis'te bahsettiği vakaların yarısının psikiyatrik sorunlarla karakterize olduğuna dikkat çekmiştir. Jarrett, yalnızca psikiyatrik sosyal hizmet alanında uzmanlaşanların değil, tüm sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatrik, klinik bilgide ihtisaslaşması gerektiğini vurgulamıştır. Bu dönemde S. Freud'un birçok bölgede psikanaliz üzerine eğitim ve seminer verdiği kaydedilmiştir. Freudyen teori, hem kişiliği anlamak için bir erve hem de müdahale etmek için bir araç sağlamıştır. Klinik alanda mesleki becerilerini geliştirmeleri gerektiğine ilişkin farkındalık geliştiren ve psikanalizden geçen sosyal hizmet uzmanları, müdahale sürecinde kendilerini anlamının yararlarını fark etmişlerdir (Sands ve Gallis, 2012 :32).

Avrupa'da, İngiltere'de bulunan Tavistock Kliniği'ndeki sosyal hizmet uzmanları 1991 yılında 'sosyal hizmet klinik eğitimcileri' olarak adlandırılmıştır. İki yıl sonra, Yeni Bulgar Üniversitesi klinik sosyal hizmet alanında ilk Yüksek Lisans programını oluşturmuştur. 2003 yılında, Alman Sosyal Hizmet Derneği'nin Sosyal Hizmet ve Sağlık Grubu'nun adı 'Klinik Sosyal Hizmet Bölümü' olarak değiştirilmiştir. 2004 yılında Hollanda'da Hogeschool van Amsterdam'da klinik sosyal hizmet lisans derecesi kurulmuştur. Avrupa Klinik Sosyal Hizmet Merkezi bünyesinde, Almanya, Avusturya ve İsviçre'nin organizasyonu ile:

- Klinik sosyal hizmet bilim ve uygulamasının profilini geliştirilmesi,
- Klinik sosyal hizmet ile ilgili Avrupa yönergeleri geliştirilmesi,
- Klinik Sosyal Hizmette bir Avrupa İnceleme Kurulu kurularak Avrupa çapında bir sertifikasyon planının hazırlanması, planlanmıştır.

2009 yılında, Avusturya'nın FH Kampüsü Wien'deki Uygulamalı Bilimler Üniversitesi'nde toplum uygulamaları ve klinik sosyal hizmet alanında yüksek lisans derecesi kurulmuştur. Avrupa'da, klinik sosyal hizmet alanında, ortak bir yüksek lisans derecesi, 2008 yılında kuzeybatı İsviçre'deki Uygulamalı Bilimler Üniversitesi'nde, Berlin'deki Alice Salomon Uygulamalı Bilimler Üniversitesi ve Coburg Uygulamalı Bilimler Üniversitesi ile işbirliği içinde kurulmuştur. 2010 yılında, benzer şekilde Avusturya Vorarlberg'deki Uygulamalı Bilimler Üniversitesi'nde klinik sosyal hizmete özel bir vurgu yapılarak, sosyal hizmet alanında yüksek lisans derecesi kurulmuştur. Yunanistan'da da lisans eğitimine klinik sosyal hizmet müfredatı dahil edilmiş, 2010 ve 2012 yıllarında hakemli dergilerde klinik sosyal hizmet çalışmalarına yer verilmiştir (Karpētis, 2014: 26).

Türkiye'de ise klinik odaklı sosyal hizmet çalışmalarının, tüm dünyada olduğu gibi sağlık alanında başladığı izlenmektedir. Sağlık alanında sosyal hizmet, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile resmi olarak tanımlanmış, sağlık kuruluşlarında “...Sosyal servis, yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden, yatan ve kurumdan çıkan hastaların sosyal ve ekonomik sorunlarının saptanması, çözümlenmesi, hastanın çevresi ve ailesiyle ilişkilerinin sağlanması...” olarak tanımlanmıştır (Resmî Gazete,1983, sayı: 2889).

2.2.2. Klinik Sosyal Hizmetin İhtisaslaşması ve Kalifikasyonu

Klinik sosyal hizmet, daha önce “sosyal vaka çalışması” ve “psikiyatrik sosyal hizmet” olarak bilinen kavrama atıfta bulunmaktadır. Terim, klinik sosyal hizmet uzmanlarının, doğrudan bireyler ve ailelerle çalışan diğer ruh sağlığı klinisyenleriyle belirli benzerliklere sahip olduğunu tartışmaya açmaktadır. 2000 yılında IFSW- Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu ve 2001 yılında IASSW- Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği, gelişen bir sosyal hizmet tanımını benimsemiştir. Buna göre klinik odaklı sosyal hizmet, psikolojik danışma veya aile terapisine benzer bir 'sosyal hizmet müdahalesi' olarak tanımlanmış ve bir genelci disiplinin içerisinde bir ihtisaslaşma alanı olarak kabul edilmiştir. Ancak tanımda, danışanların biyopsikososyal değerlendirmesine ilişkin spesifik uzmanlık becerilerine yer verilmediği görülmektedir.

Klinik sosyal hizmet uzmanları, teşhis ve klinik tedavi (örneğin psikoterapi) dahil olmak üzere, Amerika Birleşik Devletleri'nde sigorta kapsamında kabul edilen biyopsikososyal hizmetler sunmaktadır. Kamu sektöründe, birçok kurum, departman ve program klinik sosyal hizmet uzmanlarını doğrudan, özerk ruh sağlığı ve ilgili hizmet sağlayıcıları olarak tanımaktadır (ABCSW, 2021).

Bir meslek olarak klinik sosyal hizmet, her zaman çevresi içinde birey kavramına inanmış ve insan ihtiyaçlarını ve bunları başarmanın yollarını anlamak için “çevresi içinde ve yerinde birey” veya “kişi-çevre konfigürasyonu” teorilerini gerekli görmüştür. Ancak insan davranışları ile ilgili diğer disiplinlerin paradigmaları bireyi ve çevreyi oldukça farklı iki çerçeveye ayırdığından, bu iç ve dış yönler arasında geçerli bir köprü bulmak son derece zor olmuştur. Böylece klinik odaklı sosyal hizmet teorileri, kuramcılarının tartıştığı ya intrapsişik bir yaklaşımı ya da daha sosyal bir yaklaşımı benimsemiştir (Saari, 2002:3).

Bir meslek olarak sosyal hizmet, özellikle etkili klinisyenler yetiştirmede başarılı olmuştur. Bu, büyük ölçüde yoğun sosyal kişisel çalışma ile gelen deneyimden ve beraberinde geleneksel eğitim uygulamalarından kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Mesleğin ilk liderleri ve teorisyenlerinin çoğu, müdahalenin doğası hakkında yorum yapmaya yönlendirilmiştir (Reynolds vd., Akt. Saari,1989:35). Bu kişilerin çalışmalarının psikiyatride süpervizyon üzerindeki etkisinde görülebileceği gibi diğer meslekler üzerinde önemli bir etkisi olmuştur (Ekstein ve Wallerstein, 1957). Bununla birlikte, 1960'lar döneminde, sosyal hizmet, bu tür

müdahale ve izlem modellerinden sonra sistem teorisini kullanarak bütüncül olarak sistemin sorunlarını daha doğrudan ele alan bir modele dönmeye başlamıştır.

Klinik sosyal hizmet hem Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) hem de ekolü tanısız değerlendirme ve terapötik bileşenlere sahip bir uygulama uzmanlığı olarak tanımlayan Klinik Sosyal Hizmette Amerikan İnceleme Kurulu (ABECSW - American Board of Examiners in Clinical Social Work) tarafından benimsenmiştir. Klinik sosyal hizmetin tanımındaki ve çalışma alanındaki bazı farklılıklar, uluslararası sosyal hizmet eğitimi ve uygulamasında var olan varyasyonlardan, belirsizliklerden, çelişkilerden ve farklılıklardan kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Bu noktadan hareketle, klinik ve topluluk uygulaması arasında ikilik olduğu tartışılmaktadır (Feit Akt. Karpatis, 2014: 23). Brandell (2010) tarafından yazılan “Klinik Sosyal Çalışmada Teori ve Uygulama” isimli çalışmada ise klinik odaklı sosyal hizmet alanı ve etkilendiği ekoller tanımlanmıştır. Sosyal hizmetin misyon ve değerleriyle tutarlı olarak, klinik sosyal hizmetin amacı, danışanların yani bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların biyopsikososyal iyilik hallerini geliştirmektir. Klinik sosyal hizmetin ayrılmaz ve kalıcı bir unsuru kişi-çevre/durum perspektifi ile bireysel değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu durum, klinik sosyal hizmeti diğer disiplinlerden ayırmaktadır. Kapsamı ve genişliği bakımından benzersiz olan klinik sosyal hizmet, çok çeşitli teorik çerçeveleri, yaklaşımları ve yöntemleri kapsar (Brandell, 2010: 1108).

Klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarında mesleki ilişki, sosyal hizmet uzmanlarının yetki ve sınırlarının belirlendiği, amaçlı ve terapötik bir ilişki olarak tanımlanmaktadır. Klinik sosyal hizmet öncelikli olarak bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklanmaktadır (NASW,2005:7). Buradaki bütünsel müdahalenin amacı, sosyal yıkımı engellemek, bireyin güçlerini tanımlamasını sağlamak, sosyal işlevselliği olumlu yönde teşvik etmek, bireylerin sorun yönetme kapasitesini arttırmak, uyumlanma düzeyini yükseltmek, bireysel sorunların anlaşılabilmesi için ego gücünü arttırmak, bireyin sorunun çözümlenmesinde işlevsel olabilecek kaynaklar ve müracaatçı arasında mediatörlük yapmak olarak düşünülebilir. Bireyle klinik odaklı çalışmanın ilkeleri, bireyselleştirme, anlamlı ilişkiler kurma, kabul düzeyini yükseltme, iletişim becerilerini güçlendirme, duygu ve düşüncenin ifade edilmesi, davranışının nedenleri ve sonuçlarının kavramasını sağlama, sosyal öğrenme ve gizlilik olarak

tanımlanabilir. Yöntem olarak kaynak mediatörlüğü ve interaksyonlar üzerine odaklanır. Bilinçaltı süreçleri kabul eder ama genellikle müdahaleye getirilen soruna yönelir. Bireyi ekolojik sistemi ile birlikte tanımlar, klinik ve etiyolojik ön değerlendirme ve psikososyal değerlendirme yapar, müracaatçı sistemi içerisinde kolleteral bağlantıları inceler. Bireylerle yapılan klinik odaklı müdahalenin belirleyicileri ise kişi bağlamı, yardım gerektiren sorun ve yardım sağlayan kaynakların ilişkisidir. Klinik odaklı çalışma başta sistem teorisi ve psikanalitik kuram olmak üzere, varoluşçu kuram, gestalt yaklaşımı, fonksiyonel kuram, kriz yaklaşımı, psikososyal destek kuramı, psikoeğitim kuramı, transaksyonel analiz, aile danışmanlığı kuramları, yapısalcı yaklaşım, sosyal inşacılık kuramı, kişi merkezli yaklaşım, bilişsel davranışçı yaklaşım, motivasyonel yaklaşım, postmodern psikoterapi yaklaşımlarının bilgisi ile eklenmektedir (Munson, 2002: 185).

Klinik odaklı sosyal hizmet perspektifinin, önce sağlık alanında uygulanmaya başladığı izlenmektedir. Sağlık sosyal hizmetinin şemsiyesi, halk sağlığı, dahili ve cerrahi tıp birimlerini kapsar. Ruh sağlığı, onkoloji, nefroloji, pediatri, kardiyoloji, nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kadın hastalıkları ve doğum ve palyatif bakım sosyal hizmeti gibi çok sayıda alt disiplini içerir. Çoğu tıbbi sosyal hizmet uzmanı, danışmanlık, sağlık eğitimi ve kriz müdahalesi gibi doğrudan vaka odaklı hizmet vermektedir. Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanları klinik düzeyde vaka yöneticileri olarak, makro düzeyde ise sağlık yönetimi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, araştırma, savunuculuk ve politika gibi alanlarda uygulama yapmaktadır (Ruth, 2017: 5).

Klinik odaklı sosyal hizmet tarihsel gelişim aşamalarında aktarıldığı üzere psikodinamik kuram ve psikoloji bilgisinden eklektik bir biçimde faydalanmıştır. Ancak teorinin kendi bilgisini üretme ve uygulamada yavaş ivme aldığı gözlemlenmektedir. Sağlık alanında sosyal hizmet çalışmalarının durumuna ilişkin hazırlanan Amerikan Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nin (AAMSW- American Association of Medical Social Worker) 1934 tarihli raporunda, alana ilişkin birçok tavsiye kararı kaydedilmiştir. Bugün halen benzer eleştirileri getirmek mümkündür. Raporda, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarından beklenen beceriler olarak:

- Sosyal kişisel çalışmaya ilişkin danışanın motivasyonunu analiz etme becerisinin geliştirilmesi ve uygulamaya psikoloji kavramların entegrasyonunun sağlanması;
- Fiziksel ve ruhsal düzeyde hastalığın oluşturduğu etkilerin analiz edilmesi, müracaatçı sisteminin motivasyonu ile değişim sisteminin dinamiklerinin bütünleştirilmesi,
- Mikro düzeyde çalışmaların tüm ekolojik sistem ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Kişilik ve sosyal çevre arasındaki ilginin tanımlanması, sadece sosyal hizmet biliminde değil, psikiyatri literatüründe de 1900’lerde psikanaliz ve psikoterapinin yaygın kullanımıyla birlikte yerini almıştır. 1900’lü yıllarda ruh sağlığı alanında psikoterapinin yaygın kullanılmaya başlaması ile birlikte, sağlık alanında holistik ve sistemsel bakış açısının geliştiği gözlemlenmektedir. Sağlık alanında psikiyatrinin etki alanının genişlemesi, klinik odaklı sosyal hizmetin hastanelerde daha aktif kullanılmasına sebep olmuştur (Gehlert ve Browne, 2006: 15).

Klinik sosyal hizmetin etkililiğine ilişkin yapılan taramalarda, sağlık maliyet etkinliğinin ve uygulama performansının değerlendirildiği gözlemlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı bozukluklarının engelliliğin ikinci önde gelen nedeni olduğu ve tedavi maliyetinin yıllık yaklaşık 69 milyar dolar olarak kaydedildiği aktarılmıştır. Çalışmada, Klinik Sosyal Hizmet Uzmanlarının, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki en büyük ruh sağlığı çalışanı grubu olduğu vurgulanmıştır. Psikoloji, psikiyatri ve klinik hemşirelik olmak üzere diğer üç ruh sağlığı mesleğindeki toplam hizmet sağlayıcı sayısından daha fazla, klinik olarak eğitilmiş yaklaşık 200.000 sosyal hizmet uzmanı bulunduğu ifade edilmektedir (Austrian, 2005: 11).

2.3. Kardiyovasküler Hastalıklarda Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Uygulamaları

“Kardiyovasküler hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini etkileyen, morbidite ve mortalite riskinin yüksek olduğu kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır” (Munkhaugen ve Sverre, vd. 2016: 2). Kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinin dışında, kalp hastalarının yaşama uyumunu destekleyici klinik bazlı bir sağlık

hizmeti sunulmamaktadır. Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmet uygulamasına ilişkin klinik odaklı modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Sağlığı etkileyen ekonomik, sosyal, çevresel ve psikososyal faktörleri kapsayan sağlığın sosyal belirleyicilerinin, kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin yanı sıra kardiyovasküler hastalık morbidite ve mortalitesinin gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar değerlendirilirken, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık eşitliğini de tartışmak gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlığın sosyal belirleyicileri ve kardiyovasküler hastalık tedavi süreci arasında bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Bu ilişki dinamiğinin temel mediatörleri sosyal hizmet uygulayıcılarıdır. Uygulama çerçevesi, kardiyovasküler hastalık tanıları ile en güçlü şekilde ilişkide olan kritik yapısal/sosyoekonomik, çevresel ve psikososyal faktörlerin değerlendirilmesi ve uygun sosyal hizmet müdahale metodolojisinin belirlenmesi gerekmektedir (Willey ve Baumer Baah, vd. 2022: 784).

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir (Aggarwall ve Ellis, vd., 2013: 409). Son yıllarda Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde medikal ve cerrahi tedavinin yanında, kateter laboratuvarında uygulanan girişimsel kardiyolojik işlemlerin ağırlığı giderek artmıştır (Şahinkuş ve Aksoy vd., 2020: 198). Bu alandaki teknik ve cihaz gelişimlerinin yanı sıra mesleki deneyimin de artması, girişimsel işlemlerin cerrahi müdahaleye oranla daha düşük risk ile uygulanabilir olması kateter laboratuvarlarında yapılan işlemlerin artmasına yol açmıştır (Tunce ve Eryoncu vd., 2004:142).

Kardiyolojik tedavilerde, girişimsel işlemler her ne kadar hasta konforu ve kalp hastalıklarında cerrahi uygulamalara kıyasla daha kısa hastane kalış süreleri sağlıyor olsa da işlem riski ve komplikasyonlar açısından hasta ve hasta yakınlarının psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu, yüksek hayati risk içeren işlemlerdir. Ancak literatür taramasında, tersiyer ve referans merkezleri dahil olmak üzere bu grup hasta ve hasta yakınlarına kardiyak rehabilitasyon programı çerçevesinde klinik odaklı sosyal hizmet desteğinin sağlanması ile ilgili büyük bir boşluk olduğu görülmektedir.

2.3.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Psikososyal Boyutu

Sosyal Hizmet Uzmanları tarafından benimsenen biyopsikososyal yaklaşım, sağlık alanında sadece fiziksel sağlığın dikkate alınmasına değil, aynı zamanda bir bireyin genel sağlığını ve refahını etkileyen zihinsel ve sosyal sorunlara ve bireyin desteklenmesine ilişkin çalışmalara vurgu yapmaktadır (Mann vd., 2016: 199).

Kardiyolojik tanıli hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonuna ilişkin süreçte, sosyal hizmet uzmanlarının, hasta ve ailesiyle tedavi deneyimi ve yeni yaşama adaptasyon konusunda çalışma yürütmesi tedavi sürecinde önemli bir yere sahiptir. Kardiyak sosyal hizmet uygulamaları, bireysel danışmanlık ve grup çalışması olarak sunulabilmektedir. Bu alandaki sosyal hizmet müdahalelerinde sık ele alınan sorunlar kayıp ve travma süreci, yaşamsal rol ve işlevlerin değişimi, anksiyete, depresyon ve bu sorunlara etkili yanıt vermek için başvuru baş etme mekanizmalarıdır (Tuncay, 2012: 36).

Kardiyovasküler hastalıklar, hastaların ve ailesinin yaşam kalitesini etkileyen, mortalitenin yüksek olduğu kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinin dışında, kalp hastalarının yaşama uyumunu destekleyici klinik bazlı bir sağlık hizmeti olarak sunulmamaktadır. Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmet uygulamasına ilişkin klinik odaklı modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Alan taramasında, çalışmaların dahili tıp birimleri, hekimler, hemşireler, fizyoterapistler tarafından ağırlıklı olarak yapıldığı, klinik bir sosyal hizmet alanı olan kardiyak sosyal hizmet uygulama modellerine ilişkin spesifik bir çalışmanın ise bulunmadığı kaydedilmiştir.

Kardiyovasküler hastalıklarının psikososyal boyutunun çalışılması, anamnez alma, teşhis ve prognozu oluşturma aşamalarında önem taşımaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların sosyal boyutuna ilişkin yapılan bir çalışmada, hastaların anamnezi değerlendirildiğinde, hastaların depresyon ve anksiyete puanları arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin düştüğü izlenmiştir (Nehir ve Çam, 2011: 47).

Farklı bir çalışmada, kardiyolojik tedavi gören hastalar psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilmiş ve klinik konsültasyon istemleri, “koroner hastalığın ortaya çıkışı ve seyrini etkileyen psikososyal problemler, kaygı düzeylerinin yüksek olması, depresyon tanısı ve tedavisi, kardiyovasküler hastalık tanısı olmadığı halde sürekli göğüs ağrısından yakınma, yaşam biçiminin değiştirilmesi ve yeni yaşam formuna

uyumlanamama, fobik düzeyde yaşam aktivitelerinden kaçınma, psikoseksüel bozukluklar” olarak sıralanmıştır (Küçük, 2007:49).

Benzer bir görüşte de düşük sosyoekonomik durum, akut ve kronik stres, depresyon, anksiyete ve düşük sosyal destek gibi psikososyal faktörlerin olumsuz bir prognoz ile ilişkili olduğu yer almıştır. Psikososyal sorunlar ve zihinsel komorbiditelerin, hedefe yönelik teşhis ve tedaviyi başlatmak için rutin olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Albus vd., 2018: 312). Kardiyak rehabilitasyon hastanın tam iyilik halinin sağlanması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, tıbbi müdahale haricinde psikolojik ve sosyal işleyişin optimize edilerek çok yönlü müdahale programının uygulanmasını ifade eder (Contractor, 2011: 51).

Kardiyovasküler hastalıkların akut medikal, girişimsel veya cerrahi tedavisi sonrasında kardiyak rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Kardiyak rehabilitasyon sürecinde, hastaların yeni yaşamlarına tıbbi açıdan uyumlanmasını arttırmak hedeflenmektedir. Kardiyak rehabilitasyonun faydaları, kardiyovasküler risk faktörlerinin azalması, aktiviteye bağlı semptomların azalması ve fonksiyonel kapasitenin artması, kısacası yaşam kalitesinin artması olarak tanımlanmaktadır (Oldridge, 1991: 115). Kardiyovasküler tanılı hastalıklarda, tıbbi tedavi prosedürü ile birlikte psikososyal düzeyde hasta ve ailesine danışmanlık verilmesinin katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak tıbbi uyumla birlikte sosyal uyumu da hedeflemesine rağmen henüz kardiyak rehabilitasyon programın içerisinde de klinik düzeyde bir sosyal hizmet müdahalesi yer almamaktadır.

2.3.2. Klinik Bir Uygulama Alanı Olarak Kardiyak Sosyal Hizmet

Kavramsal olarak değerlendirildiğinde, klinik sosyal hizmet, ruhsal veya fiziksel hastalıkların tedavisinde, bireylerin duygusal ve davranışsal düzeyde değerlendirilmesi, teşhisi ve tedavisine odaklanan bir sosyal hizmet uygulamasıdır. Bireysel psikososyal danışmanlık, grup ve aile terapisi yaygın tedavi yöntemleridir. Sağlık alanında, dahili ve cerrahi uzmanlıklar ile eklemler olarak hizmet veren klinik odaklı sosyal hizmetin önemli bir alanı da kardiyovasküler hastalıklardır. Kardiyolojik tedaviler, hasta ve hasta yakınlarının psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu, yüksek hayati risk içeren işlemlerdir. Kardiyolojik tedavi süreçlerinde mortalite ve morbidite risk oranlarının yüksek olması sebebiyle,

hastanın ve ailesinin baş etme becerilerinin, taburculuk sonrası tedavi rejimlerine uyumlanma kapasitesinin, negatif yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, kamu sağlık sigortası yararlanıcılarının teşhislerine bakıldığında, en yaygın 10 teşhisin diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği, osteoartroz ve benzeri bozukluklar, serebrovasküler hastalık, kronik deri ülserleri, kronik hava yolu tıkanıklığı, kronik iskemik kalp hastalığı, kardiyak aritmiler ve genel semptomlar olduğu görülmüştür. Bu nedenle, çoğunlukla ileri yaş döneminde olan hastaların, genellikle diyabet, hipertansiyon veya kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalığın akut epizodu nedeniyle hastanelere başvurduğu ve hastalıklarını şiddetlendiren, birden fazla disiplinin uzmanlığını gerektiren psikososyal sorunların da olduğu gözlemlenmiştir (Berkman, vd. 2003: 76).

Kardiyoloji alanında, kardiyak rehabilitasyon gerektiren hastaları belirlemeye ilişkin mevcut tarama yöntemlerinin, psikososyal destek ihtiyacını tanımlamadığı görülmektedir (Berkman vd., 1990: 64).

Kalp hastalarının tedavi süresince ve sonrasında, fiziksel ve mental uyumunu arttırma amacıyla uygulanan kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinde ideal olarak nöroloji hekimleri, rehabilitasyon hemşireleri, mesleki terapi uzmanları, konuşma ve dil terapistleri olmak üzere, multidisipliner bir ekip görev yapmaktadır. Süreçte önemli bir rol oynayan sağlık profesyonelleri arasında ayrıca sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri bulunmaktadır (Winstein vd., 2016: 103).

Kapsamlı kardiyak rehabilitasyon uygulamasının, klinik değerlendirme, farmakoterapi optimizasyonu, beden eğitimi, psikolojik rehabilitasyon, koroner hastalık risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve azaltılması, yaşam tarzı değişikliği ve hasta eğitimi aşamalarını kapsamaması gerektiği vurgulanmaktadır. Kardiyak hastaların taburculuk sonrası yeniden yaşama uyumlanma süreci, geçiş dönemini etkileyebilecek psikososyal sorunları değerlendirebilen rehabilitasyon hemşireliği ve sosyal hizmet uzmanlarını içeren bir ekip tarafından planlanmaktadır (Winstein vd., 2016: 102).

Kardiyak rehabilitasyon alanında, metinde vurgulandığı gibi klinik müdahaleyi içeren spesifik bir sosyal hizmet müdahale modeli bulunmamaktadır. Örneğin, kap

krizi vakalarında kriz yönetimi ve travmatik öykü sonrası psikososyal danışmanlığa ihtiyaç duyulduğu açıktır. Yapılan çalışmalarda, miyokard enfarktüsünün akut fazından hemen sonra belirlenen ekip (hekim, fizyoterapist, hemşire, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı) tarafından ele alınması gerektiği ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal durumu optimize etmek için tasarlanmış kişiselleştirilmiş programlar içermesi gerektiği belirtilmektedir (Piotrowicz vd., 2008: 481).

Benzer bir çalışma, kardiyovasküler hastalıklar kapsamında da yer alan inme rehabilitasyonu üzerine yapılmıştır. Vakada, depresyon, yeniden yaşama uyumlanama, özerklik kaybı, işlevsel bağımsızlığın azalması gibi sorunların ortaya çıktığı, interdisipliner müdahale ekibi içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının da yer alması gerektiği vurgulanmıştır. Ancak ülkemizde sosyal hizmetin klinik tasarımı henüz sağlık alanına akredite olamamış ve kardiyak uygulama modeli akut ve süregen vakalar için dizayn edilememiştir.

Kalp hastalıklarının tedavisi, hastalar ve sosyal çevreleri arasındaki uyumsal denge veya adaptasyonu içeren önemli bir yaşam geçişini temsil etmektedir. Kardiyak semptomlar stresle şiddetlenebileceğinden, bu adaptasyon sürecinde hastanın stres düzeyine katkıda bulunan fizyolojik, psikolojik veya sosyal herhangi bir faktör iyileşmeyi engelleyebilecek risk faktörlerini oluşturmaktadır. Araştırmacılar, kalp hastalarının başarılı bir şekilde iyileşmesinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel tepkilerin benzersiz etkileşimini fark etmişlerdir (Berkman vd., 1990: 65).

Nitekim, bu tür risk faktörlerinin belirlenmesi, sosyal hizmet müdahalesi ihtiyacının öngörüsünü oluşturmaktadır. Alan yazında, tersiyer ve referans merkezleri dahil olmak üzere kardiyolojik takipli ve girişimsel kardiyolojik işlem uygulanmış hasta ve hasta yakınlarına yönelik klinik odaklı sosyal hizmet desteğinin sağlanması ile ilgili spesifik bir modele rastlanmamıştır.

2.3.2.1. Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarında Kullanılan Teorik Çerçeve

Klinik kardiyak sosyal hizmet uygulamalarında kullanılan teorik çerçeve, hasta ve ailelerin öznel ihtiyaç ve tercihlerine bağlı olmaktadır. Klinik kardiyak sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmetin eklektik bilgisi, psikoterapi kuramları ve uygulamadan yararlanarak, hasta ve ailelerin fiziksel, psikolojik ve sosyal

ihtiyaçlarını ele alan hasta merkezli ve etkili müdahaleler sağlayabilmektedir. Psikoterapi odaklı kuramsal çerçeve aşağıda bulunan Tablo 2.2’de verilmiştir.

Tablo 2.2: *Klinik Odaklı Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamaları Teorik Perspektifi*

Kuramsal Bilgi	Kardiyak Sosyal Hizmet Alanında Uygulama Perspektifi
Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım	<p>Bilişsel davranışçı yaklaşım olumsuz düşünce ve davranışları tanımlamaya ve bunlarla mücadele etmeye odaklanmaktadır. Bireylerin başa çıkma stratejileri geliştirmelerine, stresi yönetmelerine ve kalp rahatsızlıklarıyla ilgili sağlıklı davranışları değiştirmelerine yardımcı olur. Burada, hasta ile iş birliği kurma ve tedavi hedeflerini birlikte belirlemek esastır (Freeman ve Ronen, 2006: 20).</p> <p>Tedavi sürecindeki irrasyonel korkular ve felaketleştirme senaryolarına ilişkin bilişsel çarpıtmalar tanımlanır. Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, düşünce yapısını ve davranış paternlerini yeniden yapılandırma üzerine odaklanır. Burada, kanıtları incelemek, yeniden çerçevelemek ve daha uyumlu ve rasyonel düşünme kalıpları geliştirmek üzerine bir metodoloji geliştirilebilir. Olumsuz veya irrasyonel düşüncelere meydan okuyarak ve bunları değiştirerek, danışanlar daha iyi bir duygusal esenlik kazanabilir ve davranış değişikliği yaşayabilirler. Bilişsel davranışçı yaklaşım, baş etme sistemi üzerine kurgulanan bir beceri eğitimini de benimsemektedir (Cohen vd., 2012: 529).</p>

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım	<p>Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, problem çözme becerileri, stres yönetimi teknikleri, atılganlık eğitimi ve gevşeme egzersizleri gibi müdahaleler ile danışanların strateji geliştirmelerine rehberlik edebilmektedir. Bu beceriler, danışanların duygularını regüle etme, stresörlerle baş etme ve zorlu durumlarda yol almalarında destekleyici olabilir. Bilişsel davranışçı yaklaşım, bireysel seanslar dışında, tedavi etkinliğini arttırmak amacıyla ev ödevi uygulamalarına da yer verir (Dozois, 2010: 159).</p> <p>Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, bireysel seanslarda geliştirilen düşünce ve davranış değişikliklerini pekiştirmek, gevşeme egzersizleri ile rahatlamayı sağlamak amacıyla ev ödevi tekniğini kullanabilir. Düzenli uygulama, yeni becerilerin günlük yaşama entegrasyonunu geliştirebilir. Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, terapötik ilişki süresince, sürekli olarak müdahalenin etkililiğini değerlendirir ve tedavi stratejilerini revize eder. Süreç başında belirlenen hedefler dahilinde ilerlemeyi izlemek, engelleri belirlemek ve sonuçları optimize etmek için gerekli değişiklikleri yapmak üzere danışan ile iş birliği yapılabilir.</p>
Psikodinamik Yaklaşım	<p>Psikodinamik yaklaşım, sorun odağına katkıda bulunabilecek bilinçdışı düşünce ve duyguları keşfetmeye odaklanmaktadır (Busch, 2021: 23). Kardiyolojik tanı alan hasta grubunda, yas, kayıp ve travma ile ilgili konuların ele alınmasında psikodinamik yaklaşımın efektif olacağı düşünülmektedir. Terapötik ilişki, psikodinamik uygulamanın esaslarından biri olarak tanımlanmaktadır (Longhofer, 2015:180). Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, mortalite oranı yüksek olan bu hasta grubunun duygularını, deneyimlerini ve ilişkilerini keşfetme, ifade etme konusunda kendilerini güvende hissettikleri destekleyici ve empatik bir ortam sağlamalıdır. Terapötik ilişkinin kendisi sağaltım için instrumental olarak kullanılabilir.</p>

Psikodinamik Yaklaşım	<p>Uygulayıcılar, hastaların duygu ifadelerine odaklanır ve tedaviye uyumlanmanın önündeki engeller veya kaçınma durumunu değerlendirirler. Hastaların duygu, düşünce ve davranışları arasındaki geçişleri tanımlamaya çalışırlar. Özellikle, kardiyak hasta grubunun sosyal çevresi ile ilişkileri değerlendirilirken, hastanın geçmiş ilişkilene pratikleri ve kişiler arası ilişkilerine dair deneyimlerine odaklanılır. Hastaların arzuları, kendileri ile ilgili gelecek kurguları irdelenir (Blagys, 2006: 167).</p>
Destekleyici Yaklaşım	<p>Destekleyici yaklaşım, bireylerin kalp rahatsızlıklarıyla ilgili duygularını, korkularını ve endişelerini özgürce ifade edebilecekleri güvenli ve yargılayıcı olmayan bir alan oluşturmaya çalışır. Buradaki amaç, duygusal işleme yardımcı olmaktır (Hellerstein, 1994:300).</p> <p>Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, hastayı kaygı, üzüntü, keder veya hayal kırıklığı gibi duygularını keşfetmeye teşvik etmeli ve duygusal tepkilerini anlamlandırmalarına yardımcı olmalıdır. Destekleyici yaklaşım, karşılaşılan duygusal ve psikolojik zorlukları hastanın kabul etmesi, baş etmeye ilişkin yeni yaşam deneyimleri oluşturmasını hedefler.</p>
Destekleyici Yaklaşım	<p>Destekleyici yaklaşımda terapötik ittifak önemli bir unsurdur (Mish, 2006:255). Terapötik ittifak oluşturan uygulayıcılar, hastaların güçlü yanlarını belirlemelerine ve kalp rahatsızlıklarının duygusal etkilerini etkili bir şekilde yönetmeleri için olumlu bir düşünme sistematığı geliştirmelerine yardımcı olabilir. Hasta ile terapötik ittifak oluşturan uygulayıcılar, hastaların ihtiyaçları ve değerleri ile uyumlu gerçekçi hedefler oluşturmaya odaklanır. Bu hedefler, kardiyolojik tanı sonrasında duygusal esenliğe, semptomların kendi kendine yönetimine, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine veya ilişkilerin geliştirilmesine ilişkin planlamalar olabilir.</p>

<p style="text-align: center;">Narrative Yaklaşım</p>	<p>Narrative yaklaşım, hastaların kimliğini ve yaşam deneyimlerini anlaması ve şekillendirmesindeki kişisel hikayelere odaklanır (White vd, 2017: 189). Yaklaşımına göre, hasta kendisi sorun değildir, sorun yaşadığı öykü ile ilgilidir. Uygulayıcılar, sorunun dışsallaştırılarak yeniden hikayeleştirilmesini, yeniden çerçevelendirilmesini sağlamalıdır (Allen ve Spitzer, 2015: 86).</p> <p>Narrative yaklaşım, hastaların kendilerini tanı ile etiketlenmiş bir süreçte görmek yerine, durumu ele alıp üzerinde çalışabilecekleri ayrı bir varlık veya problem olarak görmelerini sağlar. Yaklaşımına göre, kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra dış gözlemci olarak süreçte yer alabilir. Uygulayıcılar, hasta öykülerini dışsallaştırmayı teşvik eder ve ileri düzey empati ile sürece dış tanık olarak katılır. Hasta deneyimlerinin hikayeleştirilme süreci, hastaların destek, duyulma ve anlaşılma duygusunu tatmin edebilir. Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarında kullanılan narrative metodolojide kültürel bağlamın, bireysel hikayeleri şekillendirmedeki etkisi mutlaka araştırılmalıdır. Kardiyolojik tanıli hastalıkların mortalite ve morbidite riskleri sebebiyle yaşadığımız toplumda birçok yanlış yorumlama ve iyileşmeye yönelik ön yargı mevcuttur. Uygulayıcılar, toplumsal normların, inançların ve değerlerin, bireylerin kalp hastalıklarına ilişkin anlatıları üzerindeki etkisini göz önünde bulundurarak çalışabilir.</p>
<p style="text-align: center;">Kabul ve Kararlılık Yaklaşımı</p>	<p>Kabul ve kararlılık yaklaşımı, kardiyovasküler hastalıklarla ilgili problemlerle uğraşan bireyler için faydalı olabilecek terapötik bir yaklaşımdır. Yaklaşım, zor düşünce ve duyguları kabul etmeye ve aynı zamanda anlamlı bir yaşam için kararlı adımlar atmaya odaklanır (Blackledge, 2009: 298). Kabul ve kararlılık yaklaşımına ilişkin müdahaleler, yaşam kalitesini iyileştirme ve psikolojik esnekliği artırma gibi yöntemler aracılığıyla, kaygı, duygusal rahatsızlıklar, fiziksel ağrı ve travmatik tepkiler gibi semptomlarda rahatlatıcı bir yöntem olarak kullanılabilir (Fashler, 2018: 230).</p>

Kabul ve Kararlılık Yaklaşımı	<p>Yaklaşım, kardiyovasküler tanıyla ilgili düşünceler, duygular ve somatik duyular dahil olmak üzere içsel deneyimlerin kabul edilmesini vurgular. Bu deneyimleri kontrol etmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmak yerine, bireyler yargılamadan veya direnç geliştirmeden onları kabul etmeye teşvik edilir. Bu kabul, bireylerin içsel deneyimleriyle daha şefkatli ve mücadeleci olmayan bir ilişki geliştirmelerini sağlar.</p> <p>Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, bireylerin kardiyovasküler hastalıkla ilgili mevcut durumu kabul etmesi ve yeni yaşam koşulları ile tatmin edici bir hayata doğru ilerlemeleri konusunda destekleyici çalışmalar yürütebilir. Uygulayıcılar, değişen koşullar ile ilgili psikolojik esnekliği arttırmaya çalışır. Kabul ve kararlılık yaklaşımı, kardiyovasküler hastalık tanısı olan bireyler için işlevsel bir yaklaşımdır. Uygulayıcılar, hastaların düşünce ve duygularına karşı daha kabul edici ve dikkatli bir duruş geliştirmelerine yardımcı olurken aynı zamanda anlamlı bir yaşam sürmelerine rehberlik eder.</p>
Aile Sistemleri Yaklaşımı	<p>Aile sistemleri yaklaşımı, sistemik, davranışçı, stratejik, yapısal, anlatsal, psiko-eğitimsel metodoloji başta olmak üzere farklı kuramsal çerçeveler ile sunulabilir. Aile, bir yaşam döngüsü olan ve homeostatik eğilimler, hiyerarşiler, sınırlar, belirli üyeler arasındaki açık ve gizli çatışmalar ve koalisyonlar gibi çeşitli özelliklere sahip bir sistem olarak görülmektedir (Asen, 2002: 232).</p> <p>Kardiyovasküler hastalıklara ilişkin tanı ve tedaviler, sadece kişileri değil ailesi ve çevresini de etkilemektedir. Hastalık ile birlikte gelen ölüm de dahil olmak üzere yaşamsal risklerin tamamı, hasta ve aile üyelerinde kaygıyı arttırmaktadır. Aile sistemleri yaklaşımına göre, kronik hastalıklarda, hasta ve ailesine sistemsel bir bakış açısıyla yaklaşmak faydalı olacaktır. Hasta ve aile üyelerine ilişkin, olumsuz duyguların yeniden düzenlenmesi, genel duygusal refahın artırılması, evlilik ve çift işleyişinin güçlendirilmesi, hastalığa uyum sürecinde aile stresinin doğru yönetilmesi gerekmektedir.</p>

<p style="text-align: center;">Aile Sistemleri Yaklaşımı</p>	<p>Aile sistemleri yaklaşımı, tanı ve tedavi sürecinde ailenin dengesinde yaşanan majör farklılaşma üzerine odaklanır (Hodgson, 2012: 265).</p> <p>Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, sistem perspektifini kullanarak, tedavi sürecinde hastanın aile üyeleri ile çalışabilir. Aile sisteminin nasıl işlediği, üyelerin tedavi sürecine verdikleri tepkiler, üyelerin aile içerisindeki bağları değerlendirilebilir. Kalp hastalıklarının, aile dinamiklerini ve ilişkiselliği nasıl etkilediği incelenebilir. Bu bağlamda, aile sisteminin tanımlanmasının ardından, uygulayıcı aile üyelerinin tanı ve tedavi ile ilgili duygu ve deneyimlerini ifade etmeleri için açık ve yapıcı iletişimi güçlendirebilir. Aile üyelerine, kardiyolojik tanı ve tedavi sürecindeki değişimler ile ilgili sağlık ekibiyle birlikte psiko eğitim verebilir. Uygulayıcılar, aile üyelerinin bireyin iyileşme sürecindeki etkilerini ve destekleyici davranışlarını tespit ederek, tedavide aile etkinliğini arttırmayı amaçlar.</p> <p>Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, aile üyelerinin kalp hastalığıyla ilişkili zorlukları etkin bir şekilde yönetmeleri için uyumlanma ve baş etme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir. Aile sistemleri yaklaşımı, ailenin tedavi sürecinde karşılaşılan krizleri yönetmesi açısından danışmanlık sunar. Uygulayıcılar, ailelerin mevcut seçenekleri belirlemesine ve değerlendirmesine, bilinçli kararlar vermesine ve eylem planları geliştirmesine yardımcı olabilir.</p>
<p style="text-align: center;">Kısa Süreli Çözüm Odaklı Yaklaşım</p>	<p>Kısa süreli çözüm odaklı yaklaşım, bireyin içsel güçlü yönleri üzerine odaklanır. Hastanın, güçlü yönleri ile yeniden keşfettiği yapabilirlik enerjisine vurgu yapar. Problem çözme konusunda, hastanın yetenekleri üzerinden çalışmanın önemini aktarır (Walsh, 2017, 332). Yaklaşım, sorunun üzerine odaklanmak yerine kişilerin çözüm becerilerini fark etmesini sağlar. Yaklaşım, bireylerin halihazırda sahip olduğu çözümleri, güçlü yanları ve kaynakları belirlemeye ve geliştirmeye çalışır. (Redpath, 1999: 120).</p>

Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarında, hastaların tedavi sürecine adaptasyonunu güçlendirmek ve kalp hastalığı tanısına ilişkin karşılaştıkları sorunları kişinin kendi deneyimlerinden güç alarak çözümleyebilmesi sağlamak amacıyla, kısa süreli çözüm odaklı yaklaşımı kullanabilir. Burada önemli olan hususlar, mevcut durum ve gelecek kurgusu ile ilgili gerçekçi hedeflerin belirlenmesi, sorunun olmadığı zamanlardaki istisnaların motive edici gücünü keşfederek, geçmişte işe yarayan çözüm stratejilerinin keşfedilmesidir.

Kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonraki süreçte hastalar, fiziksel ve emosyonel güç kaybı yaşamaktadır. Ölüm ve engellilik durumuna ilişkin kaygı geliştiren bireyler, içinde buldukları durumda, duygularını ve düşüncelerini ifade etmede güçlük yaşayabilir. Bu noktada, kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, tarif edilen durum veya duygu için yaklaşımda yer alan ölçeklendirme sorularını kullanabilir. Hastaların, mevcut durumlarını veya ilerlemelerini 0'dan 10'a kadar bir ölçekte derecelendirmeleri istenebilir. Bu ölçeklendirme, hastaların şimdi ve burada, anın akışında nerede durduklarını değerlendirmelerine, olumlu değişime yönelik kısa vadeli hedefleri belirlemelerine ve çözümle ilgili gelişimlerini takip etmelerine yardımcı olur.

Uygulayıcılar, hastaların, gelecek yaşam ile ilgili beklentilerini tanımlamasını sağlayarak, kendi çözümleri ile gelecek kurgusuna giden yöntemi belirlemeyi ve tedavi sonrasında yaşama entegrasyonu güçlendirmeyi hedefleyebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmada kullanılan karma metodolojiye ilişkin kavramlar, araştırmanın çalışma grubu, veri toplama ve analiz etme araçlarına dair bilgiler paylaşılmıştır.

Araştırmanın, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniği'nde yapılması planlanmış, 21.05.2021 tarihli (Ek- 1) olarak Ana Bilim Dalı Başkanlığından ön onay talep edilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığının 04.06.2021 tarihli ve 291 sayılı cevabi yazısında (Ek – 2), araştırmanın yapılması için onayın verildiği, etik kurul onayının teslim edilmesinin akabinde araştırmanın başlatılabileceği iletilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 27.11.2021 tarihli ve 80814 sayılı karar ile çalışmanın Etik Kurul onayı verilmiştir. (Ek- 3)

3.1. Araştırma Deseni Olarak Karma Yöntemler

Karma yöntemli bir çalışma, araştırmacının hem nitel hem de nicel veri toplama ve analiz yöntemlerini tek bir çalışmada birleştirdiği bir araştırmadır. Bu tür bir çalışma, araştırmacının karmaşık olguları niteliksel olarak anlamasına ve olguları sayılar, çizelgeler ve temel istatistiksel analizler aracılığıyla açıklamasına olanak tanımaktadır (Creswell, 1999: 455).

Karma yöntem araştırması, nicel ve nitel araştırmanın iki farklı "kolunu" bildirmekten daha fazlasıdır. Bu çalışmalar aynı zamanda nicel ve nitel metotlar arasında adeta yeni tasarımlı bir kol oluşturacak biçimde entegre edilmeli, birbirine bağlanmalıdır. Beklenti, çalışmanın sonunda, incelenen olgunun daha iyi anlaşılmasını sağlamak için iki koldan toplanan sonuçların birleştirilmesidir. Bütünleştirme, bir tür sonucu diğeriyle karşılaştırma, üzerine inşa etme veya paralel biçimde yerleştirme şeklinde olabilir (Creswell ve Tashakkori, 2007: 109).

Genel olarak, en temel düzeyde, nicel araştırmanın sayısal verilerin toplanmasını ve analizini içerdiği, nitel araştırmanın ise öyküsel veya deneyimsel verileri analiz

ettiği varsayılmaktadır. Karma yöntem araştırması terimi, genel olarak hem nitel hem de nicel verileri tek bir çalışmada eklemleyen araştırmayı ifade etmek için kullanılmıştır. Karma model, araştırma probleminin eksiksiz bir açıklamasını üretmek için, nicel ve nitel unsurların birbirine bağlandığı süreci ifade etmektedir. Nicel ve nitel verinin, araştırmanın problemine aranan cevapların haritasına göre entegre olması önem taşımaktadır. Bu nedenle karma yöntem araştırması, çoklu yöntem araştırmasından kendi formuyla ayrılır. Karma yöntem araştırmasının nitel ve nicel araştırmayı tek bir çalışmada birleştirdiği durumlarda, çok yönlü araştırma aynı paradigmadan iki yöntem kullanarak veri toplamayı içerir (Halcomb, 2015:3).

Bir karma yöntem çalışmasını dönüştürücü çerçeve içinde en iyi şekilde konumlandırmak için, yazarların çalışmanın giriş bölümlerinde karma yöntemi kullandıklarını aktarmaları önerilmektedir. Çünkü karma yöntem, dönüştürücü araştırmacının yalnızca bir sorunu tanımlamakla yetinmemesi, bu sorunların nasıl aşılabileceğine dair çözümler önermesi gerektiği anlamına gelmektedir (Sweetman, Badiee, & Creswell, 2010: 452).

Bir araştırmayı yürütmek için karma yöntem tasarımı kullanmanın birkaç nedeni bulunmaktadır. Genel olarak, bir çalışmada hem nicel hem de nitel veriler olduğunda bir karma yöntem çalışması yürütülebilmektedir. Karma çalışmadan çıkan veriler, araştırma probleminin netliğini güçlendirmektedir. Bir çalışmada alternatif bakış açıları sağlanmak istendiğinde karma yöntemler kullanılabilir. Bir örnek verilecek olursa, deneyin sonuçları hakkında yararlı bilgiler sağladığı bir çalışmada, çalışmaya nitel verilerin dahil edilmesinin, deneysel müdahalenin gerçekte nasıl faaliyet gösterdiğine ilişkin daha derin bir anlayış geliştirdiği söylenebilir. Başka bir örnek, bir politika yapıcının bir konu hakkında hem istatistikler hem de oy verenlerin siyasi tercihlerine dair hikayelerini, öznel değerlendirmelerini istemesi, karma modellere duyulan ihtiyacı örnekleyebilir. Karma model tasarımı, bir sorunla ilgili hem genel eğilimleri hem de ayrıntıları ortaya koymaktadır. Karma yöntem çalışmaları, literatürde giderek daha fazla yayınlanmaktadır (Creswell, 2015: 53).

Birden fazla veri toplama yönteminin kullanılması, en eski sosyal bilim araştırmalarına kadar uzanmaktadır. Bununla birlikte, çoklu veri toplama yöntemlerini gündeme getiren, Campbell ve Fiske'nin (1959) psikolojik özelliklerin

doğrulanmasına ilişkin çalışması olmuştur. Çalışmalarında yer verdikleri, çok amaçlı-çoklu yöntem matrisi, yöntemlerin eksik yönlerini ortadan kaldırmak için karma araştırma dizaynı ile tasarlanmıştır. Açıklamasında, ölçek puanlarındaki bireysel varyasyonları ölçmek için kullanılan yöntemden ziyade kişilik özelliğinin kendisine atfetmeye izin verdikleri nitel verilerin, çalışma yöntemlerini ararken karma araştırmayı ortaya çıkardığını aktarmışlardır. Araştırmacılar öncelikle birden çok nicel veri toplamaya odaklanmıştır. Ancak sonrasında, verilerin öznel niteliğine, ölçümden daha çok ifadelerin içeriğine de bakmışlardır.

Nicel ve nitel metodolojisinin senkronize olarak birlikte kullanımının artmasıyla, ölçme araçlarının kullanımı dengelemek amacıyla yeni bir yonteme ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir. Bir adım daha ileri götürüldüğünde, askeri denizcilik biliminden ödünç alınan ve bir nesnenin kesin konumunu belirlemek için çoklu referans noktalarının kullanımını ifade eden nirengi terimi, daha sonra nicel ve nitel verilerin tamamlayıcı olabileceğini önermek için kullanılmıştır. Zamanla, karma yöntem araştırmaları uygulanabilir bir alternatif araştırma yöntemi olarak gelişmiştir. İki önemli sorun, paradigma-yöntem uyumu sorunu ve en iyi paradigma sorunu, karma yöntem araştırmasının felsefi temeline ilişkin önemli tartışmalara ilham vermiştir. Paradigma ve yöntemin uyumu ile ilgili tartışmalar, "*Felsefi paradigmalar ve araştırma yöntemlerinin birbirini bütünlemesi gerekiyor mu?*" sorusu üzerinden yapılmıştır. Bu sorgulama, araştırmacılar arasında ikiliğe yol açmıştır. Örneğin bazı araştırmacılar, post pozitivist bir felsefi paradigmanın veya dünya görüşünün yalnızca nicel yöntemlerle birleştirilebileceğini ve natüralist bir dünya görüşünün yalnızca nitel yöntemlerle birleştirilebileceğini savunmuştur. Bu konu karma metodolojide paradigma tartışması olarak anılmıştır. Güncel durumda, karma araştırma metodolojisi, nicel bulguların temsiliyeti ve genellenebilirliğinden, nitel bulguların ise derinlemesine ve bağlamsal doğasından yararlanan bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Hanson, Creswell, 2005: 225). Creswell (2014) tarafından paradigma tartışmalarına ilişkin sınıflama yapılmıştır. Post-pozitivist paradigmada, odağı belirleme, indirgeme ve daraltma, ampirik gözlem ve ölçüm, teori doğrulama yer almıştır. Dönüştürücü paradigmada, politik temsil, güç ve adalet odaklı perspektif, katılımcı ile işbirlikçi yaklaşım, değişim odaklı bakış açısına ağırlık verilmiştir. Konstrüktivist paradigmada, anlam, çoklu katılımcının datalarının analizinden oluşan anlam bütünlüğü ve araştırma çıktısı olarak teori

üretimi üzerine odaklanılmıştır. Pragmatist paradigmada ise eylemlerin sonuçlarının analiz edilmesi, sorun merkezli tespit yapılması, çoğulcu katılımın sağlanması, yaşam pratiklerinden şekillenen tekniklerin kullanması benimsenmiştir (Creswell, 2014: 6).

Karma araştırma metodolojisi, paradigma tartışmaları ile birlikte nesnel ve öznel bilgiye değer vermek gibi birçok farklı düşünme pratiğinden beslenmektedir. Karma metodolojinin temellendirmesi konusunda, kuramcılar arasında yalın bakış açısına sahip olanlarla, durumsal perspektiften bakanlar ve pragmatistler arasında bir ayrışma yaşanmıştır. Yalın bakış açısına sahip olanlar, nicel ve nitel yöntemlerin araştırmayla ilgili farklı özellikleri birleştiren ancak birbirini dışlayan, epistemolojik ve ontolojik varsayımlardan türetildiğine dair tez geliştirmiştir. Durumsal bakış açısına sahip kuramcılar, diyalektik perspektife benzer şekilde her iki yöntemin de değerli olduğuna; ancak belirli yöntemlerin belirli koşullar altında daha uygun olduğuna dair görüş bildirmiştir. Pragmatistler ise aksine, koşullar ne olursa olsun, her iki yöntemin de tek bir çalışmada kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Pek çok karma yöntem araştırmacısı için pragmatizm, karma yöntem araştırması için en iyi paradigmanın ne olduğu sorusunun yanıtı haline gelmiştir. Karma yöntem araştırmacıları, pragmatizmin karma yöntemlerde geçerli en iyi felsefi temeli oluşturduğunu ifade etmiştir (Hanson, Creswell, 2005: 227).

3.1.1. Uygulama Alanına Göre Karma Metodoloji Türleri

Son yıllarda araştırmacılar, karma yöntem araştırması yürütme nedenlerini genişletmiştir. Karma yöntem araştırmalarını, uygulama alanına göre aşağıdaki amaçlar ile kullanmışlardır:

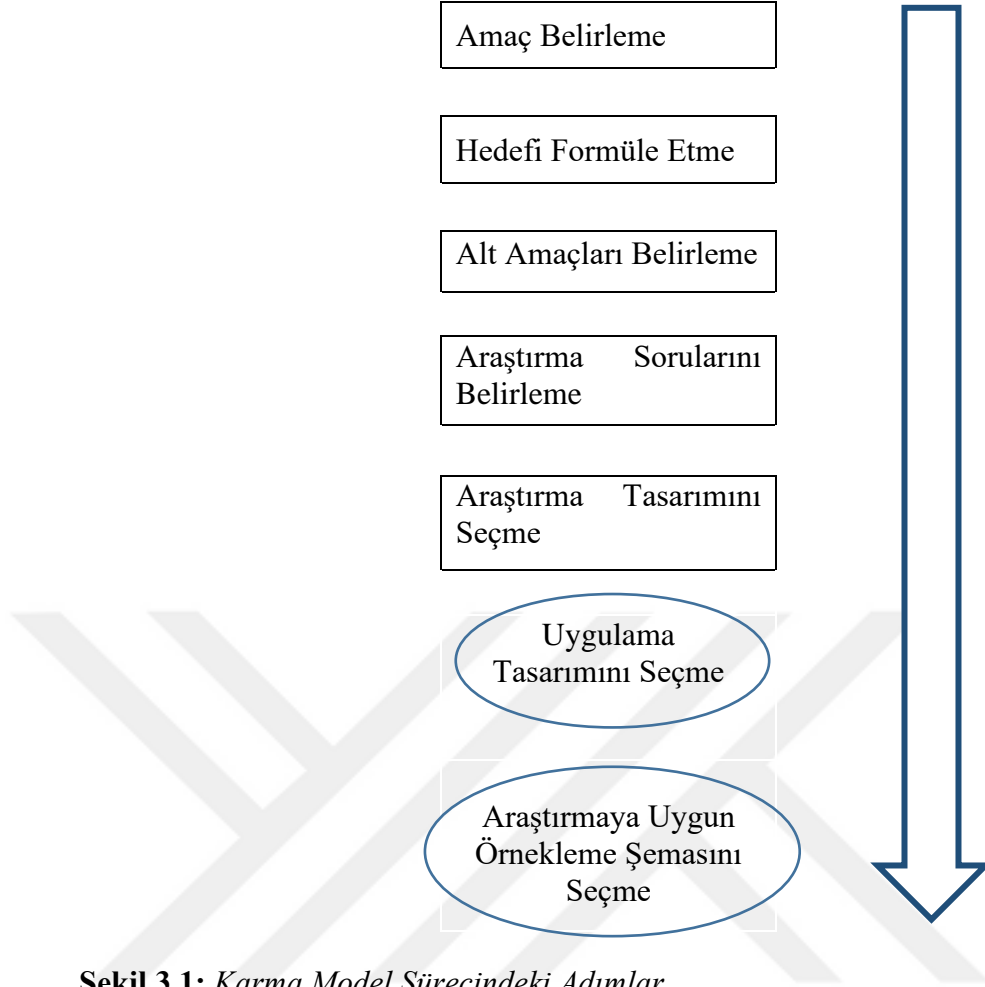
- Nicel verilerden sayısal eğilimleri ve nitel verilerden belirli ayrıntıları birleştirerek araştırma problemini daha iyi anlamak,
- Mevcut araçların kullanımı veya yenilerinin geliştirilmesi yoluyla sonradan ölçülebilecek değişkenleri/yapıları belirlemek,
- Nicel yöntemle elde edilen verileri nitel yöntemle zenginleştirmek,
- Marjinalize edilmiş veya yeterince temsil edilmemiş bireylerin veya birey gruplarının ihtiyaçlarını iletme (Hanson, Creswell, 2005:226).

Karma yöntem yaklaşımıyla ilişkili stratejiler, uygulama alanına göre farklılık göstermektedir. Veri kaynaklarının çeşitlendirilmesiyle, nitel ve nicel yöntemler

arasında bağlantı aramak için bir araç olarak karma yöntem doğmuştur. Orijinal nirengi kavramından, farklı veri türlerini karıştırmak için ek nedenler ortaya çıkmıştır. Örneğin, bir yöntemin sonuçları diğer yöntemi iyileştirmeye yardımcı olabilir. Alternatif olarak, farklı analiz düzeyleri veya birimleri hakkında bilgi sağlamak için bir yöntem başka bir yöntemin içine yerleştirilebilir. Bunlara ek olarak karma yöntemler, incinebilir veya marjinalize edilmiş grupları anlamak ve savunmak için daha büyük, dönüştürücü bir amaca hizmet edebilir. Karma metodoloji araştırma yöntemlerine eklendiğinde, araştırmacılar karma yöntem araştırma stratejileri için prosedürler geliştirmeye ve çoklu yöntem, yakınsama, entegre ve birleştirme gibi literatürde bulunan çok sayıda terimi alıp biçimlendirmeye yönelmiştir. Karma metodolojinin heterojenik yapısında farklı varyasyonlar bulunmaktadır. Creswell'e göre karma metodoloji türlerin ayrışmasına dair varsayımlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırmacının bir yöntemin bulgularını başka bir yöntemle detaylandırmaya veya genişletmeye çalıştığı sıralı prosedürler, bir karma araştırma türüdür.
 - Bu, keşif amacıyla nitel bir yöntemle başlamayı ve ardından araştırmacının sonuçları bir popülasyona genelleyebilmesi için büyük bir örnekleme, nicel bir yöntemle devam etmeyi içerebilir. Alternatif olarak, çalışma, teorilerin veya kavramların test edildiği nicel metodoloji ile başlayarak, içerisinden seçilen kişilerle ile uygulanacak nitel metodoloji ile devam edebilir.
- Araştırma probleminin detaylı bir analizini yapmak için araştırmacının nicel ve nitel verileri birleştirdiği eşzamanlı prosedürler, farklı bir karma araştırma türüdür. Bu tasarımda araştırmacı, çalışma sırasında her iki veri biçimini de aynı anda toplar ve ardından bilgileri genel sonuçların yorumlanmasında birleştirir. Ayrıca, bu tasarımda araştırmacı, farklı soruları veya seviyeleri veya birimleri analiz etmek için bir veri biçimini başka bir büyük veri toplama prosedürünün içine yerleştirebilir (Creswell, 2002:17).

Karma yöntem uygulama süreci doğrusaldır ve yedi farklı adımı içerir. Bu adımlar aşağıda gösterilmektedir. Şablonda, araştırma tasarımının seçiminin, amaç ve hedefler doğrultusunda belirlendiğine yer verilmiştir (Collins, vd. 2006:87).

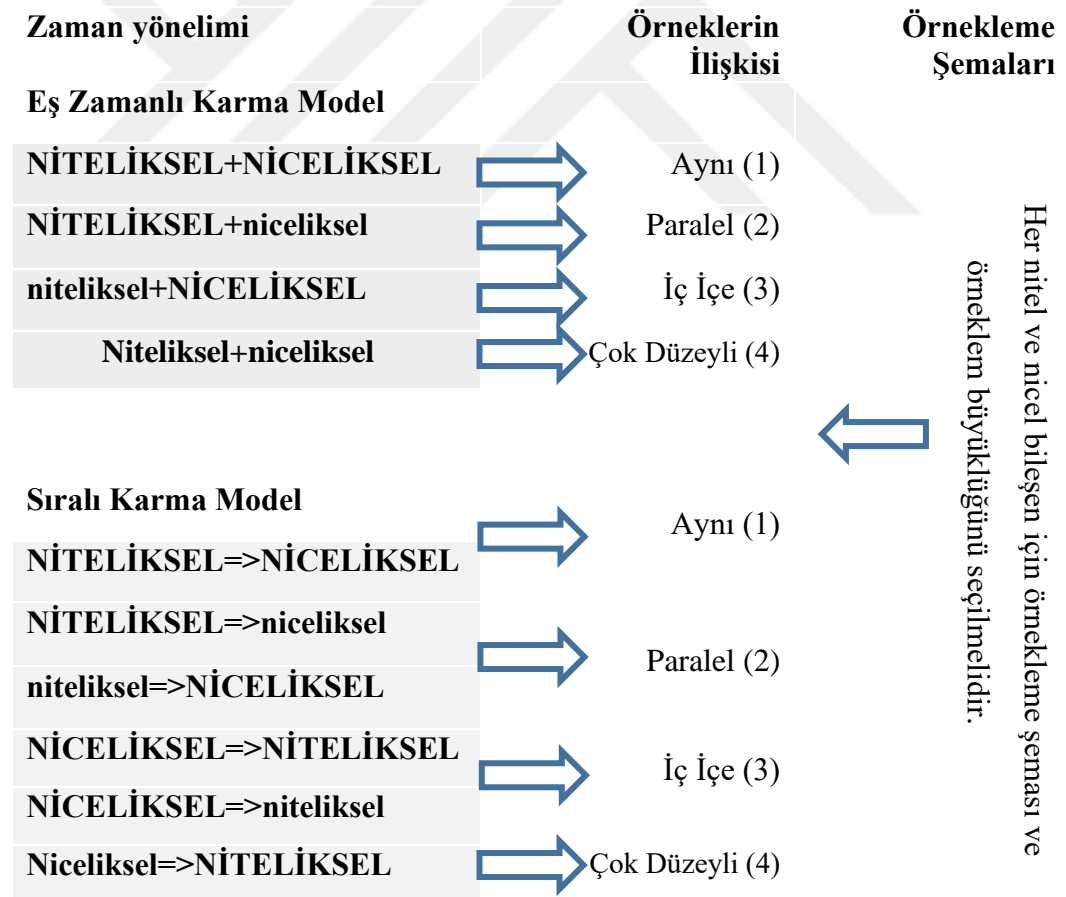


Şekil 3.1: Karma Model Sürecindeki Adımlar

Karma metodolojide, araştırmaya uygun tasarım modeli ve örneklem seçim modeli belirlenerek çalışmaya başlanır. Uygulamada, karma yöntemler, kullanım yeri ve işlevlerine göre türlere ayrılır. Creswell (2014) uygulanacak karma yöntemin türüne karar vermek için aşağıdaki önermeleri sunmuştur:

- Bir veri setinde, nicel ve nitel verileri modüle ederek sağlanan entegrasyon, diğer veri setinin doğruluğunu (geçerliliğini) test etmek amacıyla kullanılabilir.
- Bir veri seti, diğer veri setini açıklama hususunda destekleyici olabilir ve bir veri seti, diğer veri setinden farklı soru türlerinin keşfedilmesini sağlayabilir.
- Ölçme araçları, çalışma alanı için uygun olmadığında, farklı setler kullanılabilir.
- Bir veri seti diğer veri setlerinin üzerine montajlanabilir ve boylamsal bir çalışma sırasında bir veri seti başka bir veri setiyle yer değiştirebilir (Creswell, 2014: 43).

Karma yöntem örneklemesini oluşturan bileşenler aşağıda aktarılmıştır. Bu model, karma yöntem araştırmacılarının en uygun örnekleme tasarımını belirlemelerine ve mevcut literatürdeki karma yöntem çalışmalarını örnekleme stratejilerine göre sınıflandırmalarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Karma yöntem tasarımlarının çoğu, temel unsur olarak zaman oryantasyonu boyutunu kullanmaktadır. Zaman oryantasyonu, çalışmanın nicel ve nitel aşamalarının yaklaşık olarak aynı zamanda- eşzamanlı veya bu iki bileşenin birbiri ardına – sıralı gerçekleşip gerçekleşmediğini ifade etmektedir. Bu nedenle, karma yöntem desenini seçmek için, araştırmacının aşamaları aynı anda mı yoksa sıralı olarak mı yürütmek istediğine karar vermesi gerekmektedir. Sıralı karma model, nitel aşamayı bilgilendirmek için ilk olarak yürütülen nicel aşamayı veya bunun tersini içerebilir. Diğer yöntem olan eşzamanlı bir desen kullanıldığında ise bir aşamadan toplanan veriler, çalışmanın sonunda gerçekleşen veri yorumlama aşamasına kadar diğer aşamada toplanan veriler ile karma hale getirilmektedir (Collins, 2006:88).



Şekil 3.2: Karma Yöntem Örnekleme Tasarımlarının Bir Tipolojisini Sağlayan İki Boyutlu Karma Yöntem Örnekleme Modeli

Açıklama, Şekil 3.2'de, büyük harf ile belirtilen kelimeler, baskın araştırma türünü, küçük harfler ise düşük önceliği veya ağırlığı ifade etmektedir. "NİTELİKSEL" nitel anlamına gelir, "NİCELİKSEL" nicel anlamına gelir. Şekilde, "+" eşzamanlı anlamına gelir, "=>" sıralı karma formu ifade etmektedir (Onwuegbuzie, Collins, 2007: 294).

Mertens (2005: 292) paralel ve ardışık veri toplama biçimlerini ekler ve bunları şöyle tanımlamaktadır:

- Eş Zamanlı / Paralel Form: İki tür verinin toplanıp analiz edildiği eş zamanlı karma yöntem/ model tasarımlarıdır.
- Sıralı Form: Bir veri türü, başka bir tür verinin toplanması için bir temel sağlayan tasarımlardır (Mertens Akt. Cameron, 2009:144).

Tashakkori ve Teddlie'e göre (2008), karma model tasarımları eş zamanlı/paralel ve sıralı hibrit tasarımlar olarak ayrılmaktadır:

- Paralel karma modeller, eşzamanlı veya eş zamanlı tasarımlar olarak da adlandırılır, çalışmanın NİCEL ve NİTEL kolları eş zamanlı olarak çalışır. Yaklaşık olarak aynı zamanda başlar ve biter. NİTEL ve NİCEL aşamaları, aynı temel araştırma sorusunun/sorularının ilgili yönlerini yanıtlamak için planlanır ve uygulanır.
- Sıralı karma modellerde, çalışmanın NİCEL ve NİTEL aşamaları kronolojik sıradadır. Bir zincirin soruları veya prosedürleri bir önceki zincirden kaynaklanır veya ona bağlıdır. NİTEL ve NİCEL aşamaları için araştırma soruları birbiriyle ilişkilidir ve çalışma geliştikçe değişebilir (Tashakkori ve Teddlie, 2008: 125).

Elliot'a göre (2005), karma model kullanan araştırmacıların yazım süreçleri halen tartışılan bir konudur. Çalışmalar daha çok nicel kanıtlar ve nitel raporlar biçiminde ilerlemekte, yöntemlere ilişkin kullanım ağırlığı eşit olmamaktadır. Çalışmaların nicel ve nitel bölümleri birleştirilmesine karşın, yayınlanan raporlarda araştırmaların halen büyük ölçüde bölümlere ayrıldığı görülmektedir. Bu, yazma sürecinde nitel ve nicel sonuçların olabilecekleri kadar tam olarak entegre edilmediği anlamına gelir. Çalışmalarda, kanıta dayalı veri kısmı için araştırmacılar bir yönetim metaforu kullanmamaktadır. Yazarlar, tartışmaya açık bir şekilde, araştırma hesapları boyunca natüralist bir metaforu korurlar ve sunulan kanıta

dayalı analizler basit bir formda çözümlenmiştir. Karma modeller tartışıldığı tüm yönleri ile beraber, bu çalışmaları en çarpıcı kılan şey son derece gerçekçi bir tonda olmalarıdır. Okuyucu, kendi algısı dışında tüm dış gerçeklikle, yani katılımcıların nesnel ve öznel gerçekliği ile karşı karşıyadır (Elliot, 2005:185).

Karma model araştırmaları, bileşenleri, entegre tasarımlarına göre, uygulama alanına göre aşağıda Tablo 3.1’de şematik olarak verilmiştir.

Tablo 3.1: *Karma Yöntem Dizaynı*

Bileşen Tasarımları		Entegre Tasarımlar	
Nirengi Aynı fenomeni yakınsama ve artan geçerlilik yönünde değerlendirmek için farklı yöntemler kullanılır.		Yinelemeli Farklı paradigmalara ilişkili farklı metodolojiler arasında, dinamik ve devam eden etkileşimli ve spiral tip tasarımıdır.	
Tamamlayıcı Baskın yöntem türü, başka bir yöntem türünden elde edilen sonuçlarla geliştirilir veya netleştirilir.		Gömülü / iç içe Yaratıcı bir gerilim çerçevesinde birbirine kenetlenen sorgulama özellikleriyle bir araştırma metodolojisi diğer araştırma metodolojisinin içinde yer alır.	
Genişleme Sorgulama paradigmaları, farklı sorgulama bileşenleri için kullanılan farklı yöntemleri çerçeveler. Sonuçlar yan yana sunulur.		Bütünsel Karmaşık olguları tam olarak anlamak için farklı metodolojilerin gerekliliği vurgulanır.	
		Dönüştürücü Farklı sorgulama geleneklerinin, değer temelli ve eylem odaklı boyutlarına öncelik verir. Birden fazla araştırma odağının daha iyi temsil edilmesi için farklı geleneklerin değer taahhütlerini entegre edilir.	
Tasarım Modeli	Zamanlama	Karma Teknik	Ağırlıklandırma/ Gösterim
Nirengi	Eş zamanlı: aynı anda nicel ve nitel	Yorumlama veya analiz sırasında verileri birleştirilir.	NİCELİKSEL+ NİTELİKSEL
Gömülü	Eşzamanlı ve sıralı	Bir veri türünü kullanarak, diğer veriyi daha büyük bir tasarıma gömerek oluşturulur.	NİTEL veya NİCEL NİCELİKSEL =>niteliksel
Açıklayıcı	Sıralı: Nicel ve ardından nitel	Veriler iki faz arasında bağlanır	NİCEL=> nitel
Keşfedici	Sıralı: Nitel ve ardından nicel	Veriler iki faz arasında bağlanır	NİTEL=>nicel

Kaynak: Creswell Akt. Cameron, 2009:144

Açıklama, Tablo 3.3 'de, büyük harf ile belirtilen kelimeler, baskın araştırma türünü ifade etmektedir. Örneğin, NİCEL=> nitel ifadesinde, sıralı karma modelde yoğun olarak uygulanan metot nicel ve geliştirici metot nitel olarak ifade edilmektedir. Tabloda => işareti sıralı karma formu, + işareti eş zamanlı - paralel karma formu ifade etmektedir.

3.1.2. Karma Metodolojide Örneklem Seçimi

Karma modeller incelenirken, araştırmaların genellenebilir doğasını tartışmak yerinde olacaktır. Nicel araştırmacılar, temsili bir istatistiksel örneklemden elde edilen bulguları ve çıkarımları, örneğin alındığı popülasyona genelleştirmeyi içeren istatistiksel genellemeler yapma eğilimindedir. Buna karşılık, hepsi olmasa da birçok nitel araştırmacı, seçilen vakaların genel yapılaraya nasıl uyduğuna dayalı olarak daha geniş teoriye uygulanan analitik genellemeler yapma eğilimindedir veya vakadan vakaya aktarımı içeren genellemeler yapmaktadırlar. İstatistiksel genellenebilirlik, temsil edilebilirliğe, bir tür evrenselliğe atıfta bulunurken, analitik genellenebilirlik ve vakadan vakaya aktarım, kavramsal güçle ilgili anılmaktadır. Karma araştırmalarda tartışılan bir diğer konu örneklemin seçilme biçimidir. Karma araştırmalarda, örnekleme sınıfı seçimi (rasgele veya rasgele olmayan), ilgilenilen genelleme türüne (istatistiksel ve analitik) dayanmalıdır (Collins, 2006: 85).

Creswell'e göre, karma metodolojide yer alan nitel bölüm için eklenilebilir, geliştirilebilir örneklem tipleri kullanılmalıdır. Nitel araştırma yaklaşımlarının sayısı ve türleri son yıllarda daha fazla görünür ve kullanılabilir hale gelmiştir. Uygulama alanına göre belirlenen nitel araştırma türleri, etnografya, gömülü teori, vaka / durum, anlatı araştırması ve fenomenolojik araştırmalardır (Creswell, 2002: 17).

Nitel ve nicel parametrelerin birleştirme stratejisi, araştırmanın geçerliliği açısından önemli bir yer tutmaktadır. Yöntem bölümünde tartışıldığı üzere, nicel istatistiksel veriler ve nitel öznel aktarımların analizlerinin nasıl eklenileceği, örneklemin seçimiyle birlikte araştırma matrisinin nasıl kurgulandığı, araştırma netliğini belirleyen unsurlardır. Karma araştırmalarda, uygulama prosedürü ve seçim matrisi açıkça tanımlanmalıdır. Bu bağlamda, araştırmacılar hem nitel hem de nicel modelin kullanıma açık olduğunu öne sürdükleri örnekleme şemalarını belirlemişlerdir. Bu örnekleme şemaları duruma göre ayrılmaktadır. Rastgele örnekleme (yani olasılıksal örnekleme) şemaları veya rastgele olmayan örnekleme

(yani olasılıksal olmayan örnekleme) şemaları olarak ayırmaktadır. Bu örnekleme şemaları, geleneksel olarak nitel paradigma (yani, rastgele olmayan örnekleme şemaları) ve tipik olarak nicel paradigma (yani, rastgele örnekleme şemaları) ile ilişkilendirilmiş olan örneklerin seçilmesine yönelik yöntemleri kapsamaktadır.

Aşağıda verilen tabloda, örnekleme şeması türünü (yani, rastgele ve rastgele olmayan) ve araştırma yaklaşımını (nitel ve nicel) anlatan bir matris sunulmaktadır. Bir karma yöntem çalışmasının hem nitel hem de nicel bileşenleri için rastgele örnekleme içeren Tip 1, en az yaygın olanıdır. Nitel bileşenler için rastgele örnekleme ve nicel bileşenler için rastgele olmayan örnekleme içeren Tip 3 nadir kullanılmaktadır. Nitel bileşenler için rastgele olmayan örnekleme ve nicel bileşenler için rastgele örneklemeden oluşan Tip 2, ikinci en yaygın kombinasyondur. Hem nitel hem de nicel çalışmaların büyük çoğunluğunda rastgele olmayan örneklemler kullandığından, Tablo 3.2’de aktarıldığı üzere, Tip 4 karma yöntemli araştırmalarda, hedefine en uygun olan tasarımdır (Onwuegbuzie ve Collins, 2007: 283).

Tablo 3.2: *Araştırma Yaklaşımına Göre Matris Geçişi Örnekleme Şeması Türü*

Niteliksel Bileşen(ler)		-----	
----		Rastgele Örnekleme	Rastgele Olmayan Örnekleme
Rastgele Örnekleme	Nicel Bileşen(ler)	Nadir Kombinasyon (Tip 1)	Ara sıra Kombinasyon Uygulanan Kombinasyon (Tip 2)
Rastgele Olmayan Örnekleme		Çok Nadir Kombinasyon (Tip 3)	Sıklıkla Kullanılan Kombinasyon (Tip 4)

Kaynak: Onwuegbuzie, Collins, 2007: 284

Karma metodoloji üzerine çalışan Teddlie ve Tashakkori'ye göre (2008) ise örneklem belirleme metodolojisinde temel hedef uygulanabilirliktir. Bu bağlamda, olasılıklı örnekleme teknikleri sıklıkla kullanılır. Popülasyonun her bir üyesinin dahil edilme olasılığının belirlenebilir olması için belirli birimlerin veya vakaların rastgele seçilmesini içerir. Aşağıda, temel olasılık örnekleme türleri ve ayrıca çoklu olasılık tekniklerini içeren bir kategorizasyon bulunmaktadır. Rastgele örneklemede, açıkça tanımlanmış bir popülasyondaki her örnekleme birimi, örneğe dahil edilmek için eşit şansa sahiptir. Katmanlı örneklemede, araştırmacı, bir popülasyondaki alt grupları (veya katmanları), her birim tek bir katmana (örneğin, erkek veya kadın sosyal hizmet uzmanları) ait olacak şekilde tanımlar ve ardından bu bilinen katmanlardan birimleri seçer. Küme örneklemede, örnekleme birimi, bir birey değil, mahalleler, hastaneler, okullar veya sınıflar gibi popülasyonda doğal olarak oluşan bir gruptur. Çoklu olasılık tekniklerinde, listede açıklanan olasılık tekniklerinden en az ikisinin bir kombinasyonunu içerir. Olasılık örnekleme, gözlemlerin altında yatan teorik dağılımlara veya en iyi bilineni normal eğri olan örnekleme dağılımlarına dayanır. İlgilenilen bir değişken popülasyonda normal olarak dağılıyorsa, örneklemedeki gözlem sayısı arttıkça bu gözlemlerin dağılımı normal eğriye daha çok benzemeye başlar (Tashakkori ve Teddlie, 2008: 153).

3.2. Araştırma Modeli

Araştırmada karma araştırma metodolojisi kullanılmıştır. Karma metodolojinin kullanımındaki amaç fonksiyonu, nicel ve nitel verinin oluşturacağı araştırma algoritmasının en işlevsel kombinasyonlarını keşfetmek, kombinatoriyal optimizasyonu sağlamaktır.

Cameron'a göre (2009), bir veri türü, başka bir veri türünün toplanması için bir temel sağlar. Karma metodoloji, seçildiği modele göre nicel ve nitel verilerin çözümlenmede oluşturduğu nirengiden beslenmektedir (Cameron, 2009:144). Bu nedenle çalışmada, sıralı karma model montajı seçilmiştir.

Çalışmada, kalitatif /niteliksel ve kantitatif/niceliksel araştırma metodolojisini içeren karma araştırma deseni kullanılmıştır. Karma araştırma metodolojisinden, sıralı karma yöntem uygulanmıştır. Sıralı karma model tasarımı, araştırmacının ikinci aşamasına yönelik sorunsalın, birinci aşamanın çıkarımlarından tartışılmasına izin vermektedir. Çalışmada ilk aşama keşfedicidir ve nicel bir

yaklaşım benimsemiştir. İkinci aşama, doğrulayıcı kısım olarak, yeni veriler, analizleri ve çıkarımları içeren nitel bir yaklaşımı temel almıştır.

Araştırma yöntemi belirlenirken, nicel ve nitel verilerin neden birlikte kullanılacağı sorusu ile sürece başlanmıştır. Buradaki amaç, kardiyovasküler hastalıklar sürecinde psikososyal destek sistemlerine duyulan ihtiyacı tespit etmek ve kardiyak hastaların öznel tedavi deneyimlerinden yola çıkarak bir klinik sosyal hizmet modeli belirlemektedir. Bu nedenle, nicel metodoloji ile oluşturulacak veri tabanının, kardiyak sosyal hizmet alanındaki ihtiyacı belirlemesi, nitel boyutun ise problem konusunda daha eşsiz bir anlayış sağlayarak, uygun sosyal hizmet modellerinin tasarlanmasına zemin hazırlaması amaçlanmıştır. Bu bağlamda, sıralı bir araştırma hattı üzerinden çalışma ilerletilmiştir. Sıralı karma model ile uygulanan araştırmada, zamanlama ve verilerin oluşturması beklenen nirengi açısından, öncelikle nicel ağırlık ile saha taraması yapılmış ve kardiyolojik tedavi geçmişi bulunan hastaların klinik sosyal hizmet uygulamalarına dair ihtiyaçları belirlenmiştir. İkinci aşama olan nitel boyutta ise girişimsel kardiyolojik işlem öyküsü ve koroner yoğun bakım tedavi süreci bulunan kişiler ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Nitel boyuttan beklenti, klinik odaklı sosyal hizmete duyulan ihtiyaç parametrelerinin belirlenmesi ve bu parametreler ile tasarlanacak kardiyak klinik odaklı sosyal hizmet modellemesine zemin oluşturmasıdır. Sıralı karma modelde, nicel boyutla başlayan araştırma zaman planında, nitel boyutla çalışma devam ettirilmiştir. Keşif sıralı yapılan uygulamada, nicel boyutlu çalışma sahasına vurgu daha yoğun başlamış olsa da nicel ve nitel veriler eşit olarak ele alınmıştır. Bu nedenle çalışmada, sıralı karma model üzerinde yapılan araştırma kollarında vurgunun eşit dağıldığı söylenebilir. Model geliştirme sürecinde, nitel yaklaşımların işlevselliğinden faydalanmak ve saha analizini nicel çalışmanın örneklem gücü ile betimlemek amacıyla sıralı karma model tasarımını kullanmanın işlevsel olduğunu düşünülmektedir.

Çalışmanın nitel ve nicel boyutundaki uygulama matrisinin kesiştiği alan, her iki örneklemin de homojen seçilmiş amaçlı örneklem olmasından dolayı, sıklıkla kullanılan karma model kombinasyonunda tanımlanmıştır. (Tablo 6) Araştırmanın nicel boyutunda, homojen bir seçim ile kardiyak hasta grubu çalışılmıştır. Araştırmanın nitel boyutunda ise, kardiyolojik girişim ve koroner yoğun bakım ünitesi tedavi geçmişi olan hastalar ile çalışma hedeflenerek, benzeşik durum

örnekleme alınmıştır. Nitel boyutta, hastaların tedavi deneyimlerini içeren derinlemesine görüşme yapılmasından dolayı, yaşanmış ortak deneyimleri tanımlayan fenomenolojik araştırma deseni kullanılmıştır.

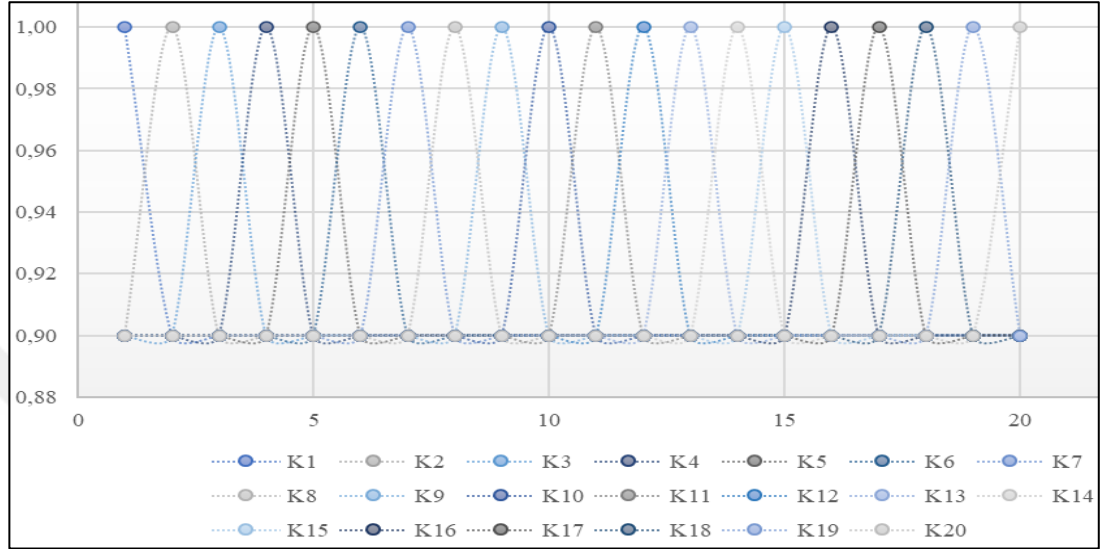
3.2.1. Araştırma Evren ve Örnekleme

Sıralı karma modelde, ilk olarak nicel boyut uygulanmıştır. Çalışmada, kardiyovasküler hastalık öyküsü bulunan kişilere niceliksel yöntem ile demografik soruları ve klinik sosyal hizmete ilişkin ihtiyacı belirleyen bir anket ve SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Uygulama yapılan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniğine son 3 yılda başvuran hasta sayısı talep edilmiş ve 2018 yılında 55185, 2019 yılında 54194, 2020 yılında 43846 kişinin tedavi aldığı kaydedilmiştir. Karma araştırma deseninin niceliksel boyutuna ilişkin örneklem yükü belirlenirken, kliniğe başvuran hasta sayısından çekilecek örneklem yükü, kitledeki birey sayısının bilinmesi sebebiyle $N = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$ formülü ile hesaplanmıştır. Örneklem sayısı 0,05 hata ve 0,05 sapma ile 383 olarak tespit edilmiştir. Hastaların psikososyal destek ve danışmanlığa olan ihtiyaçlarının ölçülmesi planlanan nicel metodolojide, örneklem büyüklüğü dahilinde 390 hasta ile çalışılmıştır.

Çalışmada, sıralı karma yöntem uygulanması sebebiyle, nitel metodolojide çalışılacak örneklem, nicel metodolojide çalışılan katılımcılar arasından seçilmiştir. Nitel araştırma boyutunda, kardiyovasküler hastalık öyküsü bulunan ve kateter laboratuvarında girişimsel kardiyolojik işlem uygulanmış olan, koroner yoğun bakım süreci bulunan hastalar ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Çalışmanın nitel boyutunda, bir fenomen ya da durumla ilgili yaşanmış ortak deneyimleri tanımlayan fenomenolojik araştırma deseni ile uygulanmıştır. Fenomenolojik çalışmalarda, benzeşik durumları ve deneyimleri ölçen benzeşik durum örnekleme kullanılmıştır. Çalışmada, fenomenolojik yaklaşımla hasta deneyimlerinin aktarılması planlanmıştır. Nitel araştırmanın katılımcı grubu, girişimsel işlem uygulanan ve yoğun bakım süreci bulunan 20 hasta olarak belirlenmiştir. Nitel çalışma metodolojisi gereği, örneklem işlenirken MaxQda programı ile benzerlik matrisi değerlendirilmiştir. Nitel araştırma prosedürüne göre, %80 – 100 arası doygunluğa ulaşması beklenen benzerlik matrisi değeri, Tablo

3.3'de gösterildiği üzere %90 – 100 arasında bulunmuştur. Nitel boyutta, görüşmelerde tekrarlı ifadelerin artması ve çalışmanın doygunluğa ulaşması sebebiyle 20 hasta ile yapılan derinlemesine görüşme yeterli bulunmuştur.

Tablo 3.3: Benzerlik Matrisi



(Benzerlik Matrisi Aralığı 0.90 -1.00.)

3.2.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın nicel boyutuna ilişkin veriler Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezinde Eylül – Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Nitel boyuta ilişkin veriler ise nicel boyuta dair verilerin analizlerinin tamamlanmasının ardından, Ocak – Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın sıralı karma model montajı üzerinden ilerlemesi sebebiyle, nitel araştırmaya katılan 20 kişilik örneklem, nicel çalışmaya katılan 390 kişilik örneklem içinden seçilmiştir.

3.2.3. Araştırma Verilerinin Analizi

Sıralı karma modelde, birinci basamakta nicel netliğin istatistiki verimliliğinden faydalanmak amacıyla nitel metodoloji uygulanmıştır. Sıralı karma model montajının niceliksel model ile başlayan ilk aşamasında, örneklem dahilinde belirlenen 390 hastaya, katılımcıların demografik özelliklerini ve klinik sosyal hizmete ilişkin ihtiyacı belirleyen bir anket ve SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS

(Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, minimum, maksimum ve median değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov analizi ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçeğin normal dağılım göstermediği için istatistik değerlendirmelerinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Mann Whitney-U, ilişkisiz ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için Kruskal Wallis H testi ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için ikili karşılaştırma testlerinden Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney U testi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısı hesaplanmıştır. Araştırmada p değerleri 0.05'in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3.4: Ölçeğe İlişkin Güvenilirlik Katsayıları

Boyutlar	İfade Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı
Fiziksel fonksiyon	10	0.942
Fiziksel rol güçlüğü	4	0.964
Emosyonel rol güçlüğü	3	0.866
Enerji	4	0.768
Ruhsal sağlık	5	0.747
Sosyal işlevsellik	2	0.749
Ağrı	2	0.943
Genel sağlık	5	0.687

Araştırmada bulunan SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, 0.687-0.964 arasında güvenilirlik değerlerine sahip olup, yapılan çalışmada güvenilirliğin sağlandığı tespit edilmiştir.

Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri:

$\leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Özdamar, 1999:522).

Ölçeğin geçerliliğini test etmek amacıyla “Açımlayıcı Faktör Analizi” yapılmıştır (Özdamar, 2002:235).

Analiz sonucunda sorular uygulanabilir olarak bulunmuştur (Kaiser Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy=0.946; Ki-Kare=14848.09; Bartlett's Test of Sphericity p=0.0001). Özdeğeri 1’den büyük sekiz alt boyut ve bunların toplam varyansı açıklama oranı %80 olarak bulunmuştur.

Sıralı karma model montajı ile yapılan araştırmanın nitel verileri ise öncelikle kodlanmış ve kodlar aracılığı ile kategori ve temalar oluşturulmuştur. Çalışmanın nitel boyutunda yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerde, materyal olarak yarı yapılandırılmış soru kâğıdı kullanılmıştır. Görüşmeler “deneyim ve davranış soruları, düşünce ve değer soruları, duygu ve düşünce soruları, duygusal sorular ve bilgi soruları” ile yapılandırılmıştır.

Veriler MaxQda2022 programı ile analiz edilmiştir. Veri analizinde “kod-kategori-tema” oluşturulmuş ve fenomenolojik çalışmada tedavi deneyimlerinin analizi aktarılmıştır. Araştırma bulgular bölümünde aktarılacağı üzere 4 ana tema altında toplanmıştır. Bunlar, kardiyak tanı ve tedavi öyküsü, süreç boyunca kurulan ilişkiler, sürece dair öneriler, sistemsel sorunlardır.

3.2.4. Araştırmaya Katılan Kardiyoloji Hastalarının Demografik Özellikleri

Bu bölümde, sıralı karma model araştırma metodolojisi ile belirlenen 390 kişilik örneklem sayısına dahil olan kardiyolojik tanıli hastaların demografik özelliklerine yer verilmiştir. Araştırmanın nitel boyutundaki katılımcıların, 390 kişilik nicel boyuta katılanlar arasından seçilmesi sebebiyle, demografik bilgiler her iki örnekleme de kapsamaktadır.

Tablo 3.5: *Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerine Göre Dağılımı*

($\bar{x} \pm SS$)	61.67±10.38	
Yaş	Sayı	%
50 yaş altı	46	11.8
50-60	117	30.0
60-70	163	41.8
70 ve üzeri	64	16.4
Cinsiyet		
Kadın	112	28.7
Erkek	278	71.3
Yaşam yeri		
İstanbul	373	95.6
Diğer	17	4.4
Meslek		
Emekli	232	59.5
Ücretsiz Aile İşçisi	97	24.9
Diğer	61	15.6
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	145	37.2
Ortaokul	202	51.8
Üniversite	43	11.0
Medeni durum		
Evli	361	92.6
Bekar	29	7.4

Araştırmaya katılanların tanımlayıcı bilgilerine göre dağılımı Tablo 3.5’de ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Araştırmaya katılanların 61.67±10.38 yaş ortalaması, %41.8 ’inin (n=163) 60-70 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Katılımcıların %71.3’ünün (n=278) erkek, %28.7’sinin (n=112) kadın olduğu görülmüştür. Katılımcıların %95.6’sının (n=373) İstanbul’da yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların %59.5’inin (n=232) emekli olduğu görülmüştür. Katılımcıların %51.8 (n=202)’inin ortaokul, %37.2 (n=145)’sinin ilkokul ve altı eğitim durumunun olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %92.6’sının (n=361) evli olduğu tespit edilmiştir.

3.2.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; kardiyolojik tanısı olan hastaların demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla “demografik bilgi formu” kullanılmıştır. Bu formda, demografik bilgilere ek olarak, hastaların kardiyolojik tedavi öyküsünü tanımlayan ve klinik sosyal hizmet uygulamalarına duyulan ihtiyaç durumunu ölçen

toplam 13 soru (EK-4) bulunmaktadır. Buna ek olarak, çalışmanın nicel boyutunda, hastaların fiziksel, ruhsal ve genel sağlık durumlarını ölçmek amacıyla SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EK-4) uygulanmıştır.

Çalışmanın nitel boyutunda ise materyal olarak yarı yapılandırılmış soru kâğıdı kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış soru kâğıdı, 22 soruyu (EK-5) içermektedir. Soru kağıdında “deneyim ve davranış soruları, düşünce ve değer soruları, duygu ve düşünce soruları, duyuşsal sorular ve bilgi soruları” yer almıştır.

3.2.5.1. SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiştir. Katılımcı, sağlık durumları, kronik durumlar, ağrı ve normal çalışmayı engelleyen durumlar hakkındaki soruları yanıtlamaktadır (Ware, Sherbourne, 1992:473).

1990 yılında Türkçeye uyarlaması Demiral ve arkadaşları (2006) yapılan SF-36 sürüm 1.0, sağlıkla ilgili sekiz yaşam kalitesi alanını ölçen 36 maddelik kısa formlu bir ölçektir. Ölçek, fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal işlevsellik (2 madde), fiziksel rol güçlüğü (4 madde), emosyonel rol güçlüğü (3 madde), enerji /canlılık (4 madde), ruhsal sağlığı (5 madde), ağrı (2 madde), genel sağlık algısı (5 madde) ile ilgili 8 bölüm içermektedir. Ayrıca ölçek, yanıt veren katılımcının son yıllardaki güncel sağlık durumu hakkında maddeler içerir. Türk toplumu uyarlama çalışmasında, test edilen her bir yaşam kalitesi alanı için puan algoritmaları 0-100 puan aralığında değişkenlik gösterdiği, puan arttığında, ölçülen değere ilişkin iyilik halinin arttığı aktarılmıştır (Demiral vd. 2006: 246). Ware ve Sherbourne (1992) tarafından ölçeğe ilişkin puanlama skalasının aktarıldığı tablo aşağıda verilmiştir:

Tablo 3.6: SF-36 Sağlık Durumu Ölçekleri ve Düşük ve Yüksek Puanların Yorumlanması Hakkında Bilgi Tablosu

Kavramlar	Ölçek Puanların Anlamı (0 – 100 Puan)	
	Düşük Puanlama	Yüksek Puanlama
Fiziksel Fonksiyon	Banyo yapmak veya giyinmek dahil olmak üzere tüm fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük yaşanmaktadır.	Sağlık nedeniyle sınırlama olmaksızın her türlü fiziksel aktivite gerçekleştirilebilmektedir.
Fiziksel Rol Güçlüğü	Fiziksel sağlığın bir sonucu olarak iş veya diğer günlük aktivitelerle ilgili sorunlar yaşanmaktadır.	Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığın bir sonucu olarak işte veya diğer günlük aktivitelerde sorun yaşanmamaktadır.
Sosyal İşlevsellik	Fiziksel ve duygusal problemler nedeniyle normal sosyal aktivitelere aşırı ve sık müdahale edildiği hissedilmektedir.	Son 4 hafta içerisinde, fiziksel veya duygusal problemler nedeniyle herhangi bir engelleme olmadan normal sosyal aktiviteler gerçekleştirilebilmektedir.
Ağrı	Çok şiddetli ve son derece sınırlayıcı ağrı hissedilmektedir.	Son 4 hafta içerisinde, ağrıya bağlı ağrı veya kısıtlılık hissedilmemektedir.

Kavramlar	Ölçek Puanların Anlamı (0 – 100 Puan)	
	Düşük Puanlama	Yüksek Puanlama
Ruh Sağlığı	Her zaman sinirli ve depresif duygulanım hissedilmektedir.	Son 4 hafta içerisinde, her zaman huzurlu, mutlu ve sakin hissedilmektedir.
Emosyonel Rol Güçlüğü	Duygusal problemlerin bir sonucu olarak iş veya diğer günlük aktivitelerle ilgili problem yaşanmaktadır.	Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler nedeniyle işte veya diğer günlük aktivitelerde problem bulunmamaktadır.
Enerji / Canlılık	Her zaman yorgun ve yıpranmış hissedilmektedir.	Son 4 hafta içerisinde, her zaman moral ve enerji dolu hissedilmektedir.
Genel Sağlık	Kişisel sağlığının kötü olduğuna ve muhtemelen daha kötüye gideceğine inanılmaktadır.	Kişisel sağlığının mükemmel olduğuna inanılmaktadır.

Kaynak: Ware, Sherbourne, 1992:475

Araştırma sonucunda, ölçeğin 0.687-0.964 arasında güvenilirlik değerlerine sahip olup güvenilir olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 3.7)

Tablo 3.7: Ölçek Güvenilirlik Parametreleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı
	n	%
Fiziksel fonksiyon	10	0.942
Fiziksel rol güçlüğü	4	0.964
Emosyonel rol güçlüğü	3	0.866
Enerji	4	0.768
Ruhsal sağlık	5	0.747
Sosyal işlevsellik	2	0.749
Ağrı	2	0.943
Genel sağlık	5	0.687

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Çalışmada, klinik sosyal hizmetin psikososyal değerlendirme ve terapötik müdahale beceriyle, kardiyak hastaların ihtiyaç duyduğu sosyal hizmet uygulama modelleri araştırılmıştır. Bu bağlamda, kardiyovasküler hastalıkların tanı ve tedavisinde, referans merkezi olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniği Kateter Laboratuvarında tanısal veya terapötik girişimsel işlem uygulanmış ve takip programında olan hastalar ve yakınlarının psikososyal destek ve danışmanlık gereksinimleri klinik odaklı sosyal hizmet modelleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışmada, klinik odaklı sosyal hizmet perspektifi çerçevesinde, kardiyak sosyal hizmete duyulan ihtiyacın tespit edilmesi ve hastaların tedavi sonrası deneyimlerinin analiziyle birlikte bir kardiyak sosyal hizmet modellemesinin geliştirilmesi planlanmıştır. Yöntem bölümünde aktarıldığı üzere, araştırma metodolojisi olarak çalışmada sıralı karma model kullanılmıştır.

Sıralı karma model ile uygulanan araştırma kapsamında, denenceye ilişkin nicel ve nitel bulgular, modelin montajlama yöntemine uygun olarak verilmiştir. Bu bölümde, öncelikle nicel uygulama prosedürü, akabinde nicel prosedür içinden seçilen örneklem ile uygulanan nitel prosedür aktarılmıştır.

4.1. Denenceye İlişkin Nicel Bulgular

Araştırmanın niceliksel boyutunda kardiyovasküler hastalık yaşayan bireylerin tedavi süreci, tedaviye uyumlanma biçimleri ve psikososyal destek/danışmanlığa duyulan ihtiyaç durumu incelenmiştir. Kardiyoloji alanında, özellikle girişimsel işlem uygulanan hastalar ve yakınları, hastalığın morbidite ve mortalite risklerinin yüksek olması sebebiyle psikososyal destek ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın nicel boyutunda, hastaların mevcut sağlık durumu, yaşam kalitesi ve psikososyal destek ihtiyaçları değerlendirilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov analizi ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçeğin normal dağılım göstermediği için istatistik değerlendirmelerinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Nicel değişkenlere, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis H testi ve Bonferroni testi uygulanmıştır. Çözümleme metodolojisi, verilerin analizi bölümünde aktarılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır. Araştırmada p değerleri 0.05’in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

4.2. Hastaların Kardiyolojik Tanılarına İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılan hastaların aldıkları tanıların, genel olarak Kardiyoloji Kliniğine başvuran hasta tanıları ile örtüştüğü kaydedilmiştir. 390 kişilik örneklem grubunun kardiyolojik tanıları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1: *Kardiyolojik Tanılar*

Kardiyoloji Polikliniğine Başvuru Tanısı	n	%
Koroner Arter Hastalığı	191	49
Kalp Yetersizliği	77	19.7
Hipertansiyon	65	16.7
Ritim Problemleri	38	9.7
Kalp Kapak ve Aort Hastalıkları	19	4.9
Toplam	390	100

Araştırmaya katılan 390 hastadan, %49’unun (n=191) koroner arter hastalığı ile tedavi aldığı, %19,7’sinin (n=77) kalp yetersizliği tanısı ile uzun süreli takip ve tedavi sürecinde bulunduğu kaydedilmiştir. Katılımcıların %19,7’si (n=65) hipertansiyon tanısıyla, %9,7’si (n=38) kalp ritim problemleriyle kardiyoloji kliniğinde takip edilmektedir. Katılımcıların %4,9’u (n=19) kalp kapağı ve aort hastalıkları tanısı almış ve tedavi sürecindedir. Araştırmaya sadece, kardiyolojik hastalıklara ilişkin tanı almış, tedavi süreci devam eden, girişimsel kardiyolojik işlem uygulanmış ve izlem süreci devam eden hastalar dahil edilmiştir.

4.2.1 Hastaların Sağlık Durumu ve Tedaviye İlişkin Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bilgiler

Katılımcıların, tedavi sürecinde kendilerini mental ve ruhsal olarak nasıl hissettikleri ve tedavi sürecine ilişkin farkındalıklarını ölçmek amacıyla sağlık okur yazarlıklarındaki değişim sorulmuştur. Değerlendirmeler Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2: *Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Mevcut Sağlık Durumu ve Sağlık Okur Yazarlığı*

Özellikler	n	%
Mevcut Sağlık Durumu		
Çok olumlu	7	1.8
Olumlu	8	2.1
Normal	49	12.6
Olumsuz	284	72.8
Çok olumsuz	42	10.8
Tedavi Sonrası Sağlık Okur Yazarlığındaki Değişim		
Çok olumlu yönde gelişti	9	2.3
Olumlu yönde gelişti	129	33.1
Nötr, değişiklik olmadı	252	64.6

Araştırmaya katılanların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin bilgilerine göre dağılımı Tablo 4.2’de ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Katılımcılara şu andaki sağlık durumu sorulmuş, %10.8’inin (n=42) çok olumsuz, %72.8’inin (n=284) olumsuz, %12.6’sının (n=49) normal, %2.1’inin (n=8) olumlu ve %1.8’inin (n=7) çok olumlu hissettiği görülmüştür. Bu durum, kardiyolojik hastalıklarda psikososyal destek hizmetlerinin sunulmasına ilişkin ihtiyacı görünür kılmaktadır. Ayrıca, tedavi deneyimleri ve sağlık okur yazarlığı değerlendirildiğinde, katılımcıların %64.6’sının (n=252) teşhis ve tedavinin başlamasından sonraki süreçte sağlık okur yazarlığını nötr, değişmedi olarak gördüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların %33’lük (n=129) kısmı ise olumlu yönde sağlık okur yazarlıklarının geliştiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %2.3’ü (n=9) ise sağlık okur yazarlıklarının çok olumlu yönde gelişim gösterdiğini ifade etmiştir. Kardiyolojik hastalıkların tedavi sürecinde, hasta ve ailesinin tedaviye uyumlanması ve sağlık

okur yazarlığını arttırarak, alınan tanı ile yeni yaşama adapte olması, tedavinin başarısı açısından yüksek düzeyde önem arz etmektedir.

4.2.2. Kardiyolojik Tedavi Sürecinde Olan Hastaların Psikososyal Destek Alma Durumu ve Sosyal Hizmet Müdahalesi

Araştırmaya katılan hastalara, kendileri ve yakınlarının psikososyal destek alma durumları ve psikososyal danışmanlık ihtiyaçlarına ilişkin sorular yönlendirilmiş, cevaplara ilişkin tablo aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.3: *Hasta ve Ailesinin Psikososyal Destek Alma Durumu*

Özellikler	n	%
Hastanın psikososyal destek alma durumu		
Evet	7	1.8
Hayır	383	98.2
Hasta ailesinin psikososyal destek alma durumu		
Evet	3	0.8
Hayır	387	99.2

Katılımcıların %1.8'inin (n=7) hastalık sürecinde, kardiyovasküler hastalık ve etkilerine ilişkin psikososyal destek aldığı, %98.2'lik (n=383) büyük bir bölümünün destek almadığı görülmüştür. Hasta yakınlarının, kardiyovasküler hastalıklar ve etkileri, tıbbi tedaviye uyumla ilgili sadece %0.8'inin (n=3) psikososyal destek aldığı, ailelerden %99.2'lik (n=387) kısmının psikososyal destek almadığı görülmüştür.

4.2.3. Kardiyolojik Hastalıklarda Psikososyal Destek

Kardiyolojik hastalıklarda, hasta ve ailesini tedavi sürecine hazırlamak, hasta ve ailesinin psikososyal açıdan desteklenmesini sağlamak, hastalık tanısından sonra değişen sosyal ve ekonomik koşullara ilişkin kaynak yönetimi yaparak, uygun sosyal hizmet müdahalesini uygulamak, holistik tedavinin etkililiğinde önemli bir parametredir. Katılımcılara, psikososyal destek ve sistemler arasında mediatörlüğü içeren bir hizmet modeli ile karşılaşma durumları ve bu hizmet modeline ilişkin ihtiyaçları sorulmuştur. Verilen yanıtlar Tablo 4.4'de aktarılmıştır.

Tablo 4.4: *Destek ve Danışmanlık Talebi*

Özellikler	n	%
Hasta ve ailesine psikososyal destek önerilmesi		

Evet	6	1.5
Hayır	384	98.5
Hastanın psikososyal destek talep etme durumu		
Evet	364	93.3
Hayır	26	6.7

Katılımcıların %98,5'i (n=384) hastalık sürecinde, kendisi ve ailesini psikososyal açıdan destekleyen ve güçlendiren, ihtiyaçlarını analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmasını kolaylaştıran bir sağlık hizmetinin önerilmediğini, %1.5'i (n=6) ise konsültasyon istendiğini, psikososyal destek önerildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %93,3'ünün (n=364) fiziksel tedavinin yanında, kendilerini psikolojik ve sosyal olarak destekleyecek ve yaşam koşullarına ilişkin danışmanlık hizmetleri sunacak bir sağlık hizmetini talep ettiği, %6,7'sinin (n=26) ise psikososyal destek talep etmediği izlenmiştir.

4.2.4. SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistikler

SF – 36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği, genel skorlaması ve alt parametrelerine ilişkin değerlendirmeler aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.5: Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama Değerler

Boyutlar	Min-max	Medyan	$\bar{x} \pm SS$
Fiziksel fonksiyon	0-100	65.00	58.47±27.68
Fiziksel rol güçlüğü	0-100	51.00	49.40±21.05
Emosyonel rol güçlüğü	0-100	62.00	58.81±32.53
Enerji	0-100	40.00	40.50±17.86
Ruhsal sağlık	20-92	72.00	69.31±14.34
Sosyal işlevsellik	12-100	62.50	62.12±21.05
Ağrı	0-100	45.00	41.12±26.59
Genel sağlık	10-100	35.00	37.12±15.34

Ölçek boyutlarına ilişkin ortalama değerleri Tablo 4.5'de verilmiştir. Buna göre ortalama değerlerinin dağılımının fiziksel fonksiyon 58.47±27.68, fiziksel rol güçlüğü 49.40±21.05, emosyonel rol güçlüğü 58.81±32.53, enerji 40.50±17.86, ruhsal sağlık 69.31±14.34, sosyal işlevsellik 62.12±21.05, ağrı 41.12±26.59, genel sağlık 37.12±15.34 olduğu tespit edilmiştir. Tablo 15'e göre alt boyutların medyanlarının dağılımı, fiziksel fonksiyon 65, fiziksel rol güçlüğü 51, emosyonel rol güçlüğü 62, enerji 40, ruhsal sağlık 72, sosyal işlevsellik 62.50, ağrı 45, genel sağlık 35 olarak kaydedilmiştir.

4.2.4.1. Yaş Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık boyutlarının Tablo 4.6'da aktarıldığı üzere yaş gruplarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$). 70 yaş üzeri olanların fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=60.88), enerji (Sıra ortalaması=73.86), ruhsal sağlık (Sıra ortalaması=91.37), sosyal işlevsellik (Sıra ortalaması=102.90), ağrı (Sıra ortalaması=88.16), genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=78.66) diğer gruplardan daha küçüktür. ($p<0.05$). 50-60 yaş grubu olanların ruhsal sağlık (Sıra ortalaması=252.97), sosyal işlevsellik puanı (Sıra ortalaması=243.65), diğer gruplardan daha büyüktür. ($p<0.05$). (Tablo 16).

Yapılan ikili karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre; *fiziksel fonksiyon* alt boyutunda 50 yaş altı gurubun (Sıra ortalaması=289.51) 60-70 yaş (Sıra ortalaması=173.44) ve 70 ve üzeri (Sıra ortalaması=173.44) olan gruplardan daha büyük olduğu bulunmuştur ($p<.001$). 60-70 yaş (Sıra ortalaması=173.44) olan gurubun 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=60.88) gruptan daha büyüktür ($p<0.05$).

Enerji alt boyutunda 50 yaş altı (Sıra ortalaması=274.11), 60-70 (Sıra ortalaması=186,28) ve 70 ve üzeri (Sıra ortalaması=73.86) olan gruplardan daha büyüktür ($p<0.05$).

Ruhsal Sağlık alt boyutunda 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=91.37) grup 50 yaş altı (Sıra ortalaması=213.22), 50-60 yaş (Sıra ortalaması=252.97), 60-70 yaş (Sıra ortalaması=190.13) gruplarından daha küçüktür ($p<0.05$). 50-60 yaş (Sıra ortalaması=252.97) grubu 60-70 yaş (Sıra ortalaması=190.13) grubundan daha büyüktür ($p<0.05$).

Sosyal işlevsellik alt boyutunda 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=102.90) grup 50 yaş altı (Sıra ortalaması=224.08), 50-60 yaş (Sıra ortalaması=243.65), 60-70 yaş (Sıra ortalaması=189.24) gruplarından daha küçüktür ($p<0.05$). 50-60 yaş (Sıra ortalaması=243.65) grubu 60-70 yaş (Sıra ortalaması=189.24) grubundan daha büyüktür ($p<0.05$).

Ağrı alt boyutunda 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=88.16) grup 50 yaş altı (Sıra ortalaması=263.50), 50-60 yaş (Sıra ortalaması=240.82), 60-70 yaş (Sıra ortalaması=185.92) gruplarından daha küçüktür ($p<0.05$). 60-70 yaş (Sıra

ortalaması=185.92) grup 50 yaş altı (Sıra ortalaması=263.50) ve 50-60 yaş (Sıra ortalaması=240.82) grubundan daha küçüktür ($p<0.05$).

Genel sağlık alt boyutunda bütün yaş gruplarının ikili karşılaştırması farklılık anlamlıdır ($p<0.05$). 50 yaş altı (Sıra ortalaması=281.77) olan grup, 50-60 yaş (Sıra ortalaması=241.69), 60-70 yaş (Sıra ortalaması=183.87), 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=78.66) gruplarından daha büyüktür ($p<0.05$). 50-60 yaş (Sıra ortalaması=241.69) olan grup, 60-70 yaş (Sıra ortalaması=183.87), 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=78.66) gruplarından daha büyüktür ($p<0.05$). 60-70 yaş (Sıra ortalaması=183.87) grubu 70 yaş ve üzeri olan (Sıra ortalaması=78.66) gruptan daha büyüktür ($p<0.05$).

Tablo 4.6: Yaş Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Boyutlar	Yaş								Kruskal-Wallis	p	Bonferroni	
	50 yaş altı (1)		50-60 (2)		60-70 (3)		70ve üzeri (4)					
Fiziksel fonksiyon	Medyan	87.50	20-100	75.00	10-100	60.00	0-100	20.00	0-80	171.983	0.0001*	3<1; 4<1; 3<2; 4<2; 4<3
	Sıra Ort.	289.51		262.90		173.44		60.88				
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan	40.00	22-100	52.00	22-100	52.00	0-100	52.00	0-100	43.195	0.400	2<1; 3<1; 4<1; 3<2; 4<2
	Sıra Ort.	175.53		206.59		196.44		187.20				
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan	66.67	0-100	62.00	0-100	64.00	0-100	56.50	0-100	43.129	0.361	2<1; 3<1; 4<1; 4<2
	Sıra Ort.	194.87		196.00		203.73		174.08				
Enerji	Medyan	55.00	0-100	45.00	5-85	40.00	5-80	20.00	5-50	120.616	0.0001*	3<1; 4<1; 3<2; 4<2; 4<3
	Sıra Ort.	274.11		243.98		186.28		73.86				
Ruhsal sağlık	Medyan	78.00	20-92	80.00	32-92	72.00	36-92	56.00	24-84	87.318	0.0001*	4<1; 3<2; 4<2; 4<3
	Sıra Ort.	213.22		252.97		190.13		91.37				
Sosyal işlevsellik	Medyan	62.50	25-100	75.00	38-100	62.50	25-100	37.50	13-75	70.265	0.0001*	4<1; 3<2; 4<2; 4<3
	Sıra Ort.	224.08		243.65		189.24		102.90				
Ağrı	Medyan	56.25	0-100	45.00	0-100	32.50	0-100	10.00	0-75	96.906	0.0001*	3<1; 4<1; 3<2; 4<2; 4<3
	Sıra Ort.	263.50		240.82		185.92		88.16				
Genel sağlık	Medyan	45.00	15-80	40.00	20-90	35.00	10-100	20.00	10-45	118.944	0.0001*	3<1; 4<1; 3<2; 4<2; 4<3
	Sıra Ort.	281.77		241.69		183.87		78.66				

4.2.4.2. Cinsiyet Faktörü ve SF-36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik boyutlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$). Erkeklerin

fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik puan sıra ortalamasının Tablo 4.7’de sunulduğu üzere kadınlardan büyük olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda erkeklerin (Sıra ortalaması=206.56) puanı kadınlardan (Sıra ortalaması=168.05) daha büyüktür ($p<0.05$).

Enerji alt boyutunda erkeklerin (Sıra ortalaması=203.10) puanı kadınlardan (Sıra ortalaması=176.63) daha büyüktür ($p<0.05$).

Ruhsal sağlık alt boyutunda erkeklerin (Sıra ortalaması=160.66) puanı kadınlardan (Sıra ortalaması=209.54) daha büyüktür ($p<0.05$).

Sosyal işlevsellik alt boyutunda erkeklerin (Sıra ortalaması=203.80) puanı kadınlardan (Sıra ortalaması=174.90) daha büyüktür ($p<0.05$).

Tablo 4.7: *Cinsiyete Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı*

Boyutlar	Cinsiyet				Z	p
	Kadın		Erkek			
Fiziksel fonksiyon	Medyan (Min-Max)	55.00 (0-100)	65.00 (0-100)		-3.058	0.002*
	Sıra Ort.	168.05	206.56			
Fiziksel rol güclüğü	Medyan (Min-Max)	46.00 (0-100)	52.00 (0-100)		-0.019	0.985
	Sıra Ort.	195.67	195.43			
Emosyonel rol güclüğü	Medyan (Min-Max)	52.00 (0-100)	64.00 (0-100)		-1.144	0.253
	Sıra Ort.	185.25	199.63			
Enerji	Medyan (Min-Max)	40.00 5-100	40.00 0-85		-2.107	0.035*
	Sıra Ort.	176.63	203.10			
Ruhsal sağlık	Medyan (Min-Max)	68.00 24-88	72.00 20-92		-3.892	0.0001*
	Sıra Ort.	160.66	209.54			
Sosyal işlevsellik	Medyan (Min-Max)	62.50 13-100	62.50 25-100		-2.329	0.020*
	Sıra Ort.	174.90	203.80			
Ağrı	Medyan (Min-Max)	45.00 0-100	35.00 0-100		-0.393	0.694
	Sıra Ort.	199.00	194.09			
Genel sağlık	Medyan (Min-Max)	35.00 10-80	35.00 10-100		-0.656	0.512
	Sıra Ort.	189.64	197.86			

*istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$)

4.2.4.3. Medeni Durum Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık boyutlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüş, Tablo 4.8’de aktarılmıştır. $p<0.05$).

Emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda bekarların (Sıra ortalaması=150.53) puanı evlilerin (Sıra ortalaması=199.11) daha küçüktür ($p<0.05$).

Ruhsal sağlık alt boyutunda bekarların (Sıra ortalaması=147.47) puanı evlilerin (Sıra ortalaması=199.36) daha büyüktür ($p<0.05$).

Tablo 4.8: Medeni Duruma Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı

Boyutlar	Medeni durum				Z	p
	Evliler		Bekarlar			
Fiziksel fonksiyon	Medyan (Min-Max)	65.00 (0-100)	60.00 (0-100)		-0.199	0.842
	Sıra Ort.	195.82	191.50			
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan (Min-Max)	52.00 (0-100)	42.00 (0-100)		-0.055	0.956
	Sıra Ort.	195.59	194.40			
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan (Min-Max)	64.00 (0-100)	33.33 (0-100)		-2.241	0.025*
	Sıra Ort.	199.11	150.53			
Enerji	Medyan (Min-Max)	40.00 (0-100)	45.00 (5-75)		-0.203	0.839
	Sıra Ort.	195.83	191.43			
Ruhsal sağlık	Medyan (Min-Max)	72.00 (28-92)	60.00 (20-92)		-2.396	0.017*
	Sıra Ort.	199.36	147.47			
Sosyal işlevsellik	Medyan (Min-Max)	62.50 (13-100)	62.50 (13-100)		-0.618	0.537
	Sıra Ort.	196.48	183.26			
Ağrı	Medyan (Min-Max)	42.50 (0-100)	55.00 (0-100)		-1.189	0.234
	Sıra Ort.	193.60	219.19			
Genel sağlık	Medyan (Min-Max)	35.00 (10-100)	45.00 (10-75)		-0.771	0.440
	Sıra Ort.	194.26	210.91			

*istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$)

4.2.4.4. Meslek Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Ölçek alt boyutlarında fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık parametrelerinin, Tablo 4.9’da aktarıldığı üzere mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$).

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda, emeklilerin (Sıra ortalaması=183.33) puanı mesleği diğer (hekim, şoför, bahçıvan, berber, yazar vd.) mesleklerden olan grupların puanından (Sıra ortalaması=298.55) küçüktür. ($p<0.05$).

Enerji alt boyutunda, ücretsiz aile işçisi grubunun puanının (Sıra ortalaması=167.56), emekli meslek grubundaki katılımcılarının puanından (Sıra

ortalaması=186.41) ve diğer meslek grubunda yer alanların puanından (Sıra ortalaması=274.49) küçük olduğu görülmüştür. ($p<0.05$).

Ruhsal sağlık alt grubunda, ücretsiz aile işçisi olan grubun puanı (Sıra ortalaması=166.33), emekli olan gruptan (Sıra ortalaması=196.89) ve diğer olarak sınıflandırılan meslek gruplarının puanından (Sıra ortalaması=236.60) daha küçüktür. ($p<0.05$).

Sosyal işlevsellik alt boyutu da ruhsal sağlık alt boyutu ile benzerlik göstermektedir. *Sosyal işlevsellik* alt boyutunda ücretsiz aile işçisi olan grubun puanı (Sıra ortalaması=172.47), emekli olan gruptan (Sıra ortalaması=172.47) ve diğer olarak sınıflandırılan meslek gruplarının puanından (Sıra ortalaması=233.42) daha küçüktür. ($p<0.05$).

Ağrı alt boyutunda, emekli olan grubun puanı (Sıra ortalaması=183.34), ücretsiz aile işçisi olan gruptan (Sıra ortalaması=190.49) ve diğer meslek grubunda yer alanların puanından (Sıra ortalaması=249.74) küçüktür. ($p<0.05$).

Genel sağlık alt boyutunda ise diğer meslek gruplarının puanı (Sıra ortalaması=271.20), emekli olan gruptan (Sıra ortalaması=182.55) ve ücretsiz aile işçisi olan gruptan (Sıra ortalaması=178.88) daha büyüktür. ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre mesleği diğer (hekim, şoför, bahçıvan, berber, yazar vd.) mesleklerden olan grupların fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=298.55), enerji (Sıra ortalaması=274.49), ruhsal sağlık (Sıra ortalaması=236.60), ağrı (Sıra ortalaması=249.74) ve genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=271.20), emekli ve ücretsiz aile işçisi olan gruplardan daha büyüktür ($p<0.05$).

Tablo 4.9: Meslek Grubuna Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı

Boyutlar		Meslek						Kruskal-Wallis	p	Bonferroni
		Emekli (1)		Ücretsiz Aile İşçisi (2)		Diğer (3)				
Fiziksel fonksiyon	Medyan	60.00	(0-100)	55.00	(0-100)	90.00	(20-100)	63.646	0.0001*	1<3; 2<3
	Sıra Ort.	183.33		159.81		298.55				
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan	50.00	(0-100)	52.00	(0-100)	48.00	(22-100)	0.400	0.819	-
	Sıra Ort.	194.02		201.57		191.47				
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan	64.00	(0-100)	58.00	(0-100)	52.00	(0-100)	1.582	0.453	-
	Sıra Ort.	200.41		193.25		180.42				
Enerji	Medyan	40.00	(0-85)	40.00	(5-100)	50.00	(5-80)	37.731	0.0001*	1<3; 2<3
	Sıra Ort.	186.41		167.56		274.49				
Ruhsal sağlık	Medyan	72.00	(24-92)	68.00	(24-88)	80.00	(20-92)	14.772	0.001*	1<3; 2<3
	Sıra Ort.	196.89		166.33		236.60				
Sosyal işlevsellik	Medyan	62.50	(13-100)	62.50	(13-100)	62.50	(25-100)	11.318	0.003*	1<3; 2<3
	Sıra Ort.	195.16		172.47		233.42				
Ağrı	Medyan	32.50	(0-100)	45.00	(0-100)	55.00	(13-100)	17.378	0.0001*	1<3; 2<3
	Sıra Ort.	183.34		190.49		249.73				
Genel sağlık	Medyan	35.00	(10-100)	35.00	(10-70)	45.00	(15-80)	33.202	0.0001*	1<3; 2<3
	Sıra Ort.	182.55		178.88		271.20				

*istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

4.2.4.5. Eğitim Durumu Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık boyutlarının, Tablo 4.10'da belirtildiği üzere eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0.05). Üniversite mezunu olanların fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=274.22), enerji (Sıra ortalaması=256.91), ruhsal sağlık (Sıra ortalaması=227.90), ağrı (Sıra ortalaması=240.90) ve genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=269.99) diğer gruplardan daha büyük olduğu görülmüştür.

Yapılan ikili karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=274.22), enerji (Sıra ortalaması=256.91), genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=269.99) üniversite mezunu olan grupların ilköğretim ve altı olan grup ile ortaöğretim olan gruptan daha büyüktür. Fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=207.49), ruhsal sağlık puanı (Sıra ortalaması=21.64) ortaöğretim mezunu olan grupların ilköğretim ve altı grubundan daha büyüktür. Ağrı puanı (Sıra

ortalaması=240.90) üniversite mezunu olan grupların ilkokul ve altı olan gruptan (Sıra ortalaması=186.69) daha büyüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda, üniversite düzeyinde eğitim alanların puanı (Sıra ortalaması=274.22), ortaöğretim düzeyinde eğitim alanların puanından (Sıra ortalaması=207.49) ve ilkokul düzeyi ve altında eğitim alanların grubunun puanından (Sıra ortalaması=155.45) daha büyüktür. ($p<0.05$).

Enerji alt boyutunda, üniversite düzeyinde eğitim alanların puanı (Sıra ortalaması=256.91), ortaöğretim düzeyinde eğitim alanların puanından (Sıra ortalaması=198.76) ve ilkokul düzeyi ve altında eğitim alanların grubunun puanından (Sıra ortalaması=172.74) daha büyüktür. ($p<0.05$).

Ruhsal sağlık alt boyutunda, üniversite düzeyinde eğitim alanların puanı (Sıra ortalaması=227.90), ortaöğretim düzeyinde eğitim alanların puanından (Sıra ortalaması=211.64) ve ilkokul düzeyi ve altında eğitim alanların grubunun puanından (Sıra ortalaması=163.40) daha büyüktür. ($p<0.05$).

Ağrı alt boyutunda, üniversite düzeyinde eğitim alanların puanı (Sıra ortalaması=240.90), ortaöğretim düzeyinde eğitim alanların puanından (Sıra ortalaması=192.16) ve ilkokul düzeyi ve altında eğitim alanların grubunun puanından (Sıra ortalaması=186.69) daha büyüktür. ($p<0.05$).

Genel sağlık alt boyutunda, üniversite düzeyinde eğitim alanların puanı (Sıra ortalaması=269.99), ortaöğretim düzeyinde eğitim alanların puanından (Sıra ortalaması=192.06) ve ilkokul düzeyi ve altında eğitim alanların grubunun puanından (Sıra ortalaması=178.21) daha büyüktür. ($p<0.05$).

Tablo 4.10: Eğitim Durumuna Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı

Boyutlar	Eğitim durumu							Kruskal-Wallis	p	Bonferroni
	İlkokul altı (1)		Ortaokul (2)	Üniversite (3)						
Fiziksel fonksiyon	Medyan	55.00	0-100	65.00	(0-100)	85.00	(0-100)	41.714	0.0001*	1<2; 1<3; 2<3
	Sıra Ort.	155.45		207.49		274.22				
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan	50.00	0-100	48.00	0-100	52.00	22-70	0.185	0.912	1<2; 1<3
	Sıra Ort.	198.58		194.05		191.95				
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan	62.00	0-100	63.00	0-100	62.00	0-100	0.040	0.980	1<2; 1<3
	Sıra Ort.	196.86		194.96		193.44				
Enerji	Medyan	40.00	0-100	40.00	(5-80)	50.00	(5-85)	18.996	0.0001*	1<2; 1<3; 2<3
	Sıra Ort.	172.74		198.76		256.91				
Ruhsal sağlık	Medyan	68.00	24-92	72	(24-92)	76.00	(20-92)	19.627	0.0001*	1<2; 1<3
	Sıra Ort.	163.40		211.64		227.90				
Sosyal işlevsellik	Medyan	62.50	13-100	62.50	(25-100)	62.50	(13-100)	5.010	0.082	-
	Sıra Ort.	181.03		200.67		220.01				
Ağrı	Medyan	45.00	0-100	33.75	(0-100)	55.00	(0-100)	8.210	0.016*	1<2; 1<3
	Sıra Ort.	186.69		192.16		240.90				
Genel sağlık	Medyan	30.00	10-100	35.00	(10-90)	45.00	(10-80)	22.735	0.0001*	1<2; 1<3
	Sıra Ort.	178.21		192.06		269.99				

*istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

4.2.4.6. Mevcut Sağlık Durumu Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık boyutların alt boyutların şu anki sağlık durumunu nasıl hissettiğine dair duruma göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0.05).

Olumlu olanların fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=334.13), sosyal işlevsellik puanı (Sıra ortalaması=285.63), diğer gruplardan daha büyük, çok olumlu olanların enerji (Sıra ortalaması=311.36), ağrı (Sıra ortalaması=382.43) ve genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=364.64) diğer gruplardan daha büyük, normal olanların ruhsal sağlık puanının (Sıra ortalaması=228.47), diğer gruplardan daha büyük olduğu görülmüştür. (p<0.05).

Katılımcıların mevcut sağlık durumu ölçek alt boyutları ile detaylı olarak Tablo 4.11’de değerlendirilmiştir.

Yapılan ikili karşılaştırma testi Bonferroni’ye göre *fiziksel fonksiyon* düzeyinde olumlu (Sıra ortalaması=334.13), normal olan gruplar (Sıra ortalaması=274.78),

fiziksel fonksiyon puan sıra ortalaması olumsuz olan gruplardan (Sıra ortalaması=274.78), daha büyüktür. Çok olumlu (Sıra ortalaması=251.57), olumlu (Sıra ortalaması=334.13), normal (Sıra ortalaması=274.78), olumsuz olan gruplar (Sıra ortalaması=198.90), fiziksel fonksiyon puan sıra ortalaması çok olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=44.26) daha büyüktür. ($p<0.05$)

Enerji düzeyinde normal olan grup (Sıra ortalaması=300.56), enerji puan sıra ortalaması olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=192.91) daha büyük, çok olumlu (Sıra ortalaması=311.36), olumlu (Sıra ortalaması=278.63), normal Sıra ortalaması=300.56), olumsuz olan gruplar (Sıra ortalaması=192.91) enerji puan sıra ortalaması çok olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=55.32) daha büyüktür.

Ruhsal sağlık düzeyinde normal (Sıra ortalaması=228.47), olumsuz olan gruplar ruhsal sağlık puanı (Sıra ortalaması=206.01), çok olumsuz olan gruptan Sıra ortalaması=89.08) daha büyüktür.

Sosyal işlevsellik düzeyinde normal olan grubun sosyal işlevsellik puanı (Sıra ortalaması=268.94), olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=197.71) daha büyük, çok olumlu (Sıra ortalaması=263.43), olumlu (Sıra ortalaması=285.63), normal (Sıra ortalaması=268.94), olumsuz olan gruplar (Sıra ortalaması=197.71) sosyal işlevsellik puanı çok olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=66.38) daha büyüktür. ($p<0.05$)

Ağrı düzeyinde çok olumlu (Sıra ortalaması=382.43), olumlu (Sıra ortalaması=329.75), normal olan gruplar (Sıra ortalaması=324.27) ağrı puan sıra ortalaması olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=186.82) daha büyük, çok olumlu (Sıra ortalaması=382.43), olumlu (Sıra ortalaması=329.75), normal (Sıra ortalaması=324.27), olumsuz olan gruplar (Sıra ortalaması=187.72) ağrı puan sıra ortalaması çok olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=41.17) daha büyüktür. ($p<0.05$)

Genel sağlık düzeyinde çok olumlu (Sıra ortalaması=364.64), olumlu (Sıra ortalaması=349.38), normal olan gruplar (Sıra ortalaması=319.94), genel sağlık puan sıra ortalaması olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=186.82) daha büyük, çok olumlu (Sıra ortalaması=364.64), olumlu (Sıra ortalaması=349.38), normal (Sıra ortalaması=319.94), olumsuz olan gruplar (Sıra ortalaması=186.82) genel

sağlık puan sıra ortalaması çok olumsuz olan gruptan (Sıra ortalaması=51.49) daha büyüktür. ($p<0.05$)

Tablo 4.11: Mevcut Sağlık Durumu Faktörüne Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı

		Şu anki sağlık durumunu nasıl hissettiğine dair değerlendirme					Kruskal Wallis	P	Bonferroni
		Çok olumlu (1)	Olumlu (2)	Normal (3)	Olumsuz (4)	Çok olumsuz (5)			
Fiziksel fonksiyon	Medyan (min-max)	75 (45-100)	95 (65-100)	80 (20-100)	65 (0-100)	15 (0-80)	114.355	0.0001*	4<2; 4<3; 5<1; 5<2; 5<3; 5<4
	Sıra Ort.	251.57	334.13	274.78	198.90	44.26			
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	28 (22-63)	50.5 (22-100)	36 (22-70)	52 (0-100)	52 (0-100)	6.491	0.165	4<1; 4<2; 4<3; 5<1; 5<2; 5<3
	Sıra Ort.	122.57	213.94	169.47	199.92	204.61			
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	48 (26-100)	68 (0-100)	70 (0-100)	62 (0-100)	54 (0-100)	8.005	0.091	4<1; 4<2; 4<3; 5<1; 5<2; 5<3
	Sıra Ort.	218.71	225.25	232.49	190.62	175.8			
Enerji	Medyan (min-max)	70 (30-100)	70 (20-85)	60 (25-80)	40 (5-80)	15 (0-45)	120.393	0.0001*	4<3; 5<1; 5<2; 5<3; 5<4
	Sıra Ort.	311.36	278.63	300.56	192.91	55.32			
Ruhsal sağlık	Medyan (min-max)	68 (48-84)	70 (40-92)	80 (28-92)	72 (20-92)	56 (24-84)	44.650	0.0001*	5<3; 5<4
	Sıra Ort.	178.57	194.13	228.47	206.01	89.08			
Sosyal işlevsellik	Medyan (min-max)	62.5 (63-100)	87.5 (38-100)	87.5 (38-100)	62.5 (13-100)	37.5 (13-63)	86.464	0.0001*	4<3; 5<1; 5<2; 5<3; 5<4
	Sıra Ort.	263.43	285.63	268.94	197.71	66.38			
Ağrı	Medyan (min-max)	100 (90-100)	77.5 (45-90)	77.5 (33-100)	35 (0-88)	0 (0-33)	178.391	0.0001*	4<1; 4<2; 4<3; 5<1; 5<2; 5<3; 5<4
	Sıra Ort.	382.43	329.75	324.27	187.72	41.17			
Genel sağlık	Medyan (min-max)	70 (50-100)	57.5 (45-80)	60 (25-90)	35 (10-70)	20 (10-40)	163.178	0.0001*	4<1; 4<2; 4<3; 5<1; 5<2; 5<3; 5<4
	Sıra Ort.	364.64	349.38	319.94	186.82	51.49			

*istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$)

4.2.4.7. Sağlık Okur Yazarlığı Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık alt boyutların teşhis ve tedavinin başlamasından sonraki süreçte sağlık okur yazarlığını değerlendirme durumuna

göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$). Çok olumlu olanların fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=249.94), emosyonel rol güçlüğü (Sıra ortalaması=176.17), enerji (Sıra ortalaması=313.17), sosyal işlevsellik (Sıra ortalaması=247.94), ağrı puanı (Sıra ortalaması=346.83) ve genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=338.56) diğer gruplardan daha büyüktür. ($p<0.05$). Çok olumlu olanların, enerji (Sıra ortalaması=313.17), ağrı puanı (Sıra ortalaması=346.83) diğer gruplardan daha büyük, nötr olanların ruhsal sağlık puanı (Sıra ortalaması=216.84) diğer gruplardan daha büyük olduğu görülmüştür. ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre *fiziksel fonksiyon* düzeyinde çok olumlu (Sıra ortalaması=249.94), nötr olan gruplar fiziksel fonksiyon puanı (Sıra ortalaması=214.23) olumlu olan gruplardan (Sıra ortalaması=155.22) daha büyüktür.

Emosyonel rol güçlüğü düzeyinde çok olumlu olan gruplar (Sıra ortalaması=176.17) emosyonel rol güçlüğü puanı, olumlu (Sıra ortalaması=176.26), nötr olan gruplardan (Sıra ortalaması=206.04) daha küçüktür.

Enerji düzeyinde çok olumlu olan grup enerji puanı (Sıra ortalaması=313.17), olumlu (Sıra ortalaması=162.34), nötr olan gruplardan daha büyük, nötr olan grup enerji puanı (Sıra ortalaması=208.27) olumlu olan gruptan (Sıra ortalaması=162.34) daha büyüktür.

Ruhsal sağlık düzeyinde nötr olan grup ruhsal sağlık puanı (Sıra ortalaması=216.84) olumlu olan gruptan (Sıra ortalaması=153.76) daha büyüktür.

Sosyal işlevsellik düzeyinde çok olumlu (Sıra ortalaması=247.94), nötr olan gruplar sosyal işlevsellik puanı (Sıra ortalaması=225.93) olumlu olan gruptan (Sıra ortalaması=132.39) daha büyüktür.

Ağrı düzeyinde çok olumlu olan grup ağrı puanı (Sıra ortalaması=346.83) olumlu, nötr olan gruplardan (Sıra ortalaması=215.29) daha büyük, nötr olan grup (Sıra ortalaması=215.29) ağrı puanı olumlu olan gruptan (Sıra ortalaması=146.29) daha büyüktür.

Genel sağlık düzeyinde çok olumlu olan grup genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=338.56) olumlu, nötr olan gruplardan (Sıra ortalaması=208.90) daha büyük, nötr olan grup genel sağlık puanı (Sıra ortalaması=208.90) olumlu olan gruptan (Sıra ortalaması=159.34) daha büyüktür.

Tablo 4.12: Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Durumlarına Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı

		Teşhis ve tedavinin sonraki süreçte hastaların sağlık okur okuryazarlığının değerlendirilmesi					
		Çok olumlu (1)	Olumlu (2)	Nötr (3)	KW	p	Bonferroni
Fiziksel fonksiyon	Medyan (min-max)	75 (30-100)	55 (0-100)	70 (0-100)	25.713	0.0001*	2<1; 2<3
	Sıra Ort.	249.94	155.11	214.23			
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	28 (22-70)	44 (0-100)	52 (0-100)	2.607	0.272	-
	Sıra Ort.	143.72	190.2	200.06			
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	33.33 (0-100)	52 (0-100)	66.67 (0-100)	6.273	0.043*	2<1; 3<1
	Sıra Ort.	176.17	176.26	206.04			
Enerji	Medyan (min-max)	65.00 (30-100)	35.00 (0-85)	45.00 (5-80)	24.407	0.0001*	2<1; 3<1; 2<3
	Sıra Ort.	313.17	162.34	208.27			
Ruhsal sağlık	Medyan (min-max)	68.00 (48-88)	68.00 (20-92)	76.00 (24-92)	26.961	0.0001*	2<3
	Sıra Ort.	196.44	153.76	216.84			
Sosyal işlevsellik	Medyan (min-max)	62.50 (25-100)	50.00 (25-100)	62.50 (12-100)	62.778	0.0001*	2<1; 2<3
	Sıra Ort.	247.94	132.39	225.93			
Ağrı	Medyan (min-max)	100.00 (22-100)	22.50 (0-100)	45.00 (0-100)	49.624	0.0001*	2<1; 3<1; 2<3
	Sıra Ort.	346.83	146.29	215.29			
Genel sağlık	Medyan (min-max)	75.00 (25-100)	30.00 (20-80)	35.00 (10-75)	31.826	0.0001*	2<1; 3<1; 2<3
	Sıra Ort.	338.56	159.34	208.90			

*istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

4.2.4.8. Psikososyal Destek Faktörü ve SF – 36 Ölçeği Alt Boyut İlişkisi

Fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık, genel sağlık boyutlarının hastalık sürecinde, kardiyovasküler hastalık ve etkilerine ilişkin, Tablo 4.13’de gösterildiği üzere psikososyal destek alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0.05).

Destek almayanların fiziksel fonksiyon (Sıra ortalaması=96.36), ruhsal sağlık (Sıra ortalaması=89.71), genel sağlık puanının (Sıra ortalaması=105.14) alanlardan küçük olduğu görülmüştür. Hastalık sürecinde psikososyal destek alanların ruhsal sağlık puanı (Sıra ortalaması=197.43), fiziksel fonksiyon puanından (Sıra ortalaması=197.31), genel sağlık puanından (Sıra ortalaması=197.15) alanlardan büyük olduğu görülmüştür. (p<0.05). (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Katılımcıların Psikososyal Destek Alma Faktörüne Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı

		Hastalık sürecinde psikososyal destek alma durumu			
		Evet	Hayır	Z	P
Fiziksel fonksiyon	Medyan (min-max)	65.00 (0-100)	40.00 (5-55)	-2.353	0.019*
	Sıra Ort.	197.31	96.36		
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	52 (0-100)	32 (26-68)	-0.371	0.711
	Sıra Ort.	195.79	179.86		
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	62 (0-100)	0 (0-90)	-1.763	0.078
	Sıra Ort.	196.86	121.36		
Enerji	Medyan (min-max)	40.00 (0-100)	30.00 (5-65)	-1.130	0.259
	Sıra Ort.	196.37	148.00		
Ruhsal sağlık	Medyan (min-max)	62.50 (13-100)	56.00 (38-100)	-2.517	0.012*
	Sıra Ort.	197.43	89.71		
Sosyal işlevsellik	Medyan (min-max)	62.50 (13-100)	50.00 (38-100)	-1.393	0.164
	Sıra Ort.	196.56	137.64		
Ağrı	Medyan (min-max)	45.00 (0-100)	32.50 (0-90)	-0.581	0.561
	Sıra Ort.	195.94	171.21		
Genel sağlık	Medyan (min-max)	35.00 (10-90)	20.00 (15-100)	-2.157	0.031*
	Sıra Ort.	197.15	105.14		

*istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

Ağrı boyutunun hastalık sürecinde kardiyovasküler hastalıklar, etkileri ve tıbbi tedaviye uyuma ilişkin ailelerin psikososyal destek alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür. Ağrı alt boyutunda psikososyal destek alanların puanı (Sıra ortalaması=359.00), destek almayanların puanından (Sıra ortalaması=194.23) büyüktür (p<0.05).

Tablo 4.14: Katılımcıların Ailelerinin Psikososyal Destek Alma Faktörüne Göre SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımı

		Hastalık sürecinde tıbbi tedaviye uyuma ilişkin ailelerin psikososyal destek alma durumu			
		Evet	Hayır	Z	P
Fiziksel fonksiyon	Medyan (min-max)	45.00 (20-50)	65.00 (0-100)	-1.507	0.132
	Sıra Ort.	98.00	196.26		
Fiziksel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	28 (24-32)	52 (0-100)	-1.592	0.111
	Sıra Ort.	92.5	196.3		
Emosyonel rol güçlüğü	Medyan (min-max)	48 (28-90)	62 (0-100)	-0.108	0.914
	Sıra Ort.	202.5	195.45		
Enerji	Medyan (min-max)	65.00 (40-70)	40.00 (0-100)	-1.639	0.101
	Sıra Ort.	301.33	194.68		
Ruhsal sağlık	Medyan (min-max)	68.00 (56-84)	72 (20-92)	-0.152	0.879
	Sıra Ort.	185.67	195.58		
Sosyal işlevsellik	Medyan (min-max)	62.50 (38-100)	62.50 (13-100)	-0.209	0.834
	Sıra Ort.	208.83	195.40		
Ağrı	Medyan (min-max)	90.00 (75-100)	42.50 (0-100)	-2.549	0.011*
	Sıra Ort.	359.00	194.23		
Genel sağlık	Medyan (min-max)	80.00 (25-100)	35.00 (10-90)	-1.443	0.149
	Sıra Ort.	288.33	194.78		

*istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05)

4.2.5. Araştırmanın Nicel Boyutuna İlişkin Sonuçlar

Araştırmada, kardiyolojik tanı alan hastaların yaş grubu incelendiğinde, katılımcıların ağırlıklı olarak 60 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Kardiyovasküler hastalıklarda, ileri yaş bir risk faktörüdür ve çalışma bulguları literatür ile uyumludur. Tüm boyutların yaşa göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür.

Cinsiyet açısından incelendiğinde, alan yazımı ile uyumlu olarak, kardiyolojik tanı ve tedavi öyküsünün kadınlara göre erkeklerde daha fazla görüldüğü kaydedilmiştir. Fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik boyutlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür. Erkeklerin fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik puan sıra ortalaması kadınlardan büyük olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan kardiyolojik tanı hastalar medeni durum açısından değerlendirildiğinde, çoğunluğunun evli olduğu kaydedilmiştir. Araştırmaya

katılan bekarların fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü puan sıra ortalaması evlilere göre büyük olduğu, evlilerin ruhsal sağlık puan sıra ortalaması bekarlara göre büyük olduğu görülmüştür. Literatüre göre, evliliğin, düzenli ve sağlıklı yaşam açısından olumlu bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir. Çalışmadaki medeni durum parametresi, alan yazımı ile benzer sonuçları göstermektedir.

Araştırmada, kardiyolojik tanı ve tedavi aşamasında bulunan hastaların eğitim durumu incelendiğinde, literatür ile uyumlu olarak eğitim seviyesi arttıkça tanılarının azaldığı, yüksek öğretim mezunu kişilerin, eğitim seviyesi daha düşük kişilere oranla, kişisel sağlık bilincinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık boyutlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür.

Tüm boyutları mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür. Sağlık çalışanı, şoför, akademisyen, yazar, bahçıvan gibi çeşitli alanlarda kodlanan farklı iş kollarında çalışan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık puan sıra ortalaması emekli olan veya gelir getirici bir işte çalışmayan gruplardan büyüktür. Katılımcıların büyük bir kısmı emeklilerden oluşmaktadır. Çalışma bilgisi açısından, kardiyolojik tanı sonucunda birçok hastada maluliyet durumu olduğu, dolayısıyla işsiz veya emekli kategorisinde yer aldıkları veya hastaların ileri yaşta kalp hastalıklarının riski artması sebebiyle, tanı ve tedavi süreçlerinin emeklilik dönemlerine rastladığı görülmüştür.

SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık boyutlarında tanı ile uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Katılımcılar, kardiyovasküler hastalıklardan genel sağlık durumlarının majör bir biçimde olumsuz etkilendiği ifade etmişlerdir. Kardiyovasküler hastalık tanısı alan kişilerin, fiziksel fonksiyon ve daha belirgin olarak fiziksel rol güçlüğü yaşadıkları, günlük mobilitede zorlandıkları kaydedilmiştir. Katılımcılar, fiziksel dayanıklılıklarının düştüğünü, fiziksel rol güçlüğüne ev ve iş yaşantılarını etkilediğini aktarmıştır. Hastaların sağlık komplikasyonları ve psikososyal etmenler ile birlikte değerlendirilmiştir. Katılımcılar, kardiyovasküler sistem hastalıklarının hayatlarına girmesinden sonra, duygusal ilişkilerinde zorlandıklarını, ilişkiselliklerini etkileyecek boyutta emosyonel rol güçlüğü yaşadıklarını beyan etmişlerdir.

Katılımcılar, hastalığın seyri için olumsuz duygulanım oluşturduğunu, duygusal olarak tükenmiş ve bunalmış hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hastalar, mortalitesi yüksek olan kardiyovasküler hastalıkların tanısını aldıktan sonra, fiziksel kısıtlamalar ile birlikte sosyal işlevselliklerinin düştüğünü ve sağlık durumlarının ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu aktarmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında, ruhsal sağlık, sosyal işlevselliğe ilişkin puanlamaların, ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi ile ilgili literatür yazını ile uyumlu olduğu görülmüştür. Hastalar, fiziksel olarak tanımladıkları ağrı veya yakınmalar ile birlikte psikososyal açıdan zorlandıkları bir süreçten geçtiklerini ifade etmişlerdir.

Psikososyal destek ve kardiyak sosyal hizmet modellerine duyulan ihtiyaç ölçüldüğünde, hastaya ve ailesine psikososyal açıdan destek sunan ve ihtiyaçlarını analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmayı kolaylaştıran bir sağlık hizmeti önerilmediği görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların genelinde, tanı ve tedavi sürecinde kardiyovasküler hastalık ve etkilerine ilişkin, psikososyal destek ve danışmanlık alamadığı kaydedilmiştir. Katılımcıların, kardiyovasküler hastalığın yaşamlarına girmesinden sonra meydana gelen majör değişikliklerin oluşturduğu durumlar ile baş edemedikleri, kardiyak sosyal hizmet uygulamasını talep ettikleri görülmüştür. Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının, katılımcıların hastalık sürecinde karşılaştıkları fiziksel, duygusal ve sosyal zorlukları aşmada işlevsel olabileceği düşünülmüştür.

4.3. Denenceye İlişkin Nitel Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın nitel boyutundan elde edilen bulgular ve yorumlarına yer verilmiştir. Sıralı karma model olarak montajlanan araştırmanın, nicel boyutuna katılan 390 kişi arasından seçilen 20 kişi çalışmanın nitel boyutuna dahil olmuştur. Veri toplama sürecinde, kardiyolojik tanısı olan, girişimsel kardiyolojik işlem uygulanan ve koroner yoğun bakım tedavi süreci bulunan hastalar ile çalışılmıştır. Kardiyoloji kliniği kateter laboratuvarında uygulanan tanısız ve terapötik işlemler doğası gereği, ölüm, kalp krizi, inme, böbrek yetersizliği, trombo emboli, kanama, enfeksiyon gibi hayati ve önemli riskler taşımaktadır. Bu sürecin hasta ve hasta yakınlarında minimum travmatik etki yaratmasının, erken dönemde işlem başarısına olumlu etki etmesi beklenirken, kardiyovasküler hastalıkların kronik seyri düşünüldüğünde uzun dönemde de hastanın tedaviye uyumunun artırılmasına ve dolayısıyla hastalık süreçleriyle daha iyi baş etme becerilerine

katkı vermesi beklenir. Bu bağlamda araştırmanın amacına uygun olarak, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarına duyulan gereksinimi belirlemek ve girişimsel işlem uygulanan (anjiyo, stent uygulaması) hastaların deneyimlerini analiz etmek hedeflenmiştir.

Araştırmaya katılan kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin öznel deneyimleri, araştırmanın niteliksel boyutu ile uygulanan derinlemesine görüşmeler aracılığıyla incelenmiş ve analiz edilmiştir. Nitel bulguların sunumuna, katılımcıların tanıtıcı bulguları ile başlanmıştır. Ardından, araştırma soruları çerçevesinde oluşturulan “kod – kategori – temalar” sunulmuştur.

4.3.1. Nitel Örneklemdeki Katılımcı Hasta Grubuna İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Araştırmanın nitel kısmına katılan 20 hastaya ilişkin tanıtıcı bilgiler Tablo 4.15’de paylaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalamasının 64.2 olduğu kaydedilmiştir.

Katılımcıların, %5’i (n=1) 50 yaş altı, %15’i (n=3) 50 – 60 yaş aralığında, %70’i (n=14) 60 – 70 yaş aralığında, %10’u (n=2) ise 70 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların, %5’nin kadın, %95’nin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %90’nının (n=18) İstanbul’da yaşadığı, %10’unun (n=2) İstanbul dışında yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların %30’unun (n=6) emekli olduğu, %25’inin (n=5) gelir getirici bir işte çalışmadığı, ücretsiz aile işçisi olduğu kaydedilmiştir. Katılımcıların %55’inin (n=11) ilkokul ve altı, %30’unun (n=6) ortaokul, %15’inin (n=3) üniversite eğitim durumunun olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %75’inin (n=15) evli olduğu ve %25’inin (n=5) bekar olduğu kaydedilmiştir.

Tablo 4.15: Nitel Örneklemedeki Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
50 yaş altı	1	5
50-60	3	15
60-70	14	70
70 ve üzeri	2	10
Cinsiyet		
Kadın	5	25
Erkek	15	75
Yaşam yeri		
İstanbul	18	90
Diğer	2	10
Meslek		
Emekli	6	30
Ücretsiz Aile İşçisi	5	25
Güvenlik Görevlisi	2	10
Deniz Ulaştırma Teknikeri	1	5
Yazar	1	5
İnşaat Teknikeri	1	5
Şoför	1	5
Kuaför	1	5
Bahçıvan	1	5
Oto Tamircisi	1	5
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	11	55
Ortaöğretim	6	30
Üniversite	3	15
Medeni durum		
Evli	15	75
Bekar	5	25

Katılımcıların, tedavi sürecinde kendilerini mental ve ruhsal olarak nasıl hissettikleri ve tedavi sürecine ilişkin farkındalıklarını ölçmek amacıyla sağlık okur yazarlıklarındaki değişim sorulmuştur. Değerlendirmeler Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16: *Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Mevcut Sağlık Durumu ve Sağlık Okur Yazarlığı (Nitel Örneklem)*

Özellikler	n	%
Mevcut Sağlık Durumu		
Çok olumlu	2	10
Olumlu	2	10
Normal	6	30
Olumsuz	8	40
Çok olumsuz	2	10
Tedavi Sonrası Sağlık Okur Yazarlığındaki Değişim		
Çok olumlu yönde gelişti	5	25
Olumlu yönde gelişti	7	35
Nötr, değişiklik olmadı	8	40

Araştırmanın nitel boyutuna katılanların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin bilgilerine göre dağılımı Tablo 4.16’da ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Katılımcıların %10’unun (n=2) şu anki sağlık durumunu olumlu, %10’unun (n=2) çok olumlu, %30’unun (n=6) normal hissettiği görülmüştür. Katılımcıların %40’ının (n=8) sağlık durumunu olumsuz, %10’unun (n=2) ise çok olumsuz olarak nitelediği izlenmiştir. Ayrıca, tedavi deneyimleri ve sağlık okur yazarlığı değerlendirildiğinde, katılımcıların %40’ının (n=8) teşhis ve tedavinin başlamasından sonraki süreçte sağlık okur yazarlığını nötr, değişmedi olarak gördüğü, %35’inin (n=7) olumlu yönde değiştiğini ifade ettiği, %25’inin (n=5) ise çok olumlu yönde değiştiğini aktardığı kaydedilmiştir. Bu durum, girişimsel işlem uygulanan ve yaşam kalitesi olumlu yönde değişen hastaların, tedavi sonrası bakım ile ilgili farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir.

4.3.2. Kardiyolojik Tedavi Sürecinde Olan Hastaların Psikososyal Destek Alma Durumu ve Sosyal Hizmet Müdahalesi

Araştırmanın nitel boyutuna katılan hastaların cevapları incelenmiştir. Katılımcılara, kendileri ve yakınlarının psikososyal destek alma durumları ve psikososyal danışmanlık ihtiyaçlarına ilişkin sorular yönlendirilmiş, cevaplara ilişkin bilgiler Talo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17: *Hasta ve Ailesinin Psikososyal Destek Alma Durumu*

Özellikler	Sayı	%
Hastanın psikososyal destek alma durumu		
Evet	1	5
Hayır	19	95
Hasta ailesinin psikososyal destek alma durumu		
Evet	1	5
Hayır	19	95

Katılımcıların %5'inin (n=1) hastalık sürecinde, kardiyovasküler hastalık ve etkilerine ilişkin psikososyal destek aldığı, %95'lik (n=19) büyük bir bölümünün destek almadığı görülmüştür. Hasta yakınlarının, kardiyovasküler hastalıklar ve etkileri, tıbbi tedaviye uyumla ilgili sadece %5'inin (n=1) psikososyal destek aldığı, ailelerden %95'lik (n=19) kısmının psikososyal destek almadığı görülmüştür.

4.3.3. Kardiyolojik Hastalıklarda Psikososyal Destek

Katılımcılara, psikososyal destek ve sistemler arasında mediatörlüğü içeren bir hizmet modeli ile karşılaşma durumları ve bu hizmet modeline ilişkin ihtiyaçları sorulmuştur. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hastaların, nicel boyutta verdikleri cevaplar Tablo 4.18'de aktarılmıştır.

Tablo 4.18: *Destek ve Danışmanlık Talebi*

Özellikler	Sayı	%
Hastalık sürecinde, hasta ve ailesini psikososyal açıdan destekleyen ve güçlendiren, ihtiyaçlarını analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmayı kolaylaştıran bir sağlık hizmeti önerilme durumu		
Evet	0	0
Hayır	20	100
Fiziksel tedavinin yanında, psikososyal destek talep etme durumu		
Evet	0	0
Hayır	20	100

Katılımcıların tamamı %100 (n=20) hastalık sürecinde, kendisi ve ailesini psikososyal açıdan destekleyen ve güçlendiren, ihtiyaçlarını analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmasını kolaylaştıran bir sağlık hizmetinin önerilmediğini aktarmıştır. Yine, katılımcıların tamamı %100 (n=20) fiziksel tedavinin yanında, kendilerini psikolojik ve sosyal olarak destekleyecek ve yaşam koşullarına ilişkin danışmanlık hizmetleri sunacak bir sağlık hizmetini talep ettiklerini aktarmıştır.

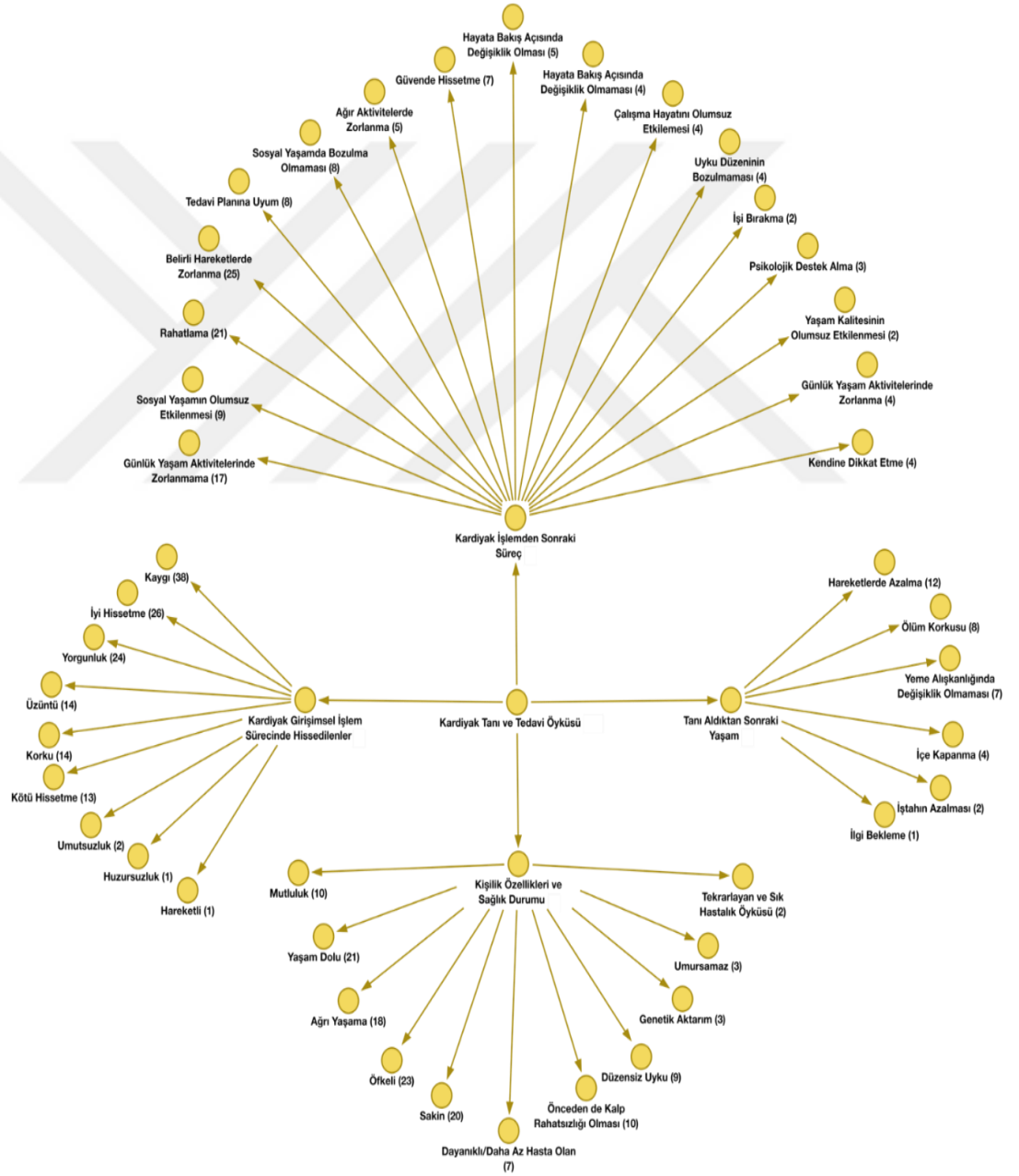
Kardiyovasküler tanılı hasta grubunda, tanı konulmasının ardından, araştırmanın nicel bulgularında vurgulandığı üzere yaşam fonksiyonlarında sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yaşantının kısıtlanması ve hastalığın yüksek mortalite riski sebebiyle kaygıların artması, kişilerin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların, tıbbi uygulamalar ile senkron bir biçimde psikososyal destek alması gerekmektedir. Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının gerçekleştirildiği her hasta ve yakını, psikososyal destek sistemlerinin gerekli olduğunu ifade etmiştir.

4.3.4. Nitel Bulguların Kategorileştirilmesi ve Çözümlemesi

Araştırma problemlerine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Araştırmada gizliliği korumak adına katılımcılar K1-K20 şeklinde numaralandırılmıştır. MaxqDa2022 ile yapılan tematik analizle, kod, kategori ve temalar oluşturulmuştur. Araştırma Şekil 4.1’de görüldüğü üzere 4 ana tema altında toplanmıştır. Bunlar, kardiyak tanı ve tedavi öyküsü, süreç boyunca kurulan ilişkiler, sürece dair öneriler, sistemsel sorunlardır.

4.3.4.1. Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü

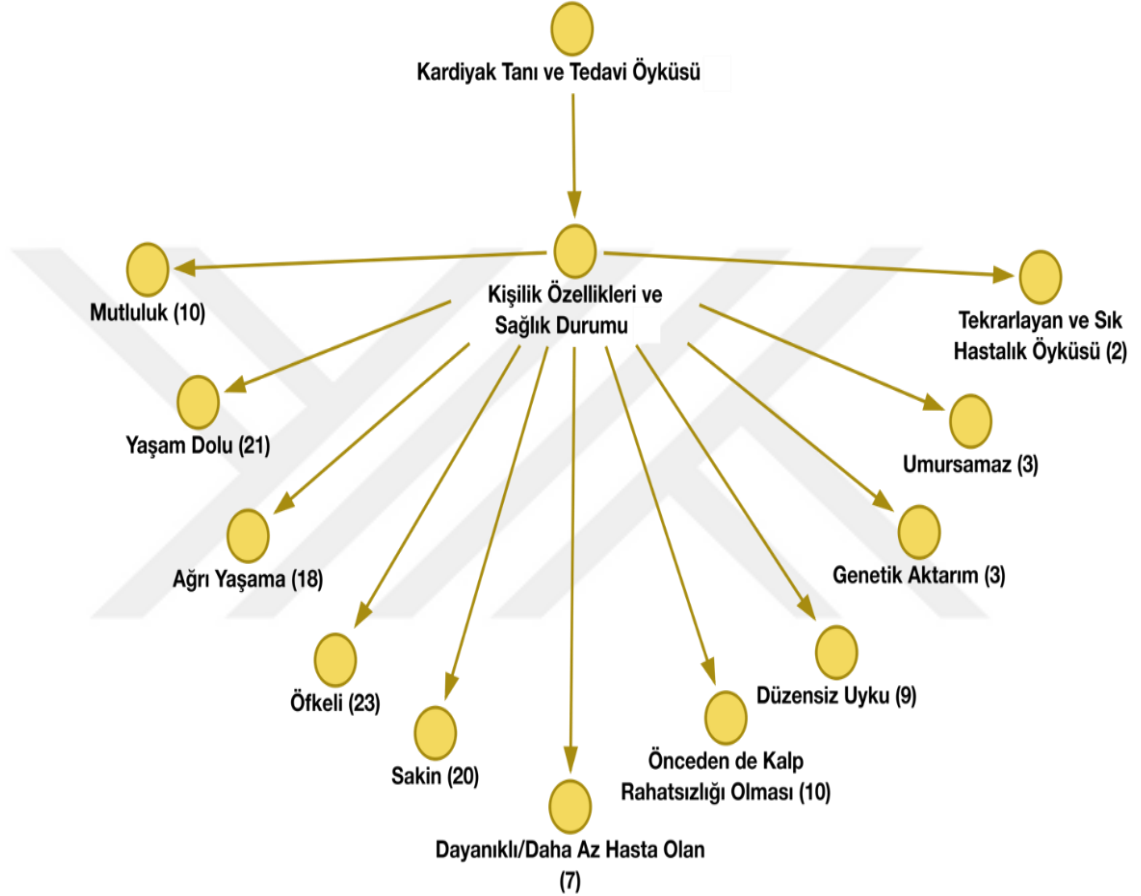
Kardiyak tanı ve tedavi öyküsüne ilişkin, çalışmanın nitel boyutuna katılan hastaların derinlemesine görüşmede verdiği bilgileri aşağıdaki Şekil 3, hiyerarşik kod şemasında verilmiştir. Araştırmanın ilk teması olan kardiyak tanı ve tedavi öyküsü hiyerarşik kod alt bölümler modeli Şekil 3’de görülmektedir. Kardiyak tanı ve tedavi öyküsü teması 4 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; kişilik özellikleri ve sağlık durumu, kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenler, tanı aldıktan sonraki yaşam, kardiyak işlemden sonraki süreçtir.



Şekil 4.3: Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

a) Kişilik Özellikleri ve Sağlık Durumu

Katılımcıların ifadeleri kardiyak tanı ve tedavi öyküsü temasında bulunan kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisi 12 farklı kod ile tanımlanmış, Şekil 4.4'de gösterilmiştir. Bunlar; öfkeli, yaşam dolu, sakin, ağrı yaşama, önceden de kalp rahatsızlığı olması, mutluluk, düzensiz uyku, dayanıklı/daha az hasta olan, umursamaz, genetik aktarım, tekrarlayan ve sık hastalık öyküsüdür.



Şekil 4.4: Kişilik özellikleri ve sağlık durumuna ilişkin söylemler

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcılar öfke duygusu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar, özellikle kardiyolojik tanı sonrasında, üzüntülü ve kaygılı hissettiklerini, sinirli mizaç özelliklerinin açığa çıktığını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K11, K8 ve K2 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

"O ani sinirlenmeler... Çoktan varlar ama temel sıkıntı bu hastalığı halledemeyeceğimizi zannetmemiz. İşte biz hayattaki diğer sıkıntıları hallettik ama şimdi de sağlığımızı kaybettik ne demek istediğimi anladın mı?" (K3)

"Benim çok sinirim var, aşırı sinirim var. Kalpten mi bilmem, rotadan çıktığım zamanda durduramıyorum kendimi çünkü çok sinir oluyorum o zaman işte karşındakinin ne olduğuna bakmaksızın kalbini kırabiliyorum ondan sonra pişman oluyoruz da." (K11)

"Kalple uğraşırken, hiçbir şey konuşmak, kimseyle görüşmek istemedim. Gergin, sinirli biri olmuştum." (K8)

"Durumu tansiyona, şekere vuruyorum ama değiştim. Aşırı sinirliyim." (K2)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod yaşam dolu olmuştur. Özellikle, girişimsel kardiyolojik işlemler sonrasında, hastaların yaşam kalitelerinin arttığı, kaygı, üzüntü, öfke, umursamama / kayıtsızlık duygularının azaldığı, yaşam enerjisinin yükseldiği izlenmiştir. Katılımcılar kendilerini mutlu, yaşam dolu ve enerjik olarak tanımlamışlardır. Konuyla ilgili K3, K16 ve K18 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Ben kendimi artık hep yaşam dolu olarak görüyorum." (K3)

"Yaşamayı seviyorum tabii..." (K18)

"Anjiyoda çok mutluydum. Bu iş burada bitmiş. (Hastalık öyküsünün bittiğini ifade ediyor) Allah'a şükürler olsun dedim ama bir damarlardan tanesi açılmamış dedi ne kadar bir ay sonra tekrar geleceğiz. Yine de çok mutluyum, şükür. Eskiden bana ne olacağını bilmiyordum, şimdi iyiyim, mutluyum." (K16)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod ağrı yaşamadır. Katılımcılar kardiyak işlemde önce ve sonraki bazı ağrı deneyimlerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K4, K11, K15 ve K20 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Günlerimi hep ağrılı geçirdim. Bayağı böyle hastayım, ben belimden aşağısında bir ağrı var. Kalp, o da acıyor öyle bu omuz köklerimiz bile ağrıyor. Böyle artık ne bileyim ben. Yaşlandı her şey geliyor insana." (K4)

"Şu an ara ara şurama (göğüs bölgesini gösteriyor) bir ağrı giriyor azıcık ondan anjiyo olurken de oldu burama (göğüs ve kalp bölgesini gösteriyor)" (K11)

“Ben önce tansiyon hastasıydım sonra kalp hastası oldum. Dolayısıyla kalbim ağrıdı benim. Bir 15-20 gün bayağı ağrıdı o beni yıprattı çalışırken işimi yapamadım.” (K15)

“Ya şöyle tam hani kesin anjiyo olacak dendiği an tabii o ana kadar bana herhalde bir şey demeyecekler bir sıkıntı yok evine gidebilirsin takip edecekler zannediyordum ama kesin denilince orada böyle bir dibe vurдум. Yani hani bundan başka da yolu yok. Herhalde mecbur bu anjiyoyu olacaksın ve büyük ihtimalle de stent takılacak dendi. Orada bir dibe vurдум İkinci dibe vurma da şey de oldu, tam anjiyo sırasında. Balon şişirdikleri sırasında, hani bu arada kan herhalde hiç gitmiyor tabii. İnsanlar kalple ilgili göğüs ağrısı falan diyorlar da ben o ana kadar sıradan ağrı zannediyordum. Tam anjiyo esnasında, hani öyle bir baskı hissettim ki göğsümde... Dedim... Yani dedim herhalde ölüyorum. Ölüyorum zannettim ama çok kısa sürdü o. Anjiyo işlemi geçtikten sonra rahatladım, zaten beş on dakika içinde de bitti.” (K20)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod düzensiz uykudur. Katılımcılar uykularının düzensiz olduğunu aktarmışlardır. Konuyla ilgili K5 ve K16 kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Şimdi uyuyamıyorum, endişe var. Uyusam yarım saat uyuyorum uyanıyorum. Hemen sigara yakıyordum" (K5)

"Bu son zamanlarda ağrı oluyor, biraz geceleri böyle saat 3'lerde 4'lerde uyuyorum. O aralarda sabaha kadar uyuyamıyorum sabahleyin tekrar uyuyorum. " (K16)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod genetik aktarımdır. Katılımcılar ailede kalp rahatsızlığı öyküsü olduğundan bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K7 ve K10 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Var var, yok var bizim ailede hepsinde kalp var " (K7)

"Var, babam kalp krizi geçirdi" (K10)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod, kardiyolojik hastalıklarının bir süredir devam etmesidir. Katılımcılar hastalık geçmişlerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K9, K11 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Ben üç dört tane anjiyo geçirdim" (K9)

"On yıl önce bir özel hastaneye gitmiştim orada check-up yaptılar orada bir anjiyo da yaptılar belli oranda bir şey vardı zannederim damarımda. İki tane ilaç verdiler o ilaçlara devam ediyorum ondan beri öyle bir rahatsızlığım yoktu. Yine geçenlerde Şubat ayında, bir yine özel hastaneye check-up yaptırdım orada olumsuz çıktı sonuçlar. Sonuçları bu hastaneye getirdim. Anjiyo yapmamız lazım dediler. Anjiyo yaptıktan sonra damarlarda tıkanıklık olduğunu söylediler. Stent takmaya karar verdiler." (K19)

"Benim kalp sorunları hiç bitmedi. Yok damarın bir tanesinde %99 tıkanıklık vardı bir tanesinde %80 daralma vardı bir tanesinde %60 tıkanıklık vardı. %99 tıkanıklık olan açıldı. Hocalarımız açtı sağ olsunlar. Sigarayı bıraktınca biraz daha iyi oldum." (K11)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcılar, girişimsel kardiyolojik işlem sürecine karar verdiklerinde ve sonrasında, önceki duygulanımlarına göre kendilerini daha sakin olarak tanımlamışlardır. Katılımcılar daha sakin, daha az sinirli kişilik özellikleri göstermeye başladıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K9, K13 ve K20 kodlu katılımcıların beyanları şöyledir:

"Ben öyle artık çok da sinirli değilim, öyle sinirli birisi değilim " (K9)

"Yok çok sinirli olmuyorum, sakinim yani" (K13)

Yorgunluk hissim azaldı. Tedaviden sonra, daha ziyade böyle bir şeyin hani iyi geçmesinin vermiş olduğu böyle bir rahatlık hissettim." (K20)

Kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde katılımcılar, özellikle tedavi süreci başladığında hissettikleri mutluluk duygusu ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar genel olarak mutlu olduklarından ve kardiyak işlem sürecinin sorunsuz

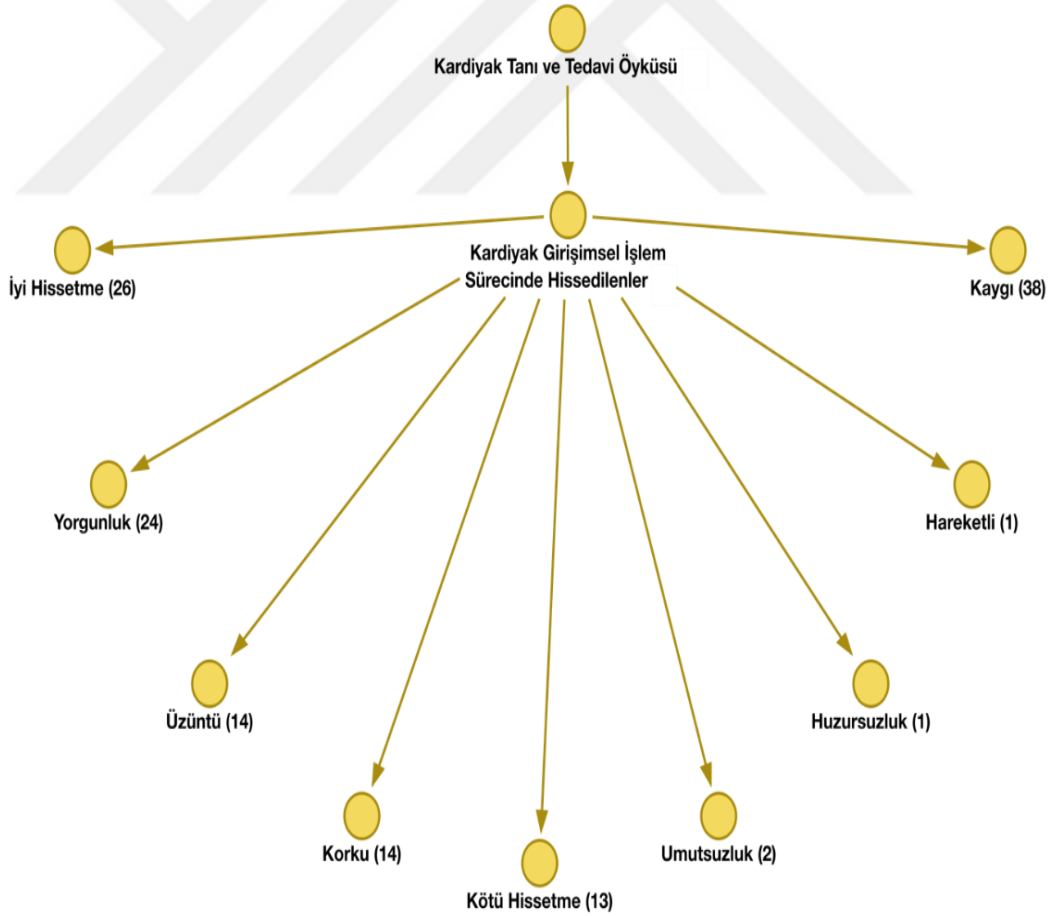
geçmesinden dolayı sevinçli olduklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K14 kodlu katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"İyileşiyorum. Mutlu bir insanım." (K3)

"Anjiyo iyi geçtiği için sevindim. Doktor çok iyi geçti dedi. Öbür sefer de çok güzel olmuş dedi. Çok güzel yapmışlar damarını dedi. Sevindik tabii... Benim yaşımı 15'e, olmadı 25'e indirseler olur. Biraz güç geldi bana, mutluyum. Daha dünyaya hiç doyamadım." (K14)

b) Kardiyak Girişimsel İşlem Sürecinde Hissedilenler

Katılımcıların ifadeleri, Şekil 4.5'de belirtildiği üzere kardiyak tanı ve tedavi öyküsü temasında bulunan kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenler kategorisinde 8 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; kaygı, iyi hissetme, yorgunluk, korku, üzüntü, kötü hissetme, umutsuzluk, hareketlidir.



Şekil 4.5: Kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenlere ilişkin söylemler

Kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenler kategorisinde katılımcılar kaygı ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar girişimsel işleme yönelik kaygılarını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili K1 ve K20 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

"Dediğim gibi kafamda sorular var düşünüyorsunuz acaba ne olacak pil mi takılacak yoksa cereyan mı verilecek trafo çalıştırılacak nasıl yapacağız bilmiyorum" (K1)

"Şey sonrası tabii yani her türlü açıdan kaygısı var yani eski hayatıma tekrar dönemeyeceğim işte şurada yarım kalacağım koşamayacağım yürüyemeyeceğim işte cinsel hayatım nasıl olacak ıvırı zıvrı bir sürü kaygı endişe..." (K20)

Kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod korku olmuştur. Katılımcılar kardiyak işlem sürecinde korku duyduklarından ve buna yönelik endişelerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K5, K7 ve K10 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Operasyondan sonra, yani en azından korkularım gitti. Anjiyodan önce çok endişelerim vardı, çok korkuyordum. Ölümle ilgiliydi açıkçası. Ben acaba ölür müyüm diyordum. Duyuyoruz, okuyoruz masada kalanlar var. Kalp krizi geçirenler var. O endişe beni çok çok yıpratmıştı ama yani çok iyiyim, stentten sonra. Şu an biraz daha ağrı var ama o da geçecek Allah'ın izniyle" (K5)

"İlkinde korktum ya bayağı korktum yani. Hocam o nasıl duruyor, anjiyoda aletler. Böyle bir şey... Göğsüm nasıl böyle, anjiyo yaparken göğsüm taş gibiydi. Sanki duvarı yıkıyorsun ya böyle, göğsümde beton kırılmışlar gibi." (K7)

"İlk önce oldum korktum, mahallede herkese sorular sordum anjiyo olanlara. Araştırdım, araştırdım, araştırdım." (K10)

Kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenler kategorisinde katılımcılar ayrıca üzüntü ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar işlem sürecinde sıklıkla moral bozukluğu ve üzüntü hissettikleri aktarmışlardır. Konuyla ilgili K6 ve K9 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

"İyi olacağımı bilsen de hani kalp sonuçta, yani ister istemez moralin bozuluyor" (K6)

"Valla ben o zaman çok şey oldum ya böyle çok kötü oldum ilk defa hani hiç başıma gelmemişti daha gencim yani o zaman daha çok üzülmiştim ama şimdi yaş geçti insan alışıyor " (K9)

Valla bu süreçte biraz sinir olarak sinirlerim yıprandı, yorgunum. Kendimi yorgun halsiz bitkin hissediyorum. Bir de hastane ortamındasın, hareketim kısıtlanıyor. 35 gündür, bir hastane odasının içinde kalmışım. Üzüntüden neler oldum. Sinir, stres, üzüntüden, benim kafamın ortası kel oldu düşünün. (K10)

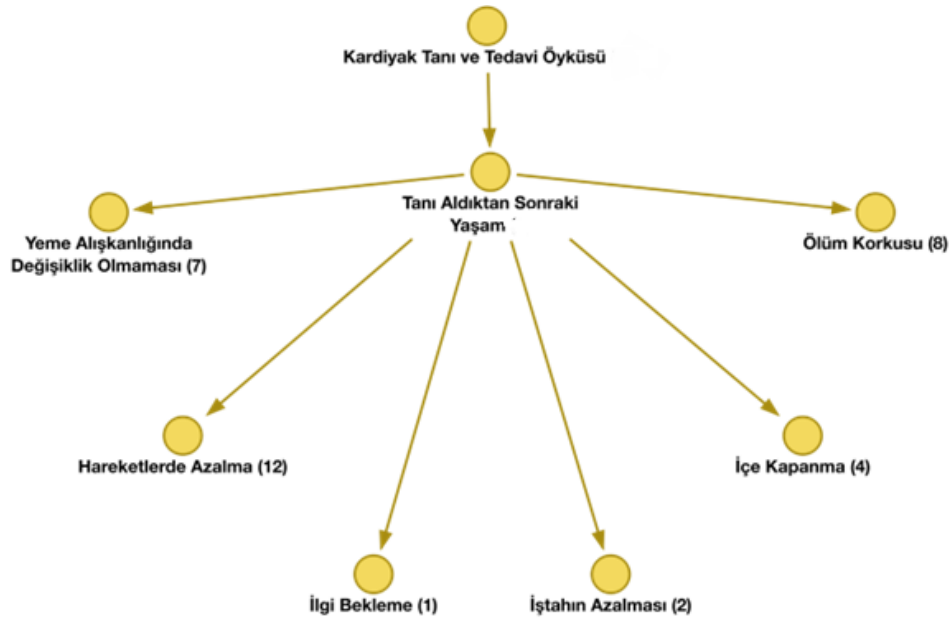
Kardiyak girişimsel işlem sürecinde hissedilenler kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod iyi hissetme olmuştur. Katılımcılar kardiyak işlemten sonra kendilerini iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili K15 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Şu anda, gelmeden önceyle kıyaslarsam çok iyiyim." (K15)

"Rahatladım, yani şu anda iyi kendimi hissediyorum." (K19)

c) Kardiyolojik Tanı Aldıktan Sonraki Yaşam

Katılımcıların ifadeleri kardiyak tanı ve tedavi öyküsü temasında bulunan tanı aldıktan sonraki yaşam kategorisi 6 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; hareketlerde azalma, ölüm korkusu, yeme alışkanlığında değişiklik olmaması, içe kapanma, iştahın azalması, ilgi bekleme artmasıdır.



Şekil 4.6: Kardiyolojik tanı aldıktan sonraki yaşama ilişkin söylemler

Tanı aldıktan sonraki yaşam kategorisinde katılımcılar hareketlerde azalma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar, kardiyolojik tanı aldıktan sonra hareketlerinde azalma olduğundan, normalde yaptıkları günlük işleri ve hareketleri yapamadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K3, K7 ve K18 kodlu katılımcılar şunları aktarmıştır:

"Çok zorlanır oldum. Yani evet, hatta artık pazara bile gidemiyorum, ben gezmesini seven, pazarda ben alışveriş yapmasını seven insanım." (K3)

"İki merdiven çıksam bile nefesim kesiliyor, yolda yürürken tıkanıyorum. Midem bulanıyor. Artık sadece evin içinde yürür oldum."(K7)

"Yerden bir şey almak için bile eğilemiyordum. Yürüyünce nefes nefese kalıyorum." (K18)

Tanı aldıktan sonraki yaşam kategorisinde katılımcılar ayrıca ölüm korkusu ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar işleme dair ölüm korkusu yaşadıklarını aktarmışlardır. Konuyla ilgili K2, K4, K18, K19 ve K 20 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

"Ya içime kapandım hani hayata küstüm açık söyleyeyim ölüm korkusu başladı." (K2)

"Dedim herhalde ben artık öleceğim. Öleceğim herhalde dedim. Korktum doğrusu." (K4)

"İki tane çocuğum var, bu hastalıktan dolayı ölümden çok korkuyorum. Geceleri 2'den sonra hiç uyuyamıyorum." (K18)

"Yoğun bakımda, sanki ölüm geliyormuş gibi oluyor. Sabaha kadar uyumuyorsun." (K20)

"Şimdi zaten benim çevrem çok fazladır. Yani bizim camiada. Ben, gözlerde böyle yaşayan kahraman gibiyim. Ben hiçbir şeyi takmam, her şeyin üstesinden gelirim. Hep sorarlar ya nasıl yapılabiliyorsun bunu yani oflayıp puflamanın bir anlamı yok ki yani bir insan 20 yaşında kurşun yiyip ölebilir de ben 60 yaşını yaşadıysam 40 sene kârdasın böyle bakıyorum. Yani bu biraz daha böyle pozitif bakmana yol açıyor. Tabii hayata insanlara bakışını da değiştiriyor, daha çok son zamanlarda biraz daha toprakla haşır neşir olmaya başladım. Sinop'ta köye yerleştim beş sene orada kaldım mesela. Toprakla barışmaya başladım. Toprak seni farkında olmadan

törpülüyor, insanlaştırıyor. Yani benim bu hastalıktan tek korkum... Yani şimdi, yoğun bakımda ben yatarken yanda biri vardı. İşte adam kalp krizi geçirdi, beyin ölümü gerçekleşti. Hani felç kalma şey kalma. Benim tek korkum budur yani, yalnızım. Yalnız olduğum için bunlardan korkuyorum. Ölürsen beni kim bulur, nasıl olur, onlardan korkuyorum.” (K19)

Tanı aldıktan sonraki yaşam kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod yeme alışkanlığında değişiklik olmamasıdır. Katılımcılar, herhangi bir destek ve danışmanlık olmadığında beslenme alışkanlıklarında bir değişiklik yaşamadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K7, K9 ve K10 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Valla ben diyetle uymadım, hiç affetmedim yiyorum. Ben şimdi işin gerçeğini konuşayım boğazıma bakıyorum.” (K7)

“Yani şimdi bu verilen diyetle. Yani ben mesela şimdi... Bende bir şey var. Ben çocukların yaptığına ters düşmem ki ben istemediğim halde, yani vücudum istemediği halde, doktor ne dedi, çocuklar ne yaptıysa, onu yemeye çalıştım ve yedim de.” (K9)

“Doktora gidiyorum, doktor diyor ki şunları yeme diyor. Tamam diyorum, bir haftayı geçiyor geçmiyor, diyetim bozuluyor. Yine yemeye başlıyorum.” (K10)

Tanı aldıktan sonraki yaşam kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod içe kapanma, izolasyon olmuştur. Katılımcılar kaygıları ve sorunları ile ilgili içlerine kapandıklarından ve yakınları ile sorunları paylaşmadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2, K7 ve K18 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

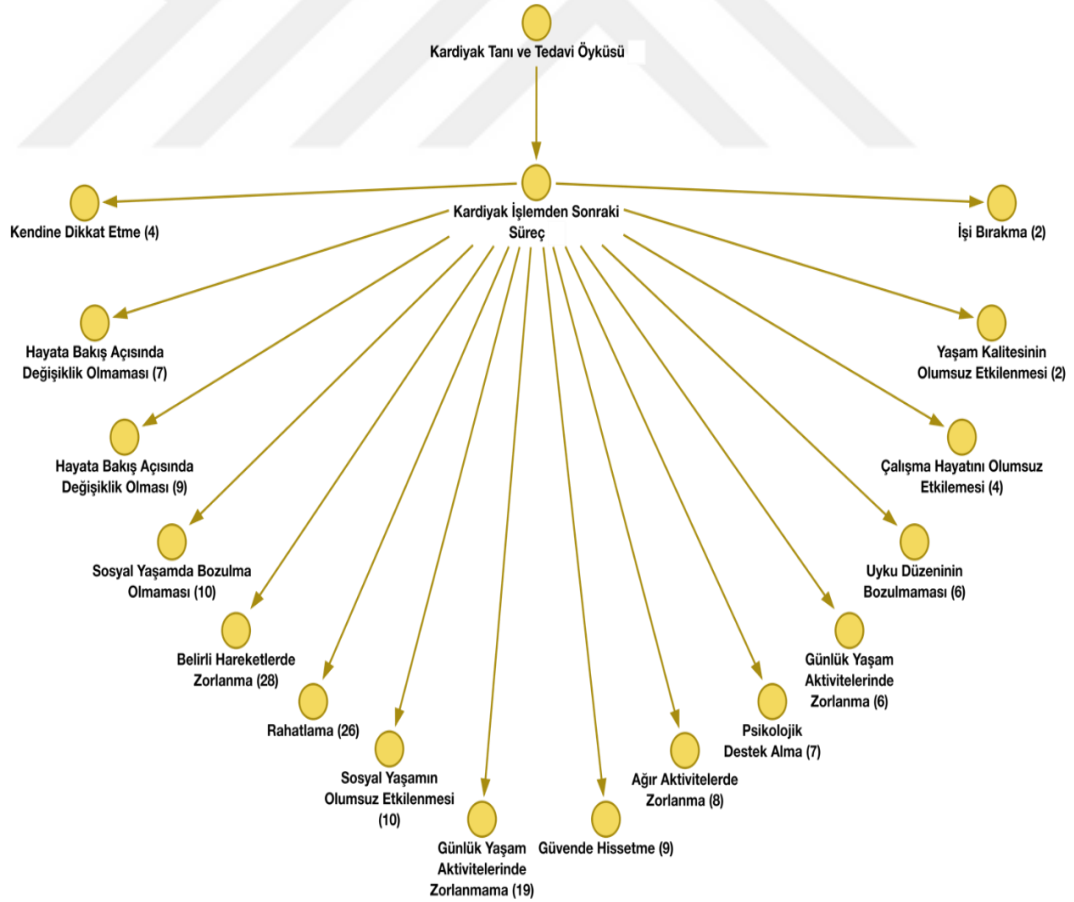
“Yani nasıl deyim size hiç dışarı çıkmak istemedim, bir şeylerle uğraşmak istemedim. Yani acayip şekilde içime kapandım diyebilirim çünkü bilmediğim bir şey, bilgi alamıyorsunuz. Ben severim doktor dizilerini ameliyatları hatta eşim buna meraklı olduğundan doktor dizilerini açtım seyrettim. Sağlıkla ilgili tüm programları, her şeyi seyrettim. Ama kalple ilgili olanlarına bakamadım. Kalple ilgili olunca televizyon programları korkuyorum. Birini izledim iyice içime kapandım, o anda bana bir korku geldi o korkuyla bir ay çok zor günler geçirdim” (K2)

"Yok be hocam hep içime atıyorum" (K7)

"Bu görüşme iyi oldu. Yani hocam ben çok memnun kaldım. Eşime dahi bir şey söylemiyorum. İçime kapandım. Ama şimdi size söyleyince rahatlıyorum."(K 18)

d) Kardiyak İşlemden Sonraki Süreç

Katılımcıların ifadeleri kardiyak tanı ve tedavi öyküsü temasında bulunan kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisi, Şekil 4.7’de gösterildiği üzere 16 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; olumsuz anlamda belirli hareketlerde zorlanma, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, çalışma hayatını olumsuz etkilemesi, ağır aktivitelerde zorlanma, işi bırakma, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesidir. Olumlu anlamdaki kategoriler ise rahatlama, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmama, sosyal yaşamda bozulma olmaması, güvende hissetme, hayata bakış açısında değişiklik olması, hayata bakış açısı, psikolojik destek alma, uyku düzeni, kendine dikkat etme olarak kodlanmıştır.



Şekil 4.7: Kardiyak girişimsel işlemden sonraki sürece ilişkin söylemler

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde katılımcılar belirli hareketlerde zorlanma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar yokuş çıkmak, merdiven çıkmak gibi hareketlerde zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K11 ve K19 kodlu katılımcılar şunları aktarmıştır:

"Kısa mesafe de olsa, yürürken zorlanıyordum. Merdivene geldim mi hiç yürüyemiyordum ben" (K11)

"İşte fazla yürümüyordum, spor yapmıyordum, o konuda biraz eksiklerim var. Hastalıktan sonra, yürürken, yalnız bir yere giderken çok zorlanıyordum. Yani yokuş çıkarken mesela ama ağrı falan yoktu, nefesim kesiliyormuş gibi oluyordu." (K19)

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde, halen kardiyolojik tedavisi devam eden ve farklı tanıları da bulunan katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod çalışma hayatını olumsuz etkilemesidir. Katılımcılar iş yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiğinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K9 ve K12 kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Çalıştığım zaman etkiledi, artık çalışamıyorum." (K9)

"İhtiyaçlarımı görmek için benim yaptığım iş ağır bir iş. Bir bahçıvanın işi ağırdır, çalışamıyorum. Çok extra durumlarda özel işler yapıyorum bazen sıra dışı her zaman olmayan işler o zaman yoruyor çünkü her zaman yapmadığım işler oluyor vücutta hazırlıksız oluyor, yoruluyorum." (K12)

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesidir. Katılımcılar çevreleriyle olan iletişimin azaldığından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K7 ve K9 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Evden çıkamadım bir süre, tabi öncesinde de. İşte ilişkilerde her şey koptu da hocam her şey bitti." (K7)

"Ben arkadaşlarımdan, dostlarımdan kopmak istemedim, ben hep onları yanımda görmek istedim ama olmadı yani." (K9)

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod rahatlama olmuştur. Katılımcılar kardiyak işlem başarılı geçtikten sonra

rahatladıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K13 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Balon ve stentten sonra çok rahatladım. Acaba dedim oraya giden kılcal damarların açılmasıyla biraz sanki rahatladım gibi." (K6)

"Kolum ağrıyordu sırtım ağrıyordu. Onlar inşallah olmayacak, inşallah bundan sonra rahatladım yani. " (K13)

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod sosyal yaşamda bozulma olmaması olmuştur. Katılımcılar çevreleriyle ilişkilerinde veya sosyalliklerinde herhangi bir değişiklik olmadığından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K16 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Sosyal hayatı, yani sosyalleşmeyi seven bir insanım arkadaşlarla ilişkiyi koparmam." (K3)

"Ya işte evde ben zaman geçirmem. Benim kitaplarım var. İki tane kitabım var. Ben şimdi fuar fuar dolaşırım yani ben rahat bir insanım öyle eve kapanayım hastalanayım şeyim yok benim, zaten benim yaşadığım her gün bana hediye, ölmüş olabilirdim. " (K16)

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde katılımcılar ayrıca güvende hissetme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kardiyak işlem başarılı geçtikten sonra kendilerini daha güvende hissettiklerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K1 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Anjiyo esnasında ve yoğun bakımda, kimseyle diyalog kuramıyorsunuz. Bir şey kimseyle dediğim eşinizle dostunuzla arkadaşınızla diyalog kuramıyorsunuz. Tamam çok iyi bir yerdesiniz, güvendesiniz. Aa deseniz başınızda iki üç kişi hemen geliyorlar. Doktora haber veriyorlar. Hemen işte orada tedaviler yapılıyor. O yüzden huzurlusunuz yani rahatsız orada ama dediğim gibi kafanızdaki sorunları aşmak biraz zor oluyor. Güvende hissediyor insan ama bana ne olacak diye düşünüyorsunuz. " (K1)

"Kendimi güvende hissettim. Anjiyo işlemi esnasında sadece, güvenilir ellerin bu operasyonu yapılacağını düşündüm" (K19)

Kardiyak işlemden sonraki süreç kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod hayata bakış açısında değişiklik olmasıdır. Katılımcılar hayata daha farklı bakmaya başladıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K3 kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Zamanımı çocuklarımla geçireceğime çok seviniyorum, yani eşimle çıkıp böyle dolaşıp gezecek kadar sağlıklı olacağım. Ona seviniyorum. Hayatta olduğuma, arkadaşlarım, akrabalarım dostlarımla birlikte olacağıma seviniyorum. İşimi gücümü artık rahat bir şekilde yapacağıma seviniyorum."(K2)

"Bundan sonraki yaşam ... Şimdi ben her zaman şunu düşünürüm yani bir insan kendi yaşamını kendi zorlaştırır kendisi kolaylaştırır ben bugüne kadar hep kendi yaşamımı zorlaştırdım o da niye canı tez bir insan olduğum için. Bir işe başlarım o hemen bitmek zorundadır. Bundan sonra öyle değil. Bundan sonra şuradan küreği kaldırırken bile ben bunu kaldırayım mı kaldırmayım mı diye düşünmek zorundayım. Ben hatta geçen biraderle de görüştim, bundan sonra dedim ben yokum kardeşim herkes kendi işini kendi görsün. Bundan daha iyi bir yaşam felsefesi olmaz değil mi? Ben onu uygulayacağım." (K3)

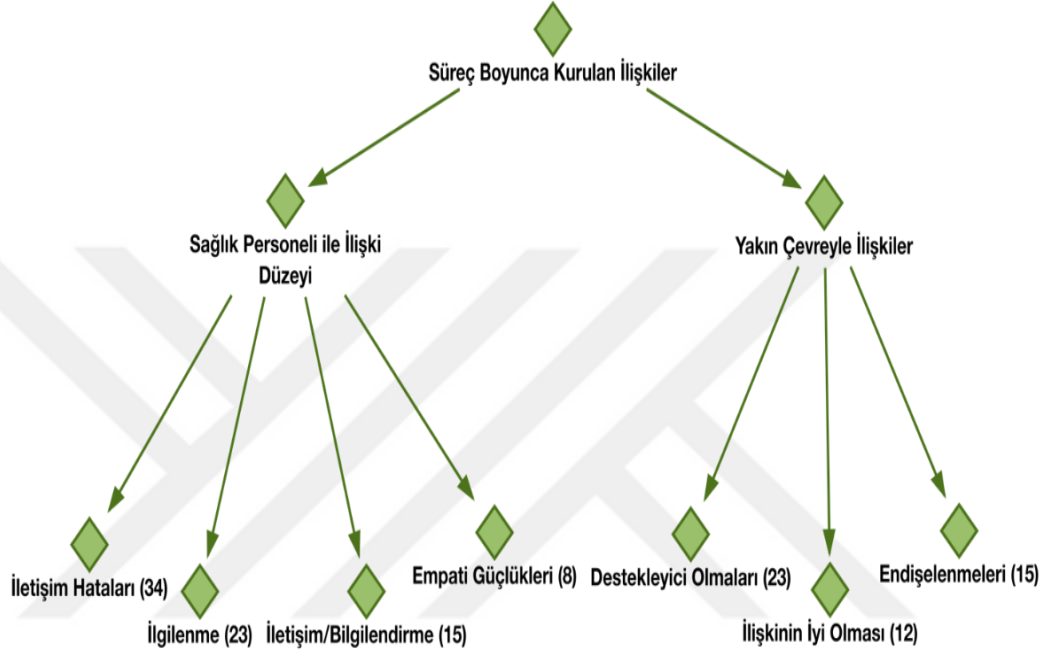
Araştırmanın nitel boyutunda, kardiyak tanı ve tedavi teması 20 katılımcı üzerinden incelenmiştir. Temanın altında oluşturulan kategori ve kodlara ilişkin analizle, 544 ağırlıklı söylem vurgusu üzerinden yapılmıştır. Temanın altında, 4 kategori ve 41 kod alanı oluşturulmuştur. Çalışmaya ilişkin detaylar Şekil 4.8'de verilmiştir.

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	TOPLAM		
▼ Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü																						0	
▼ Kişilik Özellikleri ve Sağlık Durumu																						0	
Öfkeli	1	1	2	3	5	1	3			1	2	1	2		2	1	2	4				31	
Yaşam Dolu			3		2		2		1	4	1	2	4	1	2	3	1	2	1				29
Sakin								4	3	2		1	2	2	1	2	1	3	1	1	2	25	
Ağrı Yaşama				2					1	2	4	2	1	1				4	1	5	1	24	
Önceden de Kalp Rahatsızlığı Olması	1			1		1	2	3	2				1			1				1		13	
Mutluluk	1		1						2	1	1		4	1	1				1	1		14	
Düzensiz Uyku				2	3		1					2				1	1					11	
Dayanıklı/Daha Az Hasta Olan			2	2			1	1											1	1		8	
Umursamaz			1			1				5	2						3					12	
Genetik Aktarım	1					1			1	1		1										5	
Tekrarlayan ve Sık Hastalık Öyküsü					1						1	1				2						5	
▼ Kardiyak Girişimsel İşlem Sürecinde Hissedilenler																						0	
Kaygı	5	10	2	2	3	4	2	2		1	1		1	2					1	2	7	45	
İyi Hissetme	3	1	3	1	3		1	2	2		4	1	2	1	3				1	4	1	33	
Yorgunluk	2	2		5	3		2			1		2			1	2	1	2	3			26	
Korku		3	2				4			2		1	1		2	2			2	2		21	
Üzüntü	1		1	2	1	3	2		2				2			1				1	1	17	
Kötü Hissetme				1	2			1	1			1	2	1		3	1	1				14	
Umutsuzluk							2															2	
Hareketli			1																			1	
▼ Tanı Aldıktan Sonraki Yaşam																						0	
Hareketlerde Azalma	2		3	2			1					1	1						1	1		12	
Ölüm Korkusu		2		2		1		1		1		1									3	10	
Yeme Alışkanlığında Değişiklik Olmaması	1				1		1	1	1	3	1	1	1			1						12	
İçer Kapanma		2			1		1															4	
İştahın Azalması		2																				2	
İlgi Bekleme		1																				1	
▼ Kardiyak İşlemden Sonraki Süreç																						0	
Belirli Hareketlerde Zorlanma	2	2		3	1		1	3	1	2	1	2		5	1	2	1	1				28	
Rahatlama		1		1	1	1	1	1	1		3		5	1	1		2	1	2	4		26	
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Zorlanma	1		2	1	1		3	1	1		1		1	1			1	3	1	1		19	
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi							1	3	4			1					1					10	
Sosyal Yaşamda Bozulma Olmaması	1		1						1	1					1	2		1	1	1		10	
Güvende Hissetme	4	2													2				1			9	
Hayata Bakış Açısında Değişiklik Olması	1	1								2			1					2			2	9	
Ağır Aktivitelerde Zorlanma	1			2	1	1	1			2												8	
Hayata Bakış Açısında Değişiklik Olmaması	1	1						1						2		1			1			7	
Psikolojik Destek Alma					1										3					3		7	
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Zorlanma		1			1					2					1	1						6	
Uyku Düzeninin Bozulmaması			1	1					1				1			1	1					6	
Kendine Dikkat Etme				1			1		2													4	
Çalışma Hayatını Olumsuz Etkilenmesi									2				2									4	
İşi Bırakma							2															2	
Yaşam Kalitesinin Olumsuz Etkilenmesi	1		1																			2	
Σ TOPLAM	30	34	27	33	29	15	36	23	32	32	23	23	31	13	28	26	23	21	32	23		534	

Şekil 4.8: Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü

4.3.4.2. Süreç Boyunca Kurulan İlişkiler

Araştırmanın ikinci teması olan süreç boyunca kurulan ilişkiler hiyerarşik kod alt bölümler modeli Şekil 4.9’da görülmektedir. Süreç boyunca kurulan ilişkiler teması 2 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; sağlık personeli ile ilişki düzeyi, yakın çevreyle ilişkilerdir.



Şekil 4.9: Kardiyolojik tedavi süreci boyunca kurulan ilişkilere dair söylemleri içeren hiyerarşik kod alt bölümler modeli

a) Sağlık Personeli ile İlişki Düzeyi

Katılımcıların ifadeleri süreç boyunca kurulan ilişkiler temasında bulunan sağlık personeli ile ilişki düzeyi kategorisi 4 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; iletişim hataları, ilgilenme, iletişim/bilgilendirme, empati güçlükleridir.

Sağlık personeli ile ilişki düzeyi kategorisinde katılımcılar iletişim hataları ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar sağlık çalışanlarının yoğunluğu sebebiyle yeterli düzeyde iletişim kuramadıklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K19 kodlu katılımcılar aşağıdaki beyanları aktarmıştır:

“Her şeyin iyi gittiğini duyunca sorun yok ama gene de kendi doktorumuzdan da bilgi alamayınca bir endişe oluşuyor” (K2)

"Bilgi verme açısından sorun olabiliyor. Mesela bunu ben yaşadım. Acil Serviste tetkikler yapılırken kalp krizi geçirdim. Eşim çok korktu, orada yeterli bilgi alamadım. Sonra anjiyoya aldılar, ne işlem yapılacağını anlattılar, rahatladım." (K19)

Sağlık personeli ile ilişki düzeyi kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod empati güçlükleridir. Katılımcılar, sağlık çalışanlarının yeterince empati becerilerini arttırması gerektiğinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K1 ve K20 kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Benim durumumda o da olabilir. Ben de hani onun durumunda olabilirim. Biraz da insanın karşındakiyle empati yapması lazım " (K1)

"Ben anjiyo işleminden sonra yoğun bakım ünitesinde çok üşüdüm. Pijama giymek istedim, izin vermediler. Şimdi, mesele şu, bizim hekimlerde şu var, yani hastayla çok empati kuramıyoruz. Hekimler için hiç önemli olmayan hasta için çok önemlidir. Biz bunu göz ardı ediyorlar. Sadece geçmişteki deneyimim için bahsetmiyorum. Bazıları, yani konuşurmuyorlar bile... En son dedim arkadaşlar bu sağlık benimse bırakın, ben istediğim gibi öleceksem de öleyim size ne yani komplikasyon çıkacaksa kimse size hesap sormayacak. İmza atacaksam atayım ama ben dedim bu pijamayı giyeceğim. Giymezsem ben yatamam böyle, affedersin çırılçıplak uyuyamam ben yani böyle yazın ortasında bile yatamam. Yani psikolojik olarak da yatamam sadece üşümekten dolayı değil. Başkası için o üşüme çok önemli değil ama benim için çok önemli herkese aynı standardı uyguladığın zaman olmuyor. Hastaya göre davranmak lazım." (K20)

Sağlık personeli ile ilişki düzeyi kategorisinde katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod ilgilenme olmuştur. Katılımcılar sağlık çalışanlarının hastalarla çok iyi ilgilendiklerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K18 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Ama dediğim gibi burada biz memnunuz şu anda Allah razı olsun gelen giden, bize bakanlardan. Gece ilgilenmeleri bile iyi. Yoğun bakımda yattım ama ben evden daha rahattım yani " (K6)

"Ya oraya gittiğimde valla daha önce de anjiyo olduğum için daha basit gibi geldi ama biraz da zor geldi. Stent takıldığı için biraz uzun sürdü. Korkmadım da hani zaten doktorlar sohbet ede ede... İşlemi öyle şey yaptılar. Her seferinde iyi misin diye sorup, benimle de konuşuyorlardı. "
(K18)

Sağlık personeli ile ilişki düzeyi kategorisinde katılımcılar ayrıca iletişim/bilgilendirme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar sağlık çalışanlarıyla yeterli düzeyde iletişim kurabildikleri ve bilgi alabildiklerini aktarmışlardır. Konuyla ilgili K3 ve K7 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

"Şimdi son şöyle söyleyeyim ben biz şimdi bundan 25 sene öncesini de bildiğimiz için şu 25 senedir kim ne derse desin hekimler de hemşireler de daha duyarlı. Şimdi eskiden ne bileyim. Ben gençliğimi hatırlıyorum da bir hemşireye soru soramazdın. Şimdi rahatlıkla güzelce sorabiliyoruz aynı şekilde hekime de sorduğumuzda cevap alabiliyoruz. Şu son zamanlardaki hekimlerden ve hemşirelerden gayet memnunuz bir sıkıntımız yok onlardan Allah razı olsun." (K7)

"Üç kez kalp krizi geçirdim, beni ipten aldılar, doktorlarımdan çok memnunuz. Onlara can borcum var." (K3)

b) Yakın Çevreyle İlişkiler

Katılımcıların ifadeleri süreç boyunca kurulan ilişkiler temasında bulunan yakın çevreyle ilişkiler kategorisi 3 farklı kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; destekleyici olmaları, ilişkinin iyi olması, endişelenmeleridir.

Yakın çevreyle ilişkiler kategorisinde katılımcılar destekleyici olmaları ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar aile üyeleri ve yakın çevrelerinin işlem süresince çok destekleyici olduklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K9 kodlu katılımcılar şunları aktarmıştır:

"Aynen, zor zamanlardı ama eşim dedi ki sen güçlü kadınsın dedi. Neleri yendin bunu mu yenmeyeceksin dedi " (K2)

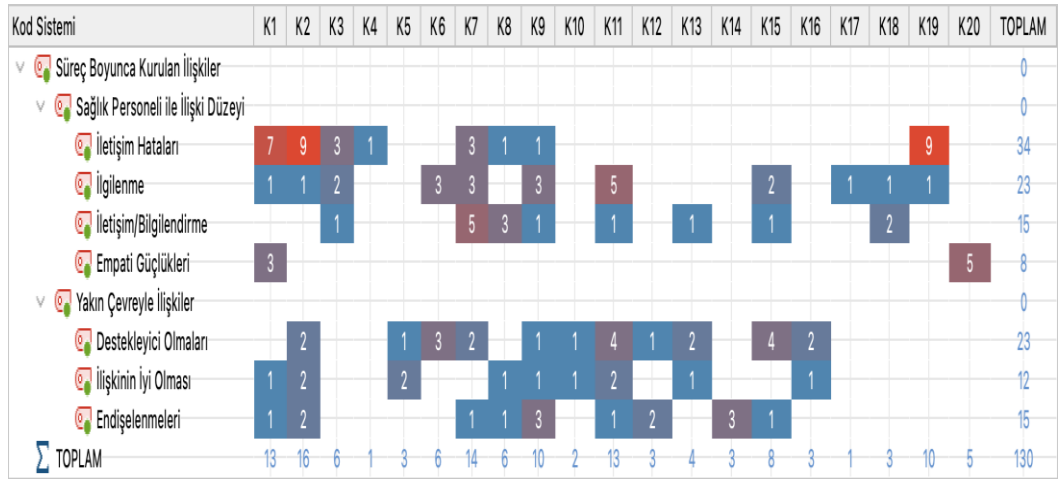
"Ailemdeki herkes bana çok destek oldu. Hepsi, çocuklarım hepsi destek oldu. Sağ olsun." (K9)

Yakın çevreyle ilişkiler kategorisinde katılımcılar ayrıca endişelenmeleri ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar, aile üyelerinin de işlem süresince oldukça endişeli olduklarını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili K2 ve K11 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

"Bizimkiler de kendi içine kapandı. Büyük oğlum burada değil dedesinin yanında köyde. Kalp krizini duyunca endişelenmiş. Kendi ortanca oğlum üstüme daha çok yüklenmeye başladı çünkü o benimle birlikte hastanede kalmıştı. anjiyo olduğum sırada. Küçüğüm daha pozitif bakıyor her şeye, anne bunu da atlatırsın kalk kalk çabuk kalk diyor." (K2)

"Ailem, benden de çok yaşadılar sıkıntıyı. Korktular ki şöyle korktu, bizim pazarda birinin annesi anjiyo oldu. Birkaç tane oldu böyle, yoğun bakıma koymuşlar oradan cenaze çıktı. Bizim annemiz de böyle olacak diye çok endişe ettiler. " (K11)

Süreç boyunca kurulan ilişkiler teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre, katılımcı görüşleri sağlık personeli ile ilişkiler ve yakın çevre ile ilişkiler temaları üzerinde yoğunlaşmıştır. 130 ifade üzerinde aktarımlar yoğunlaşmış, tema, ikili kategori sistemi ve 7 kodlamaya ilişkin detaylar Şekil 4.10'da verilmiştir.

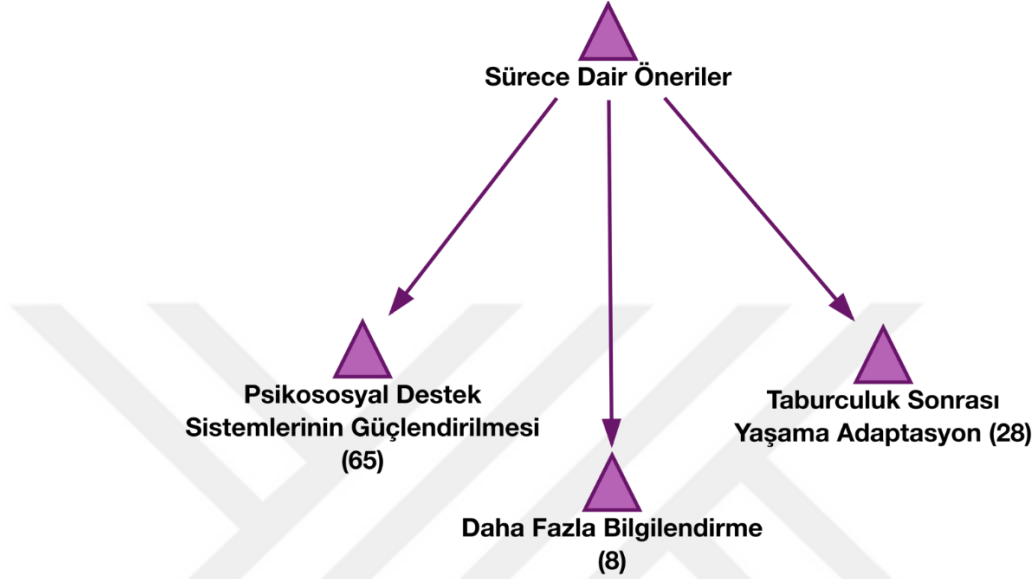


Şekil 4.10: Katılımcılara Göre Süreç Boyunca Kurulan İlişkiler

4.3.4.3. Kardiyolojik Hastalıkların Tedavi Sürecine İlişkin Önerileri

Araştırmanın son teması olan süreç dair öneriler hiyerarşik kod alt bölümler modeli Şekil 4.11'de görülmektedir. Sürece dair öneriler teması 3 farklı kod altında incelenmiştir. Bunlar; psikososyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, sürece dair

daha fazla bilgilendirme ihtiyacı ve taburculuk sonrası yaşama adaptasyonda destek sistemlerinin artırılması olarak belirlenmiştir. Hiyerarşik kod sisteminde belirtildiği üzere, mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu kardiyolojik hastalıklarda, hasta ve ailelerinin psikososyal destek ve danışmanlığa ihtiyaç duyduğu kaydedilmiştir. Hasta ifadeleri aşağıda verilmiştir.



Şekil 4.11: Sürece Dair Öneriler Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Sürece dair öneriler temasında katılımcılar psikososyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hem hastalar hem de hasta aileleri için kardiyak işlemde sonra psikososyal destek almanın faydalı olacağından ve bunu talep ettiklerinden bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2, K6, K9, K14, K15 ve K20 kodlu katılımcılar şunları aktarmıştır:

"Kalbim iyileşti ama ben şimdi olduğu gibi eğer kendini iyi hissetmiyorsam destek almalıyım. Korkularım hala devam ediyorsa, hala o şekilde düşünüyorsam ve korkuyorsam, yani ben iyi değilim ben kötüyüm diye düşünüyorsam, bence bir destek almalıyım." (K2)

"Hasta yakınına da hastaya da psikolojik destek verilmesi gerek." (K6)

"Tabii şimdi kendimi biraz anlamaya çalışıyorum. Sadece hani bedenden ibaret değil insan. İnsanın psikolojik boyutu da var. Bu olayın hani nasıl bir kombinasyonu olur, bundan sonra bana ne olur? Psikolojik olarak da hem de tıbbi olarak benim dikkatimi çekiyor, beni neler bekliyor diye"

kaygılanıyorum. Hayatımda nasıl bir kombinasyon çıkar ortaya merak ediyorum ben de." (K8)

"Eşim ve benim için psikolojik destek almayı düşündük. Sonuçta o da benimle beraber bunları yaşadı. Ben Ordu'da yaşıyorum. Şu anda Karadeniz'de bu daha yoğun bu kalp hastalıkları. Aslında var ya, psikolojik destek dedin, yaygınlaşması lazım dediğim o işte. Ben derdimi anlatıyorum size. Öyle benim gibi herkes de anlatamaz derdini. Kimisi sıkılır kimisi işte hor görür insanları. Konuşunca çok rahatladım, Hocam Allah razı olsun. Bunu dediğiniz gibi bizim ailelere de yapmak lazım." (K9)

"Kızım, hastalıkta moral lazım. Destek almak isterim tabi. (Destek: Psikososyal destek ve danışmanlığı ifade etmiştir.)" (K14)

"Ben ve ailem için psikososyal destek almak... Sorduğunuz sorunun cevabı, şu: keşke olsa, bayılırız. O kadar ihtiyaç ki... Ama o sistem bizde yok değil mi?" (K15)

"Hekim hastanın fiziksel sağlığı ve tedavisi ile ilgileniyor. Hemşire de geliyor teknik kısmıyla ilgileniyor. Bir hekim olarak söyleyebilirim ki tabii ki psikososyal destek sistemlerini içeren bir hizmet olmalı. Hastalara çok faydalı olacağını düşünüyorum." (K20)

Sürece dair öneriler temasında katılımcıların görüş bildirdikleri bir diğer kod daha fazla bilgilendirme ihtiyacı olmuştur. Katılımcılar sistem içerisinde süreç ile ilgili daha fazla ve kaliteli bilgiye ihtiyaç duyduklarından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili K2, K11 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Buradaki hizmetlerden çok memnunuz. Ama yapılan her şeyi detaylı bilsek, bundan sonra bizi ne bekleyecek, o konuda daha iyi olur bir katkı sunar. " (K2)

"Ben bilgilendirme hep olsun istiyorum. Korkuyorum. Konuşacak biri olsun istiyorum. Yoksa anlattılar anjiyodan sonra neler olacağını." (K11)

"Evet bilgilendirecek sistem kesinlikle olmalı ama eksik yani maalesef hani burada devlet hastanesi olarak bakıyorum. Herkes taburcu olduktan sonra

neler olacak merak ediyor ama soramıyorsun. Doktor söylüyor ama mesela hemşire ya da yardımcı diğer asistanlar pek yorum yapmak istemiyorlar hani bununla ilgili de destek lazım. " (K19)

Sürece dair öneriler temasında katılımcılar ayrıca taburculuk sonrası yaşama adaptasyon aşamasında destek ihtiyacıyla ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar taburcu olduktan sonra hayatlarında belli başlı değişiklikler yapacaklarından ve bir şekilde bu sürece adapte olmaya çalıştıklarını aktarmışlardır. Konuyla ilgili K3 ve K17 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

"Dedim ya, bundan sonra ne derlerse doktorlar öyle yapacağım. Tedaviden sonra, ben yeniden ben oldum açıkçası. Yani bir bebek nasıl dünyaya geldiğinde tekrar dünyayı öğrenmeye çalışır, onu bulup da büyümüş halimiz biz. Bundan sonra yeni bir yaşamı öğreneceğiz." (K5)

"Sigaradan uzaklaştıkça hayat daha bir değişik gelmeye başladı daha bir renkli gelmeye başladı bu dört hafta içinde. İleriki zamanda ne olur bilmiyorum. Belki daha da zevkli gelecek ya da boşver deyip tekrar eskisi gibi yaşayacağım ama onu yapmam. Dediğiniz gibi, keşke tabucu olunca da konuşup, sorularımızı soracak bir sistem olsa. " (K17)

Kardiyolojik tedavi sürecine dair öneriler teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre, katılımcı görüşleri, tıbbi tedavi ile birlikte psikososyal destek hizmetlerinin de sunulmasına dair ihtiyaç, taburculuk sonrasındaki yaşama hastanın hazırlanması, hasta ve ailesinin kardiyak tanı ile birlikte yaşama ilişkin bilgilendirilmesi temaları üzerinde yoğunlaşmıştır. 101 ifade üzerinde aktarımlar yoğunlaşmış, tema, kategori sistemi ve 3 kodlamaya ilişkin detaylar Şekil 4.12’de verilmiştir.

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	TOPLAM
Sürece Dair Öneriler																					0
Psikososyal Destek Sistemlerinin Güçlendirilmesi	3	5	2	3	3	5	3	7	4	4	4	3	1	4	3	2	3	2	1	3	65
Daha Fazla Bilgilendirme	4	2																	2		8
Taburculuk Sonrası Yaşama Adaptasyon		2	2	2		2	3	2		5		4			2		2	2			28
TOPLAM	7	9	4	5	3	7	6	9	4	9	4	7	1	4	5	2	5	4	3	3	101

Şekil 4.12: Katılımcılara Göre Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü

4.3.5. Araştırmanın Nitel Boyutuna İlişkin Sonuçlar

Çalışmada, kardiyovasküler hastalık tanısı konulan ve kateter laboratuvarında girişimsel işlem uygulanan hasta grubunun tanı ve tedavi öyküsü değerlendirildiğinde, kişilik özellikleri ve psikolojik sağlığın tedavinin üzerinde majör etkisi olduğu görülmektedir. Araştırmada, stres, kaygı, korku, olumsuz duygulanım ve kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörlerin, kardiyovasküler hastalıklarda tedavinin gelişimini, ilerlemesini ve yönetimini etkileyebileceği görülmektedir. Kardiyak sosyal hizmet uygulamasıyla, tedaviyi etkileyebilen bu faktörlerin değerlendirilmesinin potansiyel olarak tedavi sonuçlarını iyileştirebileceği, hasta refahını arttırabileceği, gelecek projeksiyonunda kalp sağlığını korumayı teşvik edebileceği düşünülmektedir.

Hastaların, taburculuk sonrası olası potansiyel kardiyolojik risklere ilişkin duyarlılığı artmaktadır. Bu durum, yaşam tarzında değişiklik yapma ihtiyacını arttırmaktadır. Bu değişiklikler, fiziksel fonksiyonu, sosyal hayatı ve çalışma sistemini etkilemektedir. Araştırmada, kardiyolojik tanı hastalarının tanı aldıktan sonra yaşamlarında beklenmedik değişiklikler olduğu, psikolojik olarak süreçten etkilendikleri, fiziksel aktivitelerde azalmanın olduğu, sosyal yaşama ve iş yaşamına katılımda sorun durumunun olduğu izlenmiştir. Durumla ilgili olarak, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının, danışmanlık, kaynak navigasyonu ve taburculuk sonrası koordinasyon işlevi ile kapsamlı destek sunması son derece önemlidir.

Hastalar mortalitesi yüksek olan hastalıklarla ilgili tedavi gördüklerinde, yakınlarıyla iletişimlerinde belirli zorluklarla karşılaşmakta ve hastalık öncesi sağlık durumlarına ve yeteneklerine ilişkin kayıp ve yas duygusu yaşamaktadır. Hastaların tedavi deneyimleri incelendiğinde, kardiyolojik tanı sonrasında yakınları ile ilişkilenmekte zorlandıkları, hastalık öncesindeki sağlık durumları ve yapabilirliklerine ilişkin kayıp ve yas duygusu yaşadıkları izlenmiştir. Hastaların, sağlık çalışanları ve yakın çevrelerinden empatik bir yaklaşım ve desteklenmeyi beklediği kaydedilmiştir. İleri düzey empati değişkeni, şefkatli bir bakım sürecinin parçasıdır. Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının, hastalara konulan tanı özelinde, ilgi, samimiyet ve empati değişkenleri ile danışmanlık sunması gerekmektedir. Uygulayıcılar, hastaların iletişimde karşılaştıkları zorlukları tanıyarak ve bunlara yanıt vermeli, kayıp ve yas duygularını çalışmalıdır.

Hastalara, empatik destek sağlayarak, hastaların genel refahına ve iyileşmesine katkıda bulunmalıdır.

Araştırmada, kateter laboratuvarında girişimsel işlem uygulanan ve koroner yoğun bakım deneyimi bulunan hastaların, iyileşme sürecine dair motivasyona sahip olduğu ancak tanı sonrası mortalite ve komorbiditeye ilişkin kaygı duydukları ve korktukları görülmüştür. Hastaların, tedavi sürecinde daha iyi bir kalp sağlığı beklentisi ve motivasyonlarına rağmen, ölüm korkusu, kaygısı veya yaşamlarının kısıtlanacağına dair kurgular sebebiyle sorun yaşadığı izlenmektedir. Kardiyolojik tedavilerde, girişimsel işlemler her ne kadar hasta konforu ve kalp hastalıklarında cerrahi uygulamalara kıyasla daha kısa hastane kalış süreleri sağlıyor olsa da işlem riski ve komplikasyonlar açısından hasta ve hasta yakınlarının psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu, yüksek hayati risk içeren işlemler olarak değerlendirilmektedir. Ancak literatür taramasında, tersiyer ve referans merkezleri dahil olmak üzere bu grup hasta ve hasta yakınlarına kardiyak rehabilitasyon programı çerçevesinde klinik odaklı sosyal hizmet desteğinin sağlanması ile ilgili büyük bir boşluk olduğu görülmektedir.

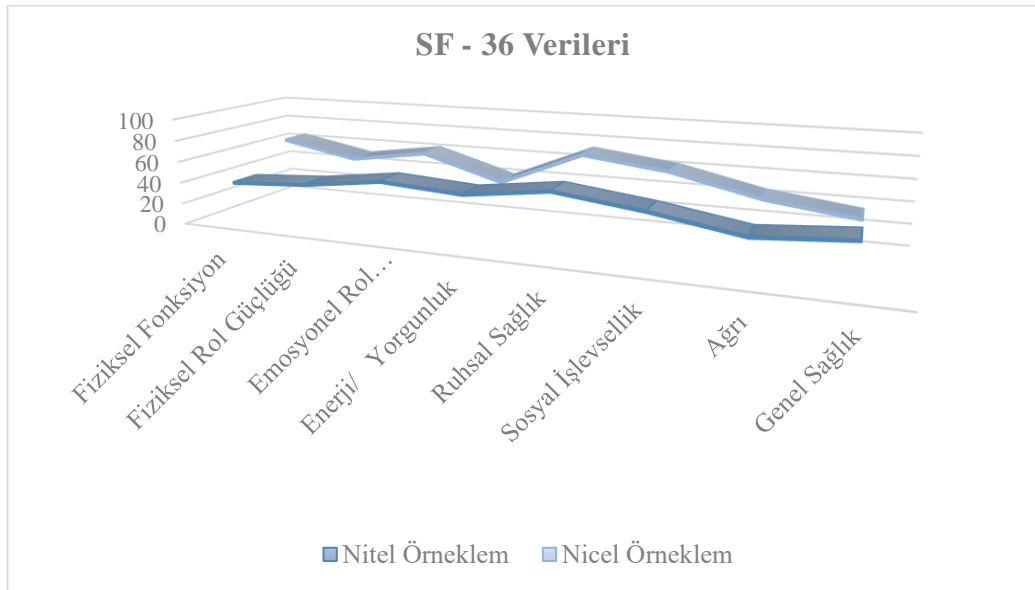
Hastalar, tedavi deneyimlerini değerlendirdiklerinde, yaşamlarının geri kalanına nasıl uyumlanacakları ve yeni yaşam simülasyonlarını nasıl kurgulayacakları ile ilgili daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç duyduklarını aktarmışlardır. Hastalar, bu değişikliklerde yeni yaşamı formülize etme konusunda destek ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır. Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmet uygulamaları ve rehabilitasyon ekibi ile birlikte sunulacak kişisel bakım stratejileri, hastaların iyileşmelerinde sorumluluk almalarını sağlayabilmektedir. Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, psikososyal danışmanlık, psiko-eğitim ve uygun destek hizmetlerine yönlendirme sağlayarak hastaların yeni yaşam simülasyonlarını keşfetmelerine ve inşa etmelerine yardımcı olmada önemli bir role sahiptir.

Araştırmanın nitel boyutuna katılan, girişimsel işlem uygulanan ve yoğun bakım deneyimi olan hastaların tamamı, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarını kendileri ve aileleri için talep etmiştir. Kardiyak sosyal hizmet uygulamaları, kardiyovasküler hastalıklarından etkilenen bireylerin ve çevrelerinin karşılaştığı sorunlara, klinik uygulama prosedürüne göre uyarlanmış sosyal hizmet modelleri ile danışmanlık vermeyi kapsamaktadır. Bu hizmetler, kardiyolojik tanı ile yaşamının psikososyal, duygusal ve yaşama dair yönlerini ele almayı, tedavi ve iyileşme süreci boyunca ve taburculuk sonrasında, hasta ve ailelerini desteklemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmada aktarıldığı üzere, hastalar ve aileleri, kardiyolojik bir tanıyı takiben sıklıkla çeşitli psikososyal ve yaşamsal zorluklarla karşılaşır. Bunlar, duygusal sıkıntı, kaygı, olumsuz duygulanım, yaşam tarzı değişiklikleri, mali kaygılar, sosyal destek ihtiyaçları ve durumun günlük yaşamları üzerindeki etkisiyle başa çıkmayı içermektedir. Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, bu zorlukların üstesinden gelmede psikososyal danışmanlık, psiko-eğitim ve destek sağlayabilen profesyonellerdir. Araştırmaya katılan hastalar, kendileri ve aileleri için destek ararken kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının önemi ve değerini keşfetmişlerdir. Araştırmada, hastaların kardiyak sosyal hizmet uygulamaların talep etmesi, bu klinik sosyal hizmet alanının, kardiyolojik bakım ekibine entegre edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Kardiyolojik tanı ile yaşamının psikososyal ve yaşantısal yönlerini ele alan kardiyak sosyal hizmet uygulamaları, hastaların ve ailelerinin genel esenliğine, uyumuna ve iyileşmesine katkıda bulunabilmektedir.

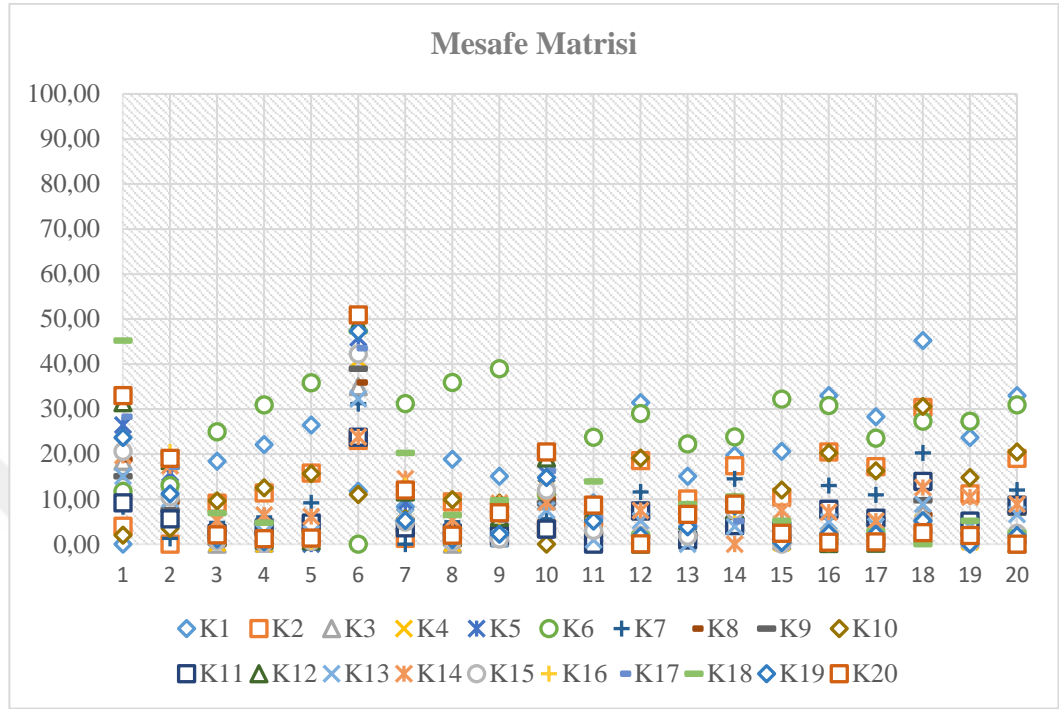
4.3.6. Nitel ve Nicel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi

Araştırmanın nicel boyutuna katılan 390 kişilik örneklem temsili ve sıralı karma model ile 390 kişilik nicel grup içerisinde türdeşlik ilkesine göre seçilen 20 kişilik nitel örneklem grubunun verdiği cevaplar aktarılmıştır. Grupların, F-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar Grafik 4.1’de verilmiştir. Katılımcıların benzer skorlar üzerinden puanlandıkları, anlamlı bir farklılık olmadığı, puanlamaya ilişkin dağılım eğrisinin paralel olduğu gözlemlenmiştir.



Grafik 4.1: Nitel Araştırma ve Nicel Araştırmaya Katılan Kişilerin SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Puan Dağılımları Göstergesi

Araştırmanın nicel ve nitel boyutuna katılan hastaların, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar mesafe matrisi üzerinde karşılaştırılmış ve Grafik 4.2’de sunulmuştur.



Grafik 4.2: Nitel Araştırmaya Katılan Kişilerin SF – 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğine Göre Yanıtları Arasındaki Mesafe Matrisi

Hibrit verilerin değerlendirilmesi aşamasında, nicel kümeden seçilen nitel katılımcıların, nicel veri setine verdikleri yanıtlar, Grafik 2’de mesafe matrisi ile incelenmiştir. Hibrit model uygulanan araştırmada, nicel soru kâğıdı – SF-36 ölçeğine bağlı verilen yanıtların, nitel ve nicel model arasındaki ilişkiselliğini görmek için mesafe matrisi grafiği kullanılmıştır. Mesafe matrisi grafiğinde, kümelerin veri setindeki kalıplara ilişkin içgörü kazandıracak sembolik bir anlatıma sahip olduğu görülmüştür.

Grafik 4.2’de, bireysel yanıtlar, aykırı ve benzer durumlar sembolize edilmiştir. Mesafe matrisi grafiğinde, nitel çalışmaya katılan ve nicel örneklemden seçilen kişilerin cevaplarının arasındaki mesafenin, grafiksel olarak temsili incelenmiştir. Mesafeler korelasyon mesafesi ölçümlerine dayalı olarak hesaplanmıştır. Ortaya çıkan grafik, dağılıma göre oluşturulan hiyerarşik kümeleme sistemi ile görselleştirilmiştir. Katılımcıların yanıtlarının, mesafe matrisinde işlendiği üzere benzer yoğunluklarda dağıldığı kaydedilmiştir. Dağılım eğrisindeki minimal farklılaşmanın, meslek grubuna göre yapılan ayırmda, sağlık çalışanı olan

katılımcının yaşam kalitesine ilişkin farkındalığının yüksek olması nedeniyle oluşturduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın nicel boyutu ve nitel boyutuna katılan 20 hastanın, SF-36 ölçeğine göre değerlendirildikleri parametreler, yaşadıkları psikososyal süreçler, sosyal gereksinimleri ve önerilerinin incelendiği veriler, yaş dönemlerine göre incelenmiştir. Kardiyak tanı ve tedavi grubuna ilişkin temada yer alan kod ve kategorilere ilişkin Şekil 4.13’de verilen yaş dağılımında, 66 – 70 yaş grubu aralığındaki katılımcıların, sürece ilişkin iç görülerinin, bedensel ve duyuşsal farkındalıklarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. (Dağılım %45, n=238)

	45-50	51-55	61-65	66-70	71-75	76-80	Toplam
▼ Kardiyak Tanı ve Tedavi Öyküsü							
▼ Kişilik Özellikleri ve Sağlık Durumu							
Öfkeli	4	3	6	13	2	3	31
Yaşam Dolu	1	2	9	16	1		29
Sakin	3	4	9	8	1		25
Ağrı Yaşama	4	2	8	8		2	24
Önceden de Kalp Rahatsızlığı Olması		1	6	5		1	13
Mutluluk			4	9	1		14
Düzensiz Uyku	1		2	6		2	11
Dayanıklı/Daha Az Hasta Olan		2	3	3			8
Umursamaz			3	9			12
Genetik Aktarım		1	2	2			5
Tekrarlayan ve Sık Hastalık Öyküsü		1		4			5
▼ Kardiyak Girişimsel İşlem Sürecinde Hissedilenler							
Kaygı		17	5	19	2	2	45
İyi Hissetme		3	8	20	1	1	33
Yorgunluk	1	4	7	9		5	26
Korku		4	10	7			21
Üzüntü		1	6	8		2	17
Kötü Hissetme	1	1	5	5	1	1	14
Umutsuzluk			2				2
Hareketli				1			1
▼ Tanı Aldıktan Sonraki Yaşam							
Hareketlerde Azalma		1	3	6		2	12
Ölüm Korkusu		6	1	1		2	10
Yeme Alışkanlığında Değişiklik Olmaması		1	3	8			12
İçer Kapanma		2	1	1			4
İştahın Azalması		2					2
İlgi Bekleme		1					1
▼ Kardiyak İşlemden Sonraki Süreç							
Belirli Hareketlerde Zorlanma	2	3	6	14		3	28
Rahatlama	2	5	5	12	1	1	26
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Zorlanmama	1	1	8	7	1	1	19
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi	1	1	5	3			10
Sosyal Yaşamda Bozulma Olmaması		1	5	4			10
Güvende Hissetme		2	1	6			9
Hayata Bakış Açısında Değişiklik Olması	2	3		4			9
Ağır Aktivitelerde Zorlanma			1	5		2	8
Hayata Bakış Açısında Değişiklik Olmaması		1	3	1	2		7
Psikolojik Destek Alma			3	3		1	7
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Zorlanma	1	1	3			1	6
Uyku Düzeninin Bozulmaması	1	2	2			1	6
Kendine Dikkat Etme				4			4
Çalışma Hayatını Olumsuz Etkilemesi		2	2				4
İşi Bırakma			2				2
Yaşam Kalitesinin Olumsuz Etkilenmesi				2			2
Σ TOPLAM	23	80	147	238	13	33	534
# N= Belgeler/Konuşmacılar	1 (5,0%)	3 (15,0%)	3 (25,0%)	4 (45,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)	20 (100,0%)

Şekil 4.13: Nitel ve Nicel Veriler Çapraz Karşılaştırma Tablosu

Araştırmanın nicel ve nitel bulgularında kaydedilen, kardiyovasküler tanı hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar spesifik olarak tanımlanmıştır:

Hastalar, tanı aldıkları kardiyovasküler sistem prognozuna ilişkin semptomların mortalite riski hakkında yoğun endişe yaşamaktadır. Kaygı ve anksiyete düzeyinin yükselmesi ile birlikte, tıbbi tedaviye uyum güçleşmektedir.

İlaç ve tedavi sadakati konusunda öz denetimlerini kurmakta zorlanmaktadırlar. Hastalar, kalp yetersizliği tanısında ağırlıklı olarak, semptomlara ilişkin reddetme ve inkâr duygusu yaşamakta, iyileşmeye ilişkin zayıf motivasyon geliştirmektedir. Koroner kalp hastalığı için hastaların, davranışsal risk faktörlerini değiştirmekte direnç gösterdikleri, sosyal ilişkiler ve iş yaşamındaki marjinal değişikliklere adapte olmada güçlük çektikleri gözlemlenmektedir. Beslenme düzeni ve vücut ağırlığı yönetimi, sigara, alkol gibi bağımlılık unsuru yaratacak maddeleri bırakma konusunda direnç geliştirmektedirler.

Toplumda var olan kardiyovasküler hastalıklara ilişkin ön ve kalıp yargılar, yıkıcı yorumlar sebebiyle, hastaların geleceğe yönelik bağ kurma ve umut duyguları zarar görmektedir. Hastalık öncesi yaşantısal zorluklar ve psikolojik problemler, yaşanan travmatik süreç sebebiyle yeniden açığa çıkabilmektedir.

Kalp hastalıklarının tekrarlama korkusu, sağlık durumundaki belirsizlikler sebebiyle hastalarda huzursuzluk, daha sinirli olma, düşünce yönetiminde güçlük, olumsuz otomatik düşüncelerde artış görülebilmektedir.

Kardiyolojik tanı ile birlikte gelen fiziksel sınırlamalar, yaşantısal değişiklikler ve hastaların yaşamlarının kontrolünü kaybettiklerine ilişkin inanışları, umutsuzluk ve depresif duygulanımın ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Özellikle, kalp yetersizliği tanısı konulan veya miyokard enfarktüsü geçmişi olan hastaların, travma sonrası yoğun stres yaşadığı, geçmiş kriz anlarına ilişkin ana geri dönme, uykusuzluk yaşama, hipervijilans, kalp ile ilgili deneyim ve anlatımlardan kaçınma gibi durumların ortaya çıktığı gözlemlenmektedir.

Hastaların, benlik saygısı ve öz yeterliliklerine olan inançlarının zayıfladığı, yaşanan sağlık sorunu ile beraber hayatlarının denetimini ve kontrol odaklarını kaybettiklerine ilişkin irrasyonel inanışların geliştiği görülmektedir. Hastaların, yeni teşhis- tedavilere uyum sağlama ve yaşama yeniden adaptasyonda zorlandıkları görülmektedir. Hastaların, tedavi sürecinde kendi çevreleri dışından yaşamlarına giren Hekim, Hemşire gibi sistem dışı kişiler ile ilişki kurmakta zorlandıkları, yeni ilişkileri ve yaşam olaylarını yönetme konusunda uyumlarının düşük olduğu izlenmektedir.

Kardiyolojik tanı, hastanın ailesi ve kendisi için önemli bir stresör haline gelmektedir. Durumu yönetme konusundaki krizler, iş görmezlik sebebiyle yaşanan kısa veya uzun süreli mali kesintiler ve tüm bu psikososyal – sosyoekonomik faktörlerin günlük yaşam üzerindeki etkisinin yönetimi güç olmaktadır.

Araştırmanın nicel ve nitel bulgularının analizinde, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde, kardiyak sosyal hizmet önemli bir işleve sahip olduğu gözlemlenmiştir. Araştırma bulgularında açığa çıkan kardiyak sosyal hizmet müdahalesine duyulan ihtiyaca ilişkin tespitler aşağıda sunulmuştur.

Tedavi prosedürleri belirlenmiş olsa dahi her hasta hastalık sürecini psikososyal açıdan farklı deneyimlemektedir. Her hastanın karşılaştığı psikososyal tabloyu anlamak ve öznel ihtiyaçlarını, yaşadığı güçlükleri çözümlemek için kapsamlı değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. Hastanın, yaşamsal fonksiyonlarını etkileyen tüm fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel faktörleri değerlendirerek, içinde bulunduğu durum, bütüncül ve sistemsel bir şekilde analiz edilmelidir.

Araştırma bulgularında görüldüğü üzere, hastalar bireyselleştirilmiş tedavi planlarına ihtiyaç duymaktadır. Klinik bir odakla, psikososyal ihtiyaçları ele alan kişiselleştirilmiş müdahaleler geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Kardiyolojik tanı hastalar için genel yaşam kalitesini arttırmaya yönelik, kanıta dayalı uygulamalar ve terapötik teknikler kullanılması gerekmektedir.

Araştırmada bulgularında görüldüğü üzere, kardiyovasküler tanı hastalıkların tedavisinde psikososyal destek sistemleri ve klinik

değerlendirme önem taşımaktadır. Klinik yönelimli kardiyak sosyal hizmet profesyonelleri, kaygı, korku, depresif duygulanım, uyum güçlükleri ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik faktörleri, diğer ruh sağlığı profesyonelleri ile birlikte değerlendirebilecek donanıma sahip olmalıdır. Kardiyolojik tanılarının genellikle stresörler ile birlikte tanımladığı izlenmektedir. Bu bağlamda, hastaların psikolojik esnekliklerini ve esenliklerini yönetmeleri konusunda desteklemek, psikoeğitim vermek ve davranış değişikliğine ilişkin stratejik müdahaleler planlamak işlevsel olacaktır. Hastanın, yeni yaşam planları penceresinden kendisine bakmasını sağlamak ve sağlıklı yaşam tarzına ilişkin değişiklikleri benimsemesi, sürdürmesi için hastaya danışmanlık vermek gerekmektedir. Klinik odaklı kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, motivasyonel teknikler, davranış değiştirme teknikleri ve sağlık koçluğu konusunda gerekli donanımları kazanmış olmalıdır. Kardiyak sosyal hizmet alanına ilişkin kalifikasyonu standardize edilmeli, hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, yetkinlik sertifikaları ilgili kurumların yönetim sistemine entegre edilmelidir.

Araştırma bulgularında, hasta ve ailelerin taburculuk sonrası tedaviye uyum konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Hastalara ve ailelerine yönelik, ilaç yönetimi ve sadakati, yaşam tarzı değişiklikleri ve hastalık yönetimi gibi konularda, tedavi ekibi ile birlikte psikoeğitim organize edilmelidir.

Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcıları ve ortamları arasında bakımı koordine etme konusunda bir havale köprüsüdür. Sosyal hizmet uygulayıcıları, tedavi ve bakım sürecinin etkililiği tedavi sonuçlarının optimizasyonu için kardiyologlar, hemşireler, kardiyak rehabilitasyon ünitesi çalışma grubu ve sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği yapmalıdır.

Hastalar, ailelerinden, sosyal çevrelerinden ve sağlık çalışanlarından aldıkları sosyal desteğin iyileşme sürecinde önemli olduğunu vurgulamaktadır. Destek grupları ile yeni yaşamın simülasyonunun sunulması, adaptasyon açısından son derece önemlidir. Bu nedenle, kardiyak sosyal hizmet uygulayıcılarının,

sosyal grup çalışması yapılandırması ve çalışmayı koordine ederek izlemesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma bulgularında, hastaların emosyonel ve fiziksel rol güçlüğü yaşadıkları, iş yaşamına devam edemedikleri, çalışma kısıtlılıklarının meydana geldiği, malulen emeklilik durumunun oluşabildiği gözlemlenmiştir. Bu noktada, kaynak ve sosyal politikalara erişim konusunda hasta ve yakınları güçlük yaşamaktadır. Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, uygun kaynaklara, destek hizmetlerine ve topluluk programlarına erişerek, hastaların ihtiyaçları için kaynak navigasyonu yapmalıdır. Hastaların sağlık, sosyal sigorta sistemleri ile ilgili hakları konusunda savunuculuk faaliyetleri yürütülmelidir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Bu kısımda, kardiyolojik tanı ile tedavi alan hastaların psikososyal gereksinimleri, mortalitesi yüksek tanılar ile kateter laboratuvarında girişimsel işlem uygulanan ve yoğun bakım deneyimi bulunan hastaların klinik odaklı kardiyak sosyal hizmet modellerine ilişkin ihtiyaçları, elde edilen bulgular, araştırma problemleri altında gruplandırılarak, literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1.1. Kardiyolojik Tanı ile Tedavi Alan Hastaların Demografik Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması

Karma araştırma modelinin nicel ve nitel boyutlarına katılan kişiler, demografik açıdan değerlendirilmiştir. Cinsiyet açısından incelendiğinde, literatürde görüldüğü üzere, kardiyolojik tanı ve tedavi öyküsünün kadınlara göre erkeklerde daha fazla görüldüğü kaydedilmiştir. Nicel araştırma örneğine katılan hastalar değerlendirildiğinde, erkek katılımcıların oranının kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Nicel araştırma içerisinde seçilen kişilerle uygulanan nitel araştırmada da benzer biçimde, erkek katılımcı oranının kadın katılımcı oranından çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür yazımı, cinsiyet açısından görülen tabloyu destekler niteliktedir. Weidner ve Cain'in (2003) yaptığı çalışmada, erkeklerin kalp hastalığına kadınlardan daha duyarlı olduğu, orta yaşlı erkekler arasında kardiyolojik hastalıklar sebebiyle ölüm hızının artmış olduğu vurgulanmaktadır. Cinsiyetler arasında yapılan bu tartışmalarda, kadınların stresli olaylarla baş etme becerilerinin yüksek olması, tedavi öyküsünde kalp sağlığını koruyucu bir nitelik olarak belirtilmektedir (Weidner ve Cain, 2003: 769). Araştırmalar, kalp hastalıklarındaki cinsiyet faktöründe erkekler ve kadınlar arasındaki farklılıkların sebeplerini incelemiştir. Bu çalışmalarda farklılıkların, sigara, alkol kullanımının erkeklerde daha fazla olması, kadınların erkeklere oranla daha kolesterol açısından düşük diyetlere sadık kalabilmesi, fiziksel aktiviteler gibi değişkenlerden kaynaklandığını ifade

edilmektedir. Kalp hastalarının, toplumsal cinsiyet rolleri ve erkeklik kavramına yüklenen sorumluluklar sebebiyle de erkeklerde daha yüksek oranda seyrettiği araştırmalarda yer almıştır. Connor (1997) tarafından yapılan çalışmada, cinsiyet rollerine ilişkin davranışlar ve stres faktörlerine verilen tepkilerin kardiyolojik tanı hastalarda önemli bir fark yarattığına ilişkin değerlendirmeler paylaşılmıştır (Connor, 1997: 262).

Araştırmada, kardiyolojik tanı alan hastaların yaş grubu incelendiğinde, ağırlıklı olarak ileri yetişkinlik ve yaşlılık döneminde oldukları gözlemlenmiştir. Kalp hastalıkları her yaş grubundan insanı etkilemekte; ancak yaş ilerlediğinde riskler artmaktadır. Kalp hastalığı için en yaygın yaş aralığı tipik olarak 45 yaşın üzerindeki kişilerden başladığı ve riskin 65 yaş üzerinde ciddi oranda arttığı vurgulanmaktadır. Yaş parametresi tek başına bir değişken değildir. Yaş ile birlikte, yüksek tansiyon, kolesterol, obezite, ailede kalp hastalığı öyküsü, stresli yaşam biçimi, sağlıklı yaşam rutinlerine verilen önem hastalık seyrini değerlendirmedeki diğer parametrelerdir. Literatürde, kalp hastalıkları için 45 yaş üzerinde gözlemlenme sıklığında artış olduğu ve 65 yaş sonrası risk faktörlerinin arttığı kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, 2019 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı, 70 yaş altı hastalarda rastlanan 17 milyon erken ölümün %38'ini kardiyolojik tanılar oluşturmaktadır (WHO, 11 Haziran 2021). Amerikan Kalp Derneğinin verilerine göre ise 60-79 yaş grubundaki kişilerin %70'i kardiyovasküler hastalık riskine ve tanısına sahiptir (AHA, 2013: 390). TÜİK verilerine göre, 2021 yılında ülkemizdeki ölüm istatistiklerinin %33.4'ünü dolaşım sistemi hastalıkları ve ağırlıklı olarak iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (TÜİK, 2023, 45715). Ülkemizde, kardiyovasküler hastalıklara ilişkin mortalitenin %43'e kadar yükseldiği, toplumumuzda bu oranın 45 – 74 yaş grubu için diğer Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında, yüksek düzeyde olduğu gözlemlenmektedir. Koroner morbidite ve mortalite hızlarının, her yıl %5 oranında yükseldiği ön görülmektedir (İşlegen, 2007: 160).

Araştırmaya katılan kardiyolojik tanı hastalar medeni durum açısından değerlendirildiğinde, araştırmanın nicel ve nitel boyutuna katılan kişilerin büyük çoğunluğunun evli olduğu kaydedilmiştir. Literatüre göre, medeni durum kardiyolojik tanı hastalarda bir gözlem aracı olabilmektedir. Evliliğin, düzenli yaşam, düzenli beslenme, tıbbi tedaviye uyumlanma açısından olumlu bir etkisinin

olduğu ve evliliğin kalp sağlığı üzerindeki etkisinin erkeklerde daha belirgin olduğu ifade edilmektedir. Araştırmanın nitel katılımcılarından biri, eş kaybı yaşadıktan sonra daha stresli bir yaşam sürmeye başladığını ve kardiyolojik tanısının eş kaybından sonra konulduğunu ifade etmiştir. Literatürde de benzer bilgilere rastlanmaktadır. Ölüm nedeniyle eş kaybı, özellikle yaşlılık dönemindeki bireylerin psikososyal açıdan sağlığını etkilemekle birlikte, fiziksel aktivitenin azalması, sağlıklı beslenme motivasyonunun düşmesi gibi sebeplerle kardiyolojik açıdan riskleri arttırabilmektedir. Genel olarak, bu bulgular medeni durumun kalp hastalığı riskinde ve sonuçlarında rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Shultz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada, medeni durumun kardiyolojik tanılara doğrudan karakterize bir etkisinin olmadığı; ancak ayrılmış/boşanmış, ölüm sebebiyle eşini kaybetmiş ve hiç evlenmemiş bireylerin, evli bireylere kıyasla kardiyovasküler hastalıklar açısından daha fazla ölüm oranı ile kaydedildiği aktarılmıştır (Shultz, 2017:219). Wong ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, medeni durumun kardiyolojik tanıli hastalıkları ve tanı sonrası prognozu etkilediği, eşini ölüm sebebi ile kaybetmiş kişilerin risklerinin daha yüksek ölçüldüğü aktarılmıştır (Wong, 2019: 1938).

Araştırmada, kardiyolojik tanı ve tedavi aşamasında bulunan hastaların eğitim durumu incelendiğinde, nicel boyutta katılımcıların çoğunluğunun orta öğretim ve altı olduğu görülmüştür. Çalışmanın nitel boyutunda da benzer biçimde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun orta öğretim ve altı düzeyinde eğitim sistemine dahil oldukları kaydedilmiştir. Alandaki çalışmalar, eğitim seviyesinin kalp hastalığı riski ve sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceği önermesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Araştırmalar, yüksek öğretim mezunu kişilerin, eğitim seviyesi daha düşük kişilere oranla, kardiyolojik açıdan daha sağlıklı olduklarını göstermektedir. Bu durumun sebepleri arasında, yüksek eğitim seviyesine sahip olan kişilerin, sağlık okur yazarlığının daha yüksek olması, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları, sağlık hizmetlerine ilişkin daha bilinçli olmaları gösterilmektedir. Robert ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan çalışmada, kalp hastalıklarında, depresif duygulanım, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun önemli bir değişken olduğu ifade edilmiştir (Robert, vd. 1993: 286). Kaplan ve Keil'in yaptığı çalışmada (1993), eğitim, gelir ve mesleği içeren sosyoekonomik

durum göstergelerinin, kalp hastalığı risk faktörleri olabildiği, morbidite ve mortalite ile ilişkili oldukları aktarılmıştır (Kaplan, Keil, 1993: 1973).

Araştırmaya katılan kardiyolojik tanılı hastalara, sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin yorumları sorulduğunda, nicel boyuta katılan hastaların genel durumlarını olumsuz olarak tanımladığı görülmüştür. Kardiyolojik tanılı hasta grubu, genel sağlık durumunu nefes almada güçlük, fiziksel aktivitelerde zorlanma, kronik yorgunluk ve enerji düşüklüğü, göğüs ve kas ağrıları, hareket kısıtlılığı, anksiyete, korku ve depresyon gibi bedensel ve somatik yakınmalar ile birlikte ifade etmektedir. Bu nedenle sağlık durumlarının olumsuz etkilendiğini aktarmaları, hastalığın bedensel ve ruhsal etkilerinden kaynaklanmaktadır. Rutledge ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, kardiyolojik tanılı hastalarda diyabet, tansiyon değişkenliği gibi yaşam kalitesini uzun vadede olumsuz etkileyen faktörlerin olduğu, bu etmenlerin hastaların genel olarak yaşamını olumsuz etkilediğinden bahsedilmiştir (Rutledge, vd. 2018:3).

Araştırmaya katılan kardiyolojik tanılı hastalar, fiziksel olarak tanımladıkları ağrı veya yakınmalar ile birlikte psikososyal açıdan zorlandıkları bir süreçten geçtiklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hastalar, ruhsal sorunlar yaşadıklarını, sosyal işlevsellik düzeylerinde gerileme olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmanın nitel boyutunda yapılan derinlemesine görüşmelerde, hastalar sıklıkla anksiyetelerinin yüksek olduğunu, özellikle anjiyografi sonrasındaki yaşam senaryolarına ilişkin korku ve kaygı duyduklarını, ölüm korkusu yaşadıklarını, hastalığın prognozu ve gelecekteki sağlık durumlarını yönetme konusunda stres altında olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hastalar derinlemesine görüşmelerde, sosyal yaşamdan ve iş yaşamından hastalık sebebiyle çekilmek zorunda kaldıklarını, sosyal olarak izole hissettiklerini, yalnız geçirdikleri sürenin arttığını, aileleri ve arkadaşları ile ilişki stresi yaşadıklarını aktarmışlardır. Nitel görüşmelerde, hastalar psikososyal faktörlerin yanında, çalışma yaşamlarında meydana gelen kısıtlılık veya maluliyet durumu sebebiyle finansal stres yaşadıklarını, bu durumunun iyi olma halini etkilediğini paylaşmışlardır. Krantz ve McCeney'in (2002) yaptıkları çalışmada, kardiyoloji tanılı hastalarda, akut ve kronik stres, depresif duygulanım, sosyal destek sistemlerin eksikliği ve sosyoekonomik faktörlerin oluşturduğu durumla ilintili psikososyal etmenlerin olduğu aktarılmıştır. Çalışmada, kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve

mortalitesi üzerindeki psikolojik ve sosyal etkiye dair kanıtların ölçülebilir olduğu, kardiyoloji ve davranış bilimlerindeki uzmanlığı birleştiren çok disiplinli çalışmaların önem taşıdığı ifade edilmiştir (Krantz, McCeney, 2002: 361). Mathews (2005) tarafından yapılan çalışmada, kardiyolojik tanılar ile psikososyal faktörler ve patofizyolojik süreçler arasındaki bağlantılara ilişkin açıklamalar yapılmıştır. Kardiyolojik tanılarla birlikte görülen psikososyal sorunlar, sigara gibi bağımlılıklar, yaşama uyumlanma sorunları, otonom sinir sisteminin düzensizliği, artan sempatik sinir sistemi aktivitesi, fiziksel hareketsizlik, depresif duygulanım üzerinde yoğunlaşmaktadır (Mathews, 2005: 785). Genel olarak, kalp hastalığı bir hastanın psikososyal sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunucularının hastaların duygusal refahını değerlendirmesi ve hastaların durumlarının duygusal ve pratik zorluklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için uygun destek ve kaynakları sağlamasının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.1.2. Kardiyolojik Tanısı Bulunan ve Tedavi Sürecindeki Genel Sağlık Durumlarının Analizi

Kardiyovasküler tanımlı hastalıkların semptomları, olumsuz fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Gulati, Khan, vd, 2023: 28). Kardiyolojik tanısı olan hastaların genel durumu, uygulanan tedavi periyoduna ve durumlarının ciddiyetine bağlı olarak büyük ölçüde değişebilmektedir. Bazı hastalar daha hafif semptomlara sahip olabilir ve yaşam tarzı değişiklikleri veya ilaçlarla durumlarını yönetebilirken, diğerleri günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen, mortalite riski yüksek ciddi semptomlar yaşayabilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların, genel sağlık durumunu ve fiziksel - sosyal - duygusal işlevsellik ve genel sağlık algısı dahil olmak üzere yaşam kalitesini ölçme amacıyla SF-36 ölçeği kullanılmıştır. Nicel boyutta uygulanan ölçek, hastaların yaşam kalitesindeki değişiklikleri izlemek, müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek ve tedavi kararlarına rehberlik etmek amacıyla kullanılmaktadır.

SF- 36 ölçeği ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık alt parametreleri değerlendirilen veri setinde yapılan çoklu karşılaştırmalarda, yaş, cinsiyet, eğitim, mevcut sağlık durumuna ilişkin parametrelerle anlamlı bir ilişki olduğu kaydedilmiştir. Bulgular bölümünde, nicel verilerin post hoc analizler ile yapılan değerlendirmesi, nitel boyutta klinik faktörler ile açıklanmıştır. Yaşam kalitesi,

ölçeğin kullanımında belirtildiği üzere öznel bir deneyimdir ve hastanın klinik durumu ile birlikte etkilenebileceği tüm sağlık komplikasyonları ve psikosozyal etmenler ile birlikte değerlendirilmelidir. Kardiyolojik tanılı hastaların tedavisinde, bir hastanın genel refahının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak için yaşam kalitesi puanlarını diğer klinik ve psikosozyal faktörlerle birlikte yorumlamak önemlidir. Bu nedenle nicel ve nitel verilerin analizi birlikte değerlendirilmiştir.

Katılımcılar, araştırmanın nitel boyutunda tanı ve tedavi sürecini değerlendirdikleri temada, kişilik özellikleri ve sağlık durumu kategorisinde kendilerini öfkeli, ağrı skalası yüksek, tekrarlayan hastalık öyküleri nedeni ile kaygılı hissettikleri ifade etmişlerdir. Olumsuz kodların yanı sıra, tedavi sürecinde girişimsel işlem uygulanan hastalar, umutlarının arttığını ve daha yaşam dolu hissettiklerini de ifade etmişlerdir. Bu nedenle, mortalitesi yüksek hastalıklarda uygulanan tedavi prosedürlerinde, hastanın yeni yaşam formuna uyumlanması ve umut değişkeni iyileşmeye yardımcı bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların tanı aldıktan sonra hissettiklerine bakıldığında, temanın altında kaygı, ölüm korkusu, yaşam alışkanlıklarında majör değişiklikler, içe kapanma gibi olumsuz duygulanım kodlarının ifade edildiği görülmektedir.

Tümevarımcı bir gözlük ile bakıldığında, kardiyolojik tanısı olan hastaların genel durumu karmaşık ve çok yönlü olabilmektedir. Her hastanın kendine özgü ihtiyaç ve koşullarına göre bireyselleştirilmiş değerlendirme ve tedavi planına ihtiyacı olduğu söylenebilir. Her klinik senaryoyu hasta özelinde yönetebilmek için üstün iletişim becerilerine ve yetenekli ve motive olmuş multidisipliner ekiplere ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (Manyari, Belenkie, vd. 2023: 502).

Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde, her hastaya benzersiz özellikleri, tıbbi geçmişi ve özel ihtiyaçları olan bir birey olarak, öznel prensibiyle yaklaşmak önemlidir. Konulan tanı, nedeni, hayati riskleri ve ilişkili riskler açısından başkalaşır. Bu nedenle, her vakanın öznel koşullarını gören endüktif bir mercekle değerlendirilmesi işlevsel olacaktır. Kardiyoloji alanında tüme varımsal muhakeme, hastanın yaşı, yaşam formu, genetik özellikleri, komorbiditeleri ve önceki tedavilere verdiği yanıtları içermelidir. Bu sebeple kardiyovasküler tanı hasta grubu multidisipliner bir ekibin değerlendirmesi, öznelliğe dayalı kişiselleştirilmiş tedavi planının geliştirilmesi gerekmektedir.

Kardiyovasküler tanılı hastalıklarda, bazı hastalar bir sağlık kuruluşundan taburcu olduktan sonra başta motor rahatsızlıklar ve emosyonel bakım olmak üzere yaşamları boyunca devam eden tedavilerini ve uyum davranışlarını devam ettirme noktasında desteğe ihtiyaç duyarlar. Hastaların, fiziksel ve emosyonel bağlamda yaşam kalitesi ile ilgili tedavi sonuçlarını iyileştirmek için multidisipliner ekip müdahalesiyle yaklaşılmalı ve öznelleştirilmiş bakım planı uygulanmalıdır (Yang, Bai, vd. 2023: 2).

İnterdisipliner ekip içerisinde yer alan hekim ve hemşire dışındaki sağlık profesyonellerinin standardize edilmiş bir tedavi prosedürü ya da yaygın olarak kullanılan bir standart yoktur (Batchelor, Anwaruddin, 2023: 2). Fizyoterapistler, psikologlar, ergoterapistler ve kardiyak sosyal hizmet uygulayıcılarının, hastaların öznel ihtiyaçlarına yönelik interdisipliner ekiple birlikte program oluşturması gerekmektedir. Kardiyovasküler hastalıklarda, hospitalize edilen dönem ve sonrası için uzun süreli bakım planı ve interdisipliner entegre tıbbi yönetim programına ihtiyaç duyulmaktadır. Öznel tedavi programı hazırlanması gereken hastalar, farklı evrelerde farklı tedaviler alırlar. Burada, olası risklerin erken teşhisi ve tanıya ilişkin tedaviye uyum güçlüklerinin ortadan kaldırılması son derece önemlidir (Hirsch, Hunter, vd. 2023: 457)

5.1.3. Kardiyolojik Tanı Konulan ve Tedavi Sürecinde Bulunan Hastaların Psikososyal Destek İhtiyaçlarının Analizi

Kardiyovasküler hastalıkların 1/3'ü anksiyete ve depresyon semptomları yaşamaktadır. Ancak, kalp hastalarına psikososyal destek sistemi bulunmamaktadır. Aynı zamanda, kardiyak rehabilitasyonda da psikososyal destek sınırlıdır ve küçük etkiler üretmektedir. Bu grup hastalarda, anksiyete, depresyon ve sosyal sorunları tedavi etmek, doğru destek sistemleri ile yönetmek önemlidir; çünkü hastanın yaşam kalitesi psikososyal faktörler sebebiyle daha fazla bozulmaktadır (Wells, McNikol, vd, 2023:2).

Araştırmada, temel problem olan "...kardiyovasküler hastalıklarda uygulanan tanısız veya terapötik girişimsel işlem süreçleri ve sonrasında psikososyal destek ve danışmanlığa ihtiyaç duyulmakta mıdır?" Psikososyal destek ve danışmanlık ihtiyacına ilişkin, klinik sosyal hizmet perspektifiyle kardiyak sosyal hizmete duyulan ihtiyaçla birlikte değerlendirilmiştir. Referans merkez olan Sağlık

Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığına bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde, Kateter Laboratuvarında tanınal veya terapötik girişimsel işlem uygulanmış veya takip programında olan hastalar ve yakınlarının psikososyal destek ihtiyaçları değerlendirilmiştir. Kardiyoloji Kliniğine başvuran ve girişimsel işlem uygulanan hastaların deneyimlerini ölçme amacıyla karma araştırma metodolojisi kullanılmıştır. Nicel boyutta uygulanan SF-36 ölçeğinin alt boyutlarında, hastaların fiziksel tanıları ile yaşadıkları psikososyal sorunlar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Nitel boyutta ise, katılımcılar kardiyak tanı aldıktan sonraki yaşamlarını anlattıkları kategoride, sosyal yaşama katılımın ve hareket kabiliyetlerinin azaldığını, ölüm korkularının arttığını, iştah azalması ve kronik uykusuzluk gibi yaşam kalitelerini etkileyen semptomlar yaşadıklarını, daha içe dönük ve depresif duygulanımlarının olduğunu, ağırlıklı olarak aktarmışlardır. Katılımcılar, kardiyak işlemden sonraki süreci anlattıkları kategoride, yaşam kalitelerinde artış olduğunu ve rahatladıklarını ancak sosyal işlevselliğin azalması, iş yaşantısının kesintiye uğraması sebebiyle değişiklikleri yönetmekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar, maluliyet ya da zorunlu emeklilik durumlarının ortaya çıkması, yaşam kalitelerinin hastalık sebebiyle olumsuz etkilenmesi ve psikososyal danışmanlık ihtiyacına rağmen destek alamadıklarını aktarmışlardır.

Kardiyovasküler tanısı bulunan hasta popülasyonu için yaşam süresi boyunca bir dizi önemli psikolojik zorluk mevcuttur. Psikiyatrik bozukluklar, konjenital veya sonradan tanı konulan kalp hastalarında en sık görülen komorbiditeyi temsil etmektedir. Son yıllarda tedavi ekibi, sosyal sorunların hastaların fiziksel sağlığı ile etkileşimine ilişkin farkındalık geliştirmeye başlamıştır. Klinisyenler, hastaların duygusal, davranışsal ve sosyal destek sistemlerinden ve rehberlik hizmetlerinden yararlanmaları gerektiğini düşünmektedir. Ruh sağlığı profesyonellerinin hem pediatrik hem de yetişkin kalp hastalığı bakım ekiplerine entegrasyonuna yönelik modeller geliştirilmekte ve faydalı olduğu görülmektedir (Kovacs, Brouillette, 2022: 3).

Araştırmada, tıbbi müdahale ile birlikte karşılaşılan psikolojik ve sosyal sorunlar değerlendirilmiştir. Psikososyal destek ve kardiyak sosyal hizmet modellerine duyulan ihtiyacı ölçen sorulara verilen yanıtlar incelenmiştir. Katılımcılara tedavi sürecinde hasta ve ailesini psikososyal açıdan destekleyen ve güçlendiren,

ihtiyaçlarını analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmalarını kolaylaştıran bir sağlık hizmeti önerilme durumu sorulmuştur. Verilen yanıtlarda, katılımcıların tamamına yakını böyle bir sosyal hizmet modeli önerilmediğini ifade etmiştir. Burada, klinik odaklı sosyal hizmetin yeterliliği ve sağlık profesyonelleri arasında bilinirliğini de tartışmak, uygulama pratiğini yeniden tanımlamak yerinde olacaktır.

Klinik odaklı sosyal hizmet, tanı ve tedavi sürecindeki hastalar, aileleri ve gruplara yönelik, yaşadıkları duygusal, davranışsal veya psikolojik zorluklar ile ilgili danışmanlık, terapi ve diğer ruh sağlığı hizmetleri sağlamayı içeren uzmanlaşmış sosyal hizmet uygulamasıdır. Psikososyal destek ve sosyal hizmet uygulamaları, hastaların ve ailelerinin hastalıkları ve iyileşmeleri sırasında karşılaşılabilecekleri duygusal, sosyal ve pratik zorlukların ele alınmasına yardımcı olabileceğinden, kardiyoloji hastaları için tedavinin önemli bileşenlerindedir. Kardiyak sosyal hizmetin rol ve işlevleri, hasta ve ailesine psikososyal destek sağlama, psikoegitim, destek grupları oluşturma, tedavi ve sonrasında hastanın bakımı ve yaşama entegrasyonunu koordine etme, eğer ileri dönem kalp hastalıkları varsa hasta ve ailesi ile yaşam sonu bakımı organize etme ve travma danışmanlığı sunma, genel olarak hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve yaşamsal ihtiyaçlarını ele alarak tedaviye uyumu arttırmak olarak tanımlanabilir. Kardiyak sosyal hizmet müdahalesinin, hasta ile buluşabilmesi için sağlık profesyonelleri ile holistik çalışma organizasyonu yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinde holistik-bütüncül yaklaşım, bir hastayı yalnızca fiziksel semptomlarına veya hastalıklarına odaklanmak yerine bir bütün olarak tedavi etmek anlamına gelmektedir. Hastanın sadece fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda duygusal, psikolojik, sosyal ve ruhsal esenliğini de dikkate alınmasıdır. Bu yaklaşım, tüm bu yönlerin birbiriyle bağlantılı olduğunu ve hastanın genel sağlığını ve esenliğini etkileyebileceğini kabul etmektedir. Kardiyoloji alanında klinik odaklı çalışan sosyal hizmet profesyonelleri, bütüncül ve kapsamlı müdahale sağlamak için kardiyologlar, psikiyatristler, psikologlar ve hemşireler gibi diğer sağlık uzmanlarıyla da sıklıkla iş birliği yapmak ve konsültasyon sistemini çalıştırmak durumundadır. Sosyal hizmeti tıbbi bakıma entegre etmek, nitel ve nicel verilerde katılımcılar tarafından vurgulandığı üzere hasta sonuçlarını iyileştirebilir, yaşam kalitesini artırabilir ve bakımın önündeki sosyal, duygusal ve pratik engelleri ele alarak sağlık hizmeti maliyetlerini ve etkinliğin önündeki engelleri azaltabilir.

Araştırmaya katılan hastalara, tanı ve tedavi sürecinde kardiyovasküler hastalık ve etkilerine ilişkin, psikososyal destek alma durumu sorulmuştur. Verilen yanıtlarda, hastaların tamamına yakınının psikososyal destek almadığı, hastalarının ailelerinin de neredeyse tamamının psikososyal ve danışmanlık almadığı kaydedilmiştir. Kardiyak sosyal hizmete ilişkin ihtiyacı ölçen bir diğer soruda, katılımcılara tedavi sürecinde hasta ve ailesini sosyal olarak destekleyecek ve yaşam koşullarına dair danışmanlık hizmetleri sunacak bir sağlık hizmeti almak isteme durumu sorulmuştur. Verilen yanıtlarda, katılımcıların tamamına yakınının destek ve danışmanlık hizmeti almak istediği tespit edilmiştir.

Kardiyovasküler hastalıklar, hastanın zihinsel ve duygusal boyutta önemli ölçüde etkileyen karmaşık, kronik ve mortalite riski yüksek olan tıbbi durumlar olarak kategorize edilmektedir(Burrows, Mason, 2004: 443). Kardiyak sosyal hizmete duyulan ihtiyaç bu noktada çok anlamlıdır. Sosyal hizmet uzmanları, hastaların tıbbi tedaviye uyumlanmasını sağlamak, teşhisle başa çıkma konusunda güçlenme pratiklerini uygulamak, psikolojik ve duygusal sorunları keşfederek kaynaklarını çözüme entegre etmek, yaşam tarzı değişikliklerini yönetmesi konusunda desteklemek, hastanın sosyal ve çevresel faktörleri yeniden düzenleyebilmesi için sistemler arasında mediatörlük yapmak, sosyal destek sistemleri ile iş birliği ve savunuculuk yapmak, hasta ve ailesini sosyal haklar konusunda bilgilendirmek, genel olarak hastanın yaşam kalitesini arttırarak iyileşmede kritik bir işleve sahiptir. Bu nedenle hastaların destek ve danışmanlık talepleri, hastalık sürecinde karşılaştıkları fiziksel, duygusal ve sosyal zorlukları aşmada son derece önemlidir. Araştırmanın nitel boyutunda, kod bulutunda en görünür olarak vurgulanan kodlamanın psikososyal destek ve danışmanlık ihtiyacı üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir.

Çalışmanın nitel boyutuna katılan hastaların ifadeleri değerlendirildiğinde, fiziksel tedavinin yanında, hastayı ve ailesini psikolojik ve sosyal olarak destekleyecek ve yaşam koşullarına ilişkin danışmanlık hizmetleri sunacak bir sağlık hizmeti almak isteme durumu sorulmuştur. Katılımcıların verdiği yanıtlarda, hastaların tamamının psikososyal destek ve danışmanlığa ihtiyaç duyduğunu belirttiği gözlemlenmiştir. Eş zamanlı olarak, kateter laboratuvarında uygulanan girişimsel işlemler ve yoğun bakım sürecinden sonra hastaların, süreç iyileştirme ile ilgili önerileri sorulmuştur.

Önerilerden çıkan ağırlıklı kod, psikososyal destek sistemlerinin iyileştirilmesi olmuştur.

Hastaların, sürece dair önerileri incelendiğinde, aslında daha fazla bilgilendirme olarak ifade ettikleri kodun, kardiyolojik tanıyla oluşan yaşamın krizleri ile ilgili endişelerden oluştuğu, taburculuk sonrası yaşama adaptasyon kodunun da yeniden yaşama entegrasyonu ifade ettiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla, aslında sürece dair hastaların talep ve önerilerin tamamının kardiyak sosyal hizmet sunumunu güçlendirme kodu altında birleştiği söylenebilir.

Kardiyolojik tanılı hasta grubunda, özellikle kateter laboratuvarında girişimsel işlem yapılan ve koroner yoğun bakım deneyimi bulunan hastaların, anksiyete düzeylerinin işlem öncesi ve taburculuk aşamasında yükseldiği, yaşama adapte olmak, iş kaybı veya sosyal işlevsellik kaybı yaşamak gibi kaygılarının olduğu, ölüm korkusu yaşadıkları kaydedilmiştir. Bu hasta grubunda, anjiyografi ve stent işlemleri sonrasında yaşam kalitesinde görülen artış sebebiyle umut ve motivasyonun yükseltilebildiği; ancak psikososyal desteğin, hasta verilerinde de aktarıldığı üzere mutlaka verilmesi gerektiği kanaati oluşmuştur. Sosyal destek sistemleri güçlü olan ve yaşamındaki kaynakları iyi kullanan hastaların, girişimsel kardiyolojik işlemlerden sonra daha hızlı yaşama adapte olduğu, yaşamları üzerinde kontrolü daha hızlı sağladıkları, daha olumlu bir bakış açıları olduğu gözlemlenmiştir. Bu hasta grubunda, iyileşmeye ilişkin inançların ve tutumların olumlu yönde desteklenmesinin, tedaviye katkı sunacağı düşünülmekte olup, her aşamada olduğu gibi tüm destek parametrelerinde kardiyak sosyal hizmet müdahalesi önemli bir yer tutmaktadır. Girişimsel işlem uygulanan ve koroner yoğun bakım deneyimi bulunan hastaların, başa çıkma stratejilerinin doğru yönetilmesi, aile ile ilişki ağlarının baş etme köprüleri ile yeniden kurulması gerekmektedir. Bu bağlamda, bireyden güç alan teknikler ile farkındalık çalışmalarının uygulanması işlevsel olacaktır. Araştırma verilerinin analizine göre kardiyak sosyal hizmet müdahalesinin güçlendirilmesi gereken diğer bir alan aile ve hastanın psikoeğitim süreçleridir. Tedavi ve bakım ekibi ile birlikte, hastalara anjiyografi prosedürü hakkında bilgi ve eğitim verilmesi kaygıyı azaltmaya ve iyileşmeyi hızlandırmaya yardımcı olabilmektedir. Uygulanan işlem, riskler, işlem esnasında ve sonrasında yapılması gerekenler, komplikasyonlar, yeni yaşama adaptasyon konusunda hasta ve yakınlarına psikoeğitim verilmelidir.

Araştırma verilerine göre kardiyovasküler sistem hastalıklarında, psikososyal destek ve danışmanlığın önemli bir işleve sahip olduğu görülmüştür. Bu grup hastalarda, genel olarak düşük bir öz yeterlilik, zayıf sağlık okuryazarlığı ve risk algısı ve belirli psikososyal sorunlar (örn. depresyon, anksiyete, bilişsel gerileme, zayıf sosyal destek ve sosyo-ekonomik durum), tedaviye düşük uyumu öngörmektedir. Bu nedenle, bu faktörler ikincil bir önleme programının girişiminde taranmalı ve buna göre yeni sosyal modeller geliştirilmelidir (Pedretti, Hansen, 2023: 151)

Literatüre bakıldığında, kardiyolojik tanıli hastalıkların dünya çapında önde gelen mortalite nedenlerinden olduğu, bu nedenle aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirildiği görülmektedir. İyimserlik ve olumlu duygulanım gibi pozitif psikolojik yapıların, önceden kalp hastalığı olan veya yeni tanı alan hastalarda, tedaviye uyum artacağından mortaliteyi düşürmesi beklenmektedir. Pozitif psikolojik durumların, üstün kardiyak sonuçlarla ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Nikrahan, 2016: 348). Kardiyolojik tedavi sürecinde, hastaların yaşam motivasyonunu kaybetmesi, kronik depresif duygulanım, depresyon, distimik epizodların yoğunluğu kalp sağlığı risklerini arttırmaktadır. Literatürde yer alan bilgilere göre, depresif bozukluğun, miyokard enfarktüsü sonrası fazda artmış mortalite ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (Heßlinger, Härter, vd. 2002: 215). Psikososyal etmenler, yeniden yaşama ve tıbbi tedaviye uyumlanma, iyileşme sürecindeki hayati parametreler olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal destek eksikliği, iş ve aile yaşamında stres, depresyon, anksiyete durumunun, kardiyolojik tanıli hastalarda, prognozun gelişme riskine hem de klinik seyrin kötüleşmesine etkisinin olduğu aktarılmıştır. Psikososyal risk faktörlerinin, klinik görüşme veya ölçme araçlarıyla değerlendirilmesi gerektiği, yaşam kalitesi ve tıbbi sonuç açısından hastayla ilgili destek planının hazırlanması gerektiği vurgulanmıştır. Yüksek risk durumunda, multimodal, davranışsal müdahale, psikososyal risk faktörleri için entegre danışmanlık ve hastalıkla başa çıkma konusunda öznel müdahale planları hazırlanması tavsiye edilmiştir (Albus, 2010: 488). Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmet müdahalesi ile hastaların psikososyal ihtiyaçlarını tanımlamak, karşılamak ve hastanın uyumunda iyileşme sağlamak için erişilebilir ve kabul edilebilir modeller geliştirilmelidir.

Kardiovasküler hastalıklarla baş etmek diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşam boyu devam eden zorlu bir süreçtir. Hastalığı kabul etme ve kronik hastalıkla başa çıkmak, kişi ve hastalık arasındaki bir etkileşimdir. Bir birey için yaşamın hangi yönlerinin önemli olduğu ve hastalığın hastanın yaşamına nasıl müdahale ettiği önemlidir. Fiziksel yetenekteki sınırlamalar bir kişi için çok büyük bir sorun olabilirken, başka bir kişi sosyal ağlar üzerindeki etkiyi, örneğin arkadaş kaybını çok daha önemli olarak algılayabilir. Sağlık davranışını ve baş etmeyi etkileyen önemli faktörler, sosyodemografik durum, aile desteği, tedaviye yönelik toplumsal tutumlar ve çevresel etmenler olarak tanımlanmaktadır. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kardiyolojik tanıli hastalıklar, bireyi ve ailesini fiziksel, sosyal, ruhsal olarak etkilemektedir (Dziedzic, Hemmond, 2010: 79). Bu bağlamda, araştırmaya katılan hastaların tamamına yakınının “hasta ve ailesini psikososyal açıdan destekleyen ve güçlendiren, ihtiyaçlarını analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmasını kolaylaştıran bir sağlık hizmetini” talep etmesi, verilerin ve literatürün uyumluluğu açısından anlamlı görünmektedir. Kardiyak sosyal hizmet müdahalesine ilişkin sorulara verilen yanıtların tamamına yakınında, hastaların sosyal hizmet müdahalesini talep ettiği görülmektedir. Bu ihtiyaç, kardiyak sosyal hizmet müdahalelerin geliştirilmesi gerektiğini öne çıkarmaktadır. Klinik odaklı sosyal hizmet müdahalesinin minör bir alanı olarak kardiyak sosyal hizmet, terapötik açıdan bir psikoterapi yetkinliğine sahip olmalı ve sosyal açıdan hasta ve yaşam koşulları arasında bağı yeniden kuracak savunuculuk becerisine sahip olmalıdır. Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmetin çalışma alanını tanımlamak faydalı olacaktır.

Genel olarak, klinik odaklı kardiyak sosyal hizmet uygulaması, kardiyolojik tanısı olan bireylerin esenliğini artırmak için psikososyal danışmanlık, destek ve kaynak navigasyonu sağlamaktadır. Kardiyak sosyal hizmet uygulaması, psikososyal destek ve psikoeğitim sunarak, hastaların yaşamları üzerindeki kontrol ve özerklik duygusunu güçlendirmelidir. Uygulama pratiği, hastaların kendi deneyimlerinden modellenen ve güç alan başa çıkma stratejilerini keşfetmeli, sosyal destek sağlayarak hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamalıdır. Fiziksel, duygusal ve sosyal faktörlerin çok boyutlu etkileşimi ve öznel yaşam deneyimlerinden yapılanan çözümleri temel alan kardiyak sosyal hizmet

uygulamasının, kardiyolojik tanıli hastaların kapsamlı tedavisi ve iyileştirilmiş sonuçlarına önemli ölçüde katkıda bulunması beklenmektedir.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Araştırmada, temel probleme yanıt olarak, kardiyovasküler hastalık tanıli bireylerin, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarını talep ettikleri görülmüştür. Dahili ve cerrahi branşlarda hospitalize edilen ve ayaktan takip edilen tüm kronik hastalıklar için klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmiştir. Klinik sosyal hizmet uygulamalarının ihtisaslaşması gerektiği ve kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının önemli bir klinik müdahale alanı olduğu tespit edilmiştir.

5.2.1. Sonuçlar

Karma model ile yürütülen araştırmanın nicel ve nitel boyutlarında, hastaların tamamına yakını psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerini talep etmiştir. Hastalara, kardiyak sosyal hizmetin uygulama alanı aktarılmış ve tamamı çalışma grubuna katılmak istediklerini ifade etmişlerdir. Nitel boyutta, Kardiyoloji Anabilim Dalı Uygulama ve Araştırma Merkezinde, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarına hastaları konsülte eden Hekim ve Hemşireler ile geri bildirim toplantıları yapılmıştır. Değerlendirmelerde, klinik odaklı sosyal hizmet müdahalesinin tedavi ve bakım ekibine entegrasyonunun işlevsel olduğunu, daha önceden bu bütüncül çalışma alanını duymadıklarını ifade etmişlerdir. Klinikte, hasta ve sağlık çalışanları ile yapılan değerlendirmelerde, kronik hastalıkları kapsayan tüm dahili ve cerrahi branşlarda klinik odaklı modellemelerin, branş bazında yapılandırılması gerektiği tartışılmıştır.

Dahili ve cerrahi branşlarda hastanede yatarak tedavi gören tüm hastalar, sağlık sonuçlarını etkileyebilecek psikososyal zorluklar yaşayabilmektedir. Klinik sosyal hizmet uygulayıcıları, sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan tıbbi tedavileri ve müdahaleleri tamamlayabilen holistik bir yaklaşıma sahiptir. Uygulayıcılar, sağlık ve hastalığın sosyal, duygusal ve davranışsal yönlerini çok boyutlu olarak değerlendirmektedir. Araştırmada aktarıldığı üzere, kalp hastaları, tedaviye uyumlarını ve iyileşmelerini etkileyebilecek düzeyde entegrasyon sorunu yaşayabilmektedir. Kardiyak sosyal hizmet, yaşam tarzı değişiklikleri hakkında danışmanlık, destek ve psikoeğitim sağlayarak hasta ve ailesiyle çalışmaktadır.

Bütünsel bir bakış açısıyla, klinik sosyal hizmetin cerrahi ve dahili branşlara entegrasyonu, tedavi sonuçlarını etkileyebilecek sosyal, duygusal ve davranışsal faktörleri ele almaktadır. Klinik sosyal hizmet, sağlık hizmetinin, öznel olarak geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda, araştırma sonuçları ile örtüştüğü biçimde, vaka odaklı çalışma pratiğine sahip olan klinik sosyal hizmet uygulaması ve tıbbi sosyal hizmet uzmanları, sağlık ekibinin önemli bileşenleridir.

Araştırma verilerinde görüldüğü üzere, klinik odaklı sosyal hizmet ve alt ihtisaslaşma alanları, bireylerin iyi oluşlarına davranışsal ve sistemsel boyutta katkı sunmaktadır. Klinik odaklı sosyal hizmetin kuramsal ve uygulama pratiğinin yeniden çerçevesi ve kardiyolojik tanımlı hasta grubu örneğinde olduğu gibi branş odaklı olarak müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, kardiyovasküler hastalıklarla ilgili çalışılan klinik odaklı tıbbi sosyal hizmet alanı, kardiyak sosyal hizmet uygulaması olarak tanımlanmalı ve uygun müdahale metodoloji geliştirilmelidir.

Literatürde, kronik hastalar ile yapılan bireysel psikososyal destek çalışmaları ve grup çalışmalarının iyileşme sürecine katkı verdiği görülmüştür. Araştırma sonucunda, kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının, kalp hastalıklarının tedavi ve izlemleri esnasında oluşabilecek sosyal ve psikolojik riskleri azaltıcı bir faktör olduğu görülmüştür. Araştırmanın nitel boyutunda, hastaların tedavi sonrasında yaşama yeniden uyumlanmaya dair kaygı geliştirdikleri, kaynak navigasyonuna ihtiyaç duydukları kaydedilmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların, hastanedeki tedavi süreçlerinin tamamlanmasını takiben rehabilitasyon döneminde, kişinin fiziksel ve sosyal olarak yeniden yaşama adaptasyonu beklenmektedir. Bu süreçte, hastanedeki tedavi sürecinde olduğu gibi taburculuk sonrası da kardiyak sosyal hizmet müdahalelerinin sunulması gerekmektedir.

5.2.2. Öneriler

Bu bölümde, araştırma sonuçlarından çıkan uygulayıcı ve araştırmacılara ilişkin öneriler paylaşılacaktır.

5.2.2.1. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler:

Kronik hastalık tanısını bulunan ve hastanede yatarak tedavi edilen tüm hasta gruplarında klinik odaklı sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu

gözlemlenmiştir. Vaka odaklı çalışma pratiğine sahip olan klinik sosyal hizmet uygulaması ve tıbbi sosyal hizmet uzmanları, sağlık ekibinin önemli bileşenleridir. Araştırma sonuçlarına göre, klinik sosyal hizmetin minör bir alanı olarak kardiyak sosyal hizmet, psikososyal destek ve danışmanlık, kaynak navigasyonu rol ve işlevleriyle önemli bir uygulama alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde ve uygulama alanlarında, kardiyovasküler hastalıklarla ilgili çalışılan klinik odaklı tıbbi sosyal hizmet alanı, kardiyak sosyal hizmet uygulaması olarak tanımlanmalıdır.

Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireyler, hastalığın morbidite ve mortalite risklerinin yüksek olması sebebiyle psikososyal destek ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadırlar.

Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının, kalp hastalıklarının tedavi ve izlemleri esnasında oluşabilecek sosyal ve psikolojik riskleri en aza indirmesi, destek ve danışmanlık sunması beklenmektedir.

Kardiyak sosyal hizmet uygulayıcıları, tanı, tedavi ve iyileşme sürecinde, hastalara ve ailelerine duygusal destek ve danışmanlık sağlamalıdır. Hasta ve ailesine, kardiyolojik tanı ve tanı ile yaşam konusunda destek ve psikoeğitim vermelidir. Hastalar ve sağlık profesyonelleri arasında, mediatörlük yaparak, iyileşme sürecindeki sağlık iletişimini güçlendirmelidir. Uygulayıcılar, kaynakların hastaya özel navigasyonunu yapmalıdır. Kardiyak tedavi ve bakım planlamasında, hastanın ihtiyaç ve tercihlerinin dikkate alınmasını sağlamak amacıyla, hastalar ve aileleri için savunuculuk yapılmalıdır. Kardiyak sosyal hizmet, kapsamlı kalp hastalığı bakımının önemli bir bileşenidir ve kardiyak bakım süreci boyunca hastaların ve ailelerinin zihinsel, duygusal ve sosyal refahını desteklemeye yardımcı olmalıdır. Müdahale basamaklarında, psikososyal destek ve değerlendirme, konsültasyon cevaplama ve tedavi planı oluşturma, bakım koordinasyonu, savunuculuk ve psikoeğitim parametreleri yer almalıdır.

Kardiyak sosyal hizmet alanında, klinik bilgi ve beceriyi içeren spesifik bir sosyal hizmet uygulama modeli oluşturulmalıdır.

Kardiyolojik hastalık tanısı almış, girişimsel işlem uygulanmış ve koroner yoğun bakıma deneyimi bulunan kişiler için psikolojik destek modelleri, her bireyin kendine özgü ihtiyaçlarına göre şekillendirilmelidir ve farklı teorik yaklaşımların bir kombinasyonunu içerebilecek nitelikte olmalıdır. Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarında, konsülte edilen vaka incelenirken, sağlık ekibi ile birlikte mutlaka

mental durum değerlendirmesi yapılmalıdır. Bireysel psikososyal sağlığın desteklenmesi ve tedaviye uyumun güçlendirilmesi bağlamında, hastanın genel durum tablosu, algılama ve konuşma becerisi, düşünce, algı ve biliş kapasitesi, davranış paternleri değerlendirilmelidir.

Kardiyak sosyal hizmet alanında karşılanan konsültasyonların değerlendirilmesinde, sistematik bir çerçevenin izlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Müdahalenin ilk bölümünde, hastanın psikososyal geçmişi, daha önce yaşadığı ruhsal ve sosyal sorunlar, tedavi sürecine ilişkin endişe ve destek talepleri tanımlanmalıdır.

İlk aşamada, karşılanan konsültasyonun özeti, hastanın tıbbi durumu ve dosyasında yer alan tanı bilgileri incelenmelidir. Hasta ile gerçekleştirilen ilk ve tanıtıcı mülakatta, bireysel özellikler, iş yaşamı, destek sistemleri, aile ilişkileri, sosyal ve ekonomik durumu, ruh sağlığı ile ilgili yardım öyküsü kısaca alınmalıdır. Bu aşamada bir sosyal tanılama yapılmalı ve müdahale planına kaydedilmelidir. Sunulacak kardiyak sosyal hizmet modeli, destek hizmetleri, sevk ve tedavi seçenekleri hasta ile tartışılarak belirlenmelidir. Tedavi sürecindeki psikososyal iyileşimi güçlendirecek sosyal hizmet müdahalesinin hedefleri hasta ile birlikte belirlenmeli, başarı ölçütleri ve her türlü eylem birlikte dizayn edilmelidir.

İkinci aşamada, ilk bölümde belirlenen sorun ve yöntem çerçevesinde, mutlaka sözlü veya yazılı olarak tedavi sözleşmesi yapılmalı ve çalışma amacı açıkça belirtilmelidir.

Üçüncü aşama, sorumluluk sınırlarının belirlenmesidir. Hastanın, kendinden güç alan bir yaklaşımla, güçlü yönlerini ve kaynaklarını tedavi sürecinde nasıl kullanacağı hususunda danışmanlık verilmelidir.

Dördüncü aşamada, danışanla birlikte belirlenen hedefler doğrultusunda spesifik, gerçekçi ve öznelleştirilmiş müdahale planı uygulanmalıdır. Bu aşamada, modalite, müdahalede uygulanacak teknikler, seans sıklığı ve süreç planı oluşturulmalı ve danışanla paylaşılmalıdır. Aynı zamanda, hasta ve ailesi için tıbbi tedaviye ve yeni yaşam koşullarına adaptasyonu içeren psikoeğitim sunulmalıdır. Bu basamakta, olumlu baş etme metodolojisi geliştirilirken, değişim her seansta özetlenmeli ve olumlu geri bildirim

verilmelidir. Olumlu duygulanım ve iyimserlikle mutlaka şimdiki an üzerinde odaklanılmalıdır.

Beşinci ve son aşamada, tedavi planına ilişkin ilerleme ve sonuçlar, hedeflere ulaşılma oranı, izlem özeti, danışan ve sağlık ekibi ile paylaşılmalıdır. İlerleme izlenerek, artan sosyal aktiviteler, sosyal ilişkiler, üretkenlik ile ilgili geri bildirimde bulunulmalıdır. Olası acil durumlar için kriz planlaması yapılmalı, baş etme stratejileri, yardım alınacak kişiler ve sistemler belirlenmelidir.

Kardiyovasküler hastalıkların, hastanedeki tedavi süreçlerinin tamamlanmasını takiben taburculuk sonrası sunulacak kardiyak sosyal hizmet uygulamaları belirlenmelidir. Kişinin fiziksel ve sosyal olarak yeniden yaşama adaptasyonunu içeren süreçte, kardiyak sosyal hizmet uygulamaları mutlaka yer almalıdır.

Klinik sosyal hizmetin, kronik hastalıkların sağaltımında rol almasının mesleğin sosyal girişimci yönüne, istihdam kapasitesine ve gelişimine katkı vereceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, kardiyak sosyal hizmet alanına ilişkin, farklı ve nitelikli uygulama prosedürlerinin geliştirilmesi, klinik sosyal hizmetin alt alanlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

5.2.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Araştırmacılar, kardiyak sosyal hizmetin geliştirilmesi ve klinik sosyal hizmet uygulamalarının güçlendirilmesi ile ilgili eksik görülen alanlarda, çalışma yürütebilir.

Kardiyovasküler hastalıklarla ilgili tanı alan bireylerin, yaşamını etkileyen psikososyal, sosyoekonomik, kültürel faktörleri içeren çalışmalar yapılabilir.

Kardiyolojik tanıli hastalıkların mortalite, morbidite ve komorbidite oranının yüksek olması sebebiyle, hastalarda ölüm ya da yaşam koşullarına ilişkin kısıtlılık korkusu oluşmaktadır. Yapılacak alan araştırmalarıyla, olumsuz duygulanım ve sıklıkla karşılaşılan irrasyonel kaygılara ilişkin sosyal hizmet modelleri geliştirilebilir.

Araştırmacılar, kardiyak sosyal hizmet müdahalelerinin etkililiğini değerlendirmek için çalışmalar yürütebilir. Bu araştırmalar, duygusal destek, psikoeğitim, danışmanlık, bakım koordinasyonu, yaşam kalitesi, psikososyal esenlik, tedaviye uyum ve sağlık hizmetinin etkin kullanımı alanlarda tasarlanabilir.

Araştırmacılar, hastaların ve ailelerinin kardiyak sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin benzersiz ihtiyaçlarını ve tercihlerini anlamayı amaçlamalıdır. Bireysel görüşmeler veya odak gruplar toplantıları gibi nitel araştırma yöntemleriyle, kardiyak sosyal hizmet desteği almış kişilerin deneyimleri değerlendirilebilir. Bu bilgi, sosyal hizmet müdahalelerinin gelişimi ve iyileştirilmesi için katkı sağlayabilir.

Araştırmacılar, kardiyolojik tanılı hastaların efor güçlükleri yaşaması ve sağlık kurumlarına erişimlerinin zor olması sebebiyle, taburculuk sonrası görüşmeler için mevcut tele sağlık sisteminin kullanımını değerlendirebilir. Çevrimiçi sosyal hizmet görüşme sisteminin, tele sağlık sistemine entegrasyonu konusunda araştırma yürütebilir.

Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesinde, ekipte yer alan sağlık profesyonelleriyle iş birliği esastır. Araştırmacılar, kapsamlı ve entegre bakım modelleri geliştirmek için kardiyologlar, hemşireler, psikologlar ve diğer ilgili profesyonellerle araştırma yapabilir. Disiplinler arası araştırma, sağlık ekibi içinde sosyal hizmetin rol ve işlevlerine ilişkin veri sağlayabilir ve kanıta dayalı uygulama kılavuzlarının geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Kardiyak sosyal hizmet uygulamalarının, hastaların tedaviye uyumlanma sürecine katkı verdiği ve sosyal endikasyon nedeniyle yatış sürelerinin uzamadığı görülmektedir. Bu durum, yatak devir hızını etkilemektedir. Yatak devir hızı parametresi etkin kullanıldığında, klinik kalite parametrelerine olumlu katkısı olmaktadır. Aynı zamanda, sağlık maliyeti düşmekte ve insan gücü daha efektif kullanılmaktadır. Araştırmacılar tarafından, kardiyak sosyal hizmet uygulamaların sağlık sistemine katkıları ve maliyet etkinliği ile ilgili çalışmalar yürütülebilir.

Kardiyak sosyal hizmetin etkinliğine ilişkin, kısa ve uzun vadeli etkilerini ölçen nicel, nitel ve karma model çalışmalar yapılabilir. Böylece, müdahale sonuçlarının sürdürülebilirliği, önerilen yaşam tarzına adaptasyon ve tedaviye sadakat parametreleri incelenebilir.

Bu önerilere odaklanarak, araştırmacılar ve uygulayıcıların kardiyak sosyal hizmet uygulamaları için kanıt tabanına veri sağlayabileceği, mesleki ihtisaslaşmayı güçlendirebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Albus, C., Waller, C., Fritzsche, K., Gunold, H., Haass, M., Hamann, B., ... & Herrmann-Lingen, C. (2018). Significance of psychosocial factors in cardiology-Update 2018. Position paper of the German Cardiac Society. *Kardiologe*,
- Albus, C. (2010). *Psychological and social factors in coronary heart disease. Annals of Medicine*, 42(7), 487–494. doi:10.3109/07853890.2010.515605
- Aggarwal, B., Ellis, S. G., Lincoff, A. M., Kapadia, S. R., Cacchione, J., Raymond, R. E., ... & Shishehbor, M. H. (2013). Cause of death within 30 days of percutaneous coronary intervention in an era of mandatory outcome reporting. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(5), 409-415.
- Allen, K. M., & Spitzer, W. J. (2015). Social work practice in healthcare: Advanced approaches and emerging trends.
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., MacEra, C., Eaker, E., Glassman, A., & Marks, J. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*, 4(4), 285-294.
- Andryukhin, A., Frolova, E., Vaes, B., & Degryse, J. (2010). The impact of a nurse-led care programme on events and physical and psychosocial parameters in patients with heart failure with preserved ejection fraction: a randomized clinical trial in primary care in Russia. *The European journal of general practice*, 16(4), 205-214.
- Arastaman, G., Fidan, İ. Ö., & Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geerlik ve gvenirlik: Kuramsal bir inceleme. *Yznc Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 8(3), 230-238.

- Austrian, S. G. (2005). *Mental disorders, medications, and clinical social work*. Columbia University Press.
- Baki, A., & Gökçek, T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Electronic Journal of Social Sciences*, 11(42).
- Barbara Berkman, D. S. W. (2003). *Social work and health care in an aging society: education, policy, practice, and research*. Springer Publishing Company.
- Barrett-Connor, E. (1997). Sex differences in coronary heart disease: why are women so superior? The 1995 Ancel Keys Lecture. *Circulation*, 95(1), 252-264.
- Barth, F. D. (2014). *Integrative clinical social work practice*. New York: Springer.
- Başcılar, M. (2020). Sosyal Hizmetin Önemli Bir Öncüsü: Mary Ellen Richmond. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (39), 151-160.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi.
- Batchelor, W. B., Anwaruddin, S., Wang, D. D., Perpetua, E. M., Krishnaswami, A., Velagapudi, P., ... & Holmes, D. (2023). The multidisciplinary heart team in cardiovascular medicine: current role and future challenges. *JACC: Advances*, 2(1), 100160.
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., & Deane, F. P. (Eds.). (2009). *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory research and practice*. Australian Academic Press.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2006). *Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167–188.

- Bennett, S., & Nelson, J. K. (Eds.). (2010). *Adult attachment in clinical social work: Practice, research, and policy*. Springer Science & Business Media.
- Berkman, B., Millar, S., Holmes, W., & Bonander, E. (1990). Screening elder cardiac patients to identify need for social work services. *Health & social work, 15*(1), 64-72.
- Berthold, S. M. (2014). *Human rights-based approaches to clinical social work*. Springer.
- Blakely, T. J., & Dziadosz, G. M. (2015). Application of attachment theory in clinical social work. *Health & social work, 40*(4), 283-289.
- Brandell, J. R. (Ed.). (2010). *Theory & practice in clinical social work*. Sage.
- Burrows, P. E., & Mason, K. P. (2004). Percutaneous treatment of low flow vascular malformations. *Journal of Vascular and Interventional Radiology, 15*(5), 431-445.
- Busch, F. N. (2021). *Problem-Focused Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychiatric Pub.
- Cagle, J. G., Bunting, M., Kelemen, A., Lee, J., Terry, D., & Harris, R. (2017). Psychosocial needs and interventions for heart failure patients and families receiving palliative care support: a systematic review. *Heart failure reviews, 22*(5), 565-580.
- Cameron, R. (2009). A sequential mixed model research design: Design, analytical and display issues. *International journal of multiple research approaches, 3*(2), 140-152.
- Canadian Association of Social Workers. (2014, Ekim). *What is social work?* <https://www.casw-acts.ca/en/what-social-work#what-do-social-workers-do?>

- Coady, N., & Lehmann, P. (Eds.). (2016). *Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach*. Springer Publishing Company.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528-541.
- Contractor, A. S. (2011). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 59, 51-55.
- Cooper, M. G., & Lesser, J. G. (2002). *Clinical social work practice: An integrated approach* (p. 272). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Corcoran, J. (2003). *Clinical applications of evidence-based family interventions*. Oxford University Press, USA.
- Clinical Social Work Assosiation, CSWA. (2021). *Position Paper, Behavioral Health Care and Licensed Clinical Social Workers*. <https://www.clinicalsocialworkassociation.org/CSWA-Position-Papers>. [21 Mayıs 2021].
- Creswell, J. W. (1999). *Mixed-Method Research*. *Handbook of Educational Policy*, 455–472.
- Creswell, J. W. (2002). *Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (Vol. 2). Sage, ABD.
- Creswell, J. W., & Tashakkori, A. (2007). Developing publishable mixed methods manuscripts. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 107-111.
- Creswell, J. W. (2013). Nitel araştırma yöntemleri: beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni (3. Baskı). *Çev. Ed., M. Bütün ve SB Demir*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Creswell, J. W. (2015). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative* (Vol. 5). Pearson, ABD.
- Çam, O., & Nehir, S. (2011). Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 47-59.
- Degges-White, S., LMHC-IN, L. N., & Davis, N. L. (Eds.). (2017). *Integrating the expressive arts into counseling practice: Theory-based interventions*. Springer Publishing Company.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., & Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC public health*, 6(1), 1-8.
- Dziedzic, K., & Hammond, A. (Eds.). (2010). *Rheumatology e-book: evidence-based practice for physiotherapists and occupational therapists*. Elsevier Health Sciences.
- Dorfman, R. A. (2013). *Clinical social work: Definition, practice and vision*. Routledge.
- Dorfman-Zukerman, Ph.D., R.A., Morgan, Ph.D., M.L., & Meyer, P. (Eds.). (2004). *Paradigms of Clinical Social Work: Emphasis on Diversity* (1st ed.). Routledge.
- Dozois, D. J. A. (2010). Understanding and Enhancing the Effects of Homework in Cognitive-Behavioral Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 157–161.
- Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). *Evidence-based practice in clinical social work*. Springer.
- Duyan, V., vd. (2017). Sosyal Hizmette Kayıt Tutma Standartları (Standards For Social Work Recording). Editör Bülent Karakuş. *Sosyal Hizmet "Social*

Work". 1. Baskı. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını. Ankara. 2017. ss: 7-18.

Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research: Qualitative and quantitative approaches*. Sage.

Fashler, S. R., Weinrib, A. Z., Azam, M. A., & Katz, J. (2018). The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. *Psychological reports, 121*(2), 229-252.

Folgheraiter, F., & Raineri, M. L. (2012). *A critical analysis of the social work definition according to the relational paradigm*. *International Social Work, 55*(4), 473–487.

Freeman, A., & Ronen, T. (Eds.). (2006). *Cognitive behavior therapy in clinical social work practice*. Springer Publishing Company.

Gehlert, S., & Browne, T. (Eds.). (2006). *Handbook of health social work*. John Wiley & Sons.

Gitterman, A. (2014). Social work: A profession in search of its identity. *Journal of Social Work Education, 50*(4), 599-607.

Global Institute of Social Work, GISW. (2021) Psikiyatrik Sosyal Hizmet. <https://www.thegisw.org/copy-of-social-casework>. [20 Mayıs 2021].

Gulati, M., Khan, N., George, M., Berry, C., Chieffo, A., Camici, P. G., ... & Merz, C. N. B. (2023). Ischemia with no obstructive coronary artery disease (INOCA): a patient self-report quality of life survey from INOCA International. *International Journal of Cardiology, 371*, 28-39.

Hall, R. (2008). The evolution of social work practice: Implications for the generalist approach. *International Journal of Social Welfare, 17*(4), 390-395.

Halcomb, E. & Hickman, L. (2015). Mixed methods research. *Nursing Standard: promoting excellence in nursing care, 29* (32), 41-47.

- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 224 – 235.
- Hare, I. (2004). Defining social work for the 21st century: The International Federation of Social Workers' revised definition of social work. *International social work*, 47(3), 407-424.
- Heßlinger, B., Härter, M., Barth, J., Klecha, D., Bode, C., Walden, J., ... Berger, M. (2002). *Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen Implikationen für Diagnostik, Pharmako- und Psychotherapie. Der Nervenarzt*, 73(3), 205–218.
- Hellerstein, D. J., Pinsker, H., Rosenthal, R. N., & Klee, S. (1994). Supportive therapy as the treatment model of choice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(4), 300.
- Hirsch , A. T., Comerota, A. J., Hunter, D., Walsh, M. E., Treat-Jacobson, D., & Neumyer, M. (2023). The Vascular Health Care Team: Teamwork devoted to the optimal care of peripheral arterial disease. In *Peripheral arterial disease handbook* (pp. 456-480). CRC Press.
- Hodgson, J. L., McCammon, S. L., Marlowe, D. P., & Anderson, R. J. (2012). *Medical Family Therapy in Cancer Care: Patient and Family Experiences. The American Journal of Family Therapy*, 40(3), 258–266.
- International Federation of Social Workers. *Global definition of social work*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>. [10.06.2022]
- İşlegen, Ç. (2007). Derleme: Fiziksel Aktivite ve Koroner Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri. *Spor Hekimliği Dergisi*, 42(4), 157-180.
- Kaplan, G. A., & Keil, J. E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88(4), 1973-1998.

- Karpetis, G. (2014). Advocating the clinical social work professional identity: A biographical study. *Journal of Social Work Practice*, 28(1), 23-41.
- Kilbane, T., Freire, P. R., Hong, P. Y. P., & Pryce, J. M. (2014). A case-based collaborative learning model for teaching advocacy. *Social work education*, 33(8), 1054-1069.
- Kohm, C., Neil Pollinger, D., & Sheriff, F. (2000). Creating cost-efficient initiatives in social work practice in the cardiac program of an acute care hospital. *Health & social work*, 25(2), 149-152.
- Kovacs, A. H., Brouillette, J., Ibeziako, P., Jackson, J. L., Kasparian, N. A., Kim, Y. Y., ... & American Heart Association Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young; and Stroke Council. (2022). Psychological outcomes and interventions for individuals with congenital heart disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 15(8).
- Krantz, D. S., & McCeney, M. K. (2002). *Effects of Psychological and Social Factors on Organic Disease: A Critical Assessment of Research on Coronary Heart Disease*. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 341–369.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). *Analyzing qualitative data with MAXQDA*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Küçük, L. Kalp Hastalarında Ruhsal Sorunlar ve Bakımın Psikososyal Boyutu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 48-51.
- Longhofer, J. (2015). *AZ of psychodynamic practice*. Bloomsbury Publishing.
- Luborsky, M. R., & Rubinstein, R. L. (1995). Sampling in qualitative research: rationale, issues, and methods. *Journal of Aging Research*, 17 (1), 89-113.
- Mann, C. C., Golden, J. H., Cronk, N. J., Gale, J. K., Hogan, T., & Washington, K. T. (2016). Social workers as behavioral health consultants in the primary care clinic. *Health & social work*, 41(3), 196-200.

- Manyari, D. E., Belenkie, I., & Quiroz, O. G. (2023). Person-Centered Cardiology. In *Person Centered Medicine* (pp. 501-538). Cham: Springer International Publishing.
- Matthews, K. A. (2005). *Psychological Perspectives on the Development of Coronary Heart Disease*. *American Psychologist*, 60(8), 783–796.
- Medina-Inojosa, J. R., Vinnakota, S., Garcia, M., Arciniegas Calle, M., Mulvagh, S. L., Lopez-Jimenez, F., & Bhagra, A. (2019). Role of stress and psychosocial determinants on women's cardiovascular risk and disease development. *Journal of Women's Health*, 28(4), 483-489.
- McTighe, J. P. (2018). *Narrative theory in clinical social work practice*. Springer International Publishing.
- Midgley, J., & Livermore, M. (1997). *The Developmental Perspective in Social Work*. *Journal of Social Work Education*, 33(3), 573–585.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Misch, D. A. (2006). Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Focus*, 9(2), 173-268.
- Munkhaugen, J., Sverre, E., Peersen, K., Gjertsen, E., Gullestad, L., Moum, T., ... & Dammen, T. (2016). The role of medical and psychosocial factors for unfavourable coronary risk factor control. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 50(1), 1-8.
- Neville, S., Adams, J., & Cook, C. (2016). Using internet-based approaches to collect qualitative data from vulnerable groups: reflections from the field. *Contemporary Nurse*, 52(6), 657-668.
- Nikrahan, G. R., Suarez, L., Asgari, K., Beach, S. R., Celano, C. M., Kalantari, M., ... Huffman, J. C. (2016). *Positive Psychology Interventions for Patients With Heart Disease: A Preliminary Randomized Trial*. *Psychosomatics*, 57(4), 348–358.

- Northcut, T. B., & Northcut, T. B. (2017). *Cultivating Mindfulness in Clinical Social Work*. Springer International Publishing Switzerland.
- Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *Qualitative Report*, *12*(2), 281-316.
- Ornellas, A., Spolander, G., & Engelbrecht, L. K. (2016). *The global social work definition: Ontology, implications and challenges*. *Journal of Social Work*, *18*(2), 222–240.
- Oldridge, N. B. (1991). Compliance with cardiac rehabilitation services. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, *11*(2), 115-127.
- Özdamar, K. (1999). Paket Program ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir:Kaan Kitapevi.
- Parameswaran, U. D., Ozawa-Kirk, J. L., & Latendresse, G. (2020). To live (code) or to not: A new method for coding in qualitative research. *Qualitative social work*, *19*(4), 630-644.
- Patterson Silver Wolf, D. A. (2018). The new social work. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *15*(6), 695-706.
- Pedretti, R. F., Hansen, D., Ambrosetti, M., Back, M., Berger, T., Ferreira, M. C., ... & Abreu, A. (2023). How to optimize the adherence to a guideline-directed medical therapy in the secondary prevention of cardiovascular diseases: a clinical consensus statement from the European Association of Preventive Cardiology. *European journal of preventive cardiology*, *30*(2), 149-166.
- Piotrowicz, R., & Wolszakiewicz, J. (2008). Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Cardiology journal*, *15*(5), 481-487.
- Powell-Wiley, T. M., Baumer, Y., Baah, F. O., Baez, A. S., Farmer, N., Mahlobo, C. T., ... & Wallen, G. R. (2022). Social determinants of cardiovascular disease. *Circulation Research*, *130*(5), 782-799.

- Pozatek, E. (1994). The problem of certainty: Clinical social work in the postmodern era. *Social work, 39*(4), 396-403.
- Probst, B. (Ed.). (2015). *Critical thinking in clinical assessment and diagnosis*. Springer.
- Redpath, R., & Harker, M. (1999). *Becoming Solution-Focused in Practice. Educational Psychology in Practice, 15*(2), 116–121.
- Richmond, M. E. (2017). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation.
- Ruderman, E., & Tosone, C. (Eds.). (2012). *Contemporary clinical practice: The holding environment under assault*. Springer Science & Business Media.
- Ruth, B. J., & Marshall, J. W. (2017). A history of social work in public health. *American Journal of Public Health, 107*(S3), S236-S242.
- Rutledge, G. E., Lane, K., Merlo, C., & Elmi, J. (2018). Coordinated approaches to strengthen state and local public health actions to prevent obesity, diabetes, and heart disease and stroke. *Preventing chronic disease, 15*.
- Saari, C. (1989). The process of learning in clinical social work. *Smith College Studies in Social Work, 60*(1), 35-49.
- Saari, C. (2002). *The environment: Its role in psychosocial functioning and psychotherapy*. Columbia University Press.
- Sands, R., & Gellis, Z.D. (2012). *Clinical social work in behavioral mental health: An evidenced-based approach, (3rd edition)*. Needham Heights, MA: Pearson, Allyn & Bacon.
- Schultz, W. M., Hayek, S. S., Samman Tahhan, A., Ko, Y. A., Sandesara, P., Awad, M., ... & Quyyumi, A. A. (2017). Marital status and outcomes in patients with cardiovascular disease. *Journal of the American Heart Association, 6*(12), e005890.
- Sharland, E., Holland, P., Henderson, M., Zhang, M. L., Cheung, S. Y., & Scourfield, J. (2017). Assembling life history narratives from

quantitative longitudinal panel data: What's the story for families using social work?. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(6), 667-679.

Sheet, S. F. (2013). Older Americans & Cardiovascular Diseases. *American stroke Association*.

Souflee Jr, F. (1993). A metatheoretical framework for social work practice. *Social work*, 38(3), 317-331.

Sreejesh, S., & Mohapatra, S. (2014). *Mixed method research design: an application in consumer-brand relationships (CBR)*. Switzerland: Springer International Publishing.

Sweetman, D., Badiee, M., & Creswell, J. W. (2010). Use of the transformative framework in mixed methods studies. *Qualitative inquiry*, 16(6), 441-454.

Şahinkuş, S., Aksoy, M. N. M., Aydın, E., Eynel, E., Akçay, Ç., Kocayığit, İ., ... & Akdemir, R. 2018 Yılında Tek Merkezde Primer Perkutan Koroner Girişim Yapılan Hastaların Klinik Özellikleri, Anjiyografi İşleminin ve Hastane İçi Klinik Sonuçların Analizi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 197-204.

Taouk, Y., Spittal, M. J., LaMontagne, A. D., & Milner, A. J. (2020). Psychosocial work stressors and risk of all-cause and coronary heart disease mortality: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 46(1), 19-31.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2008). Quality of inferences in mixed methods research: Calling for an integrative framework. *Advances in mixed methods research*, 53(7), 101-119.

The National Association of Social Workers, NASW. (2005) *Klinik Sosyal Hizmet, Uygulama Standartları*.
<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=Y0g4qdefLB E%3D&portalid=0>

The National Association of Social Workers, NASW. (2021) *Klinik Sosyal Hizmet*.
<https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work#:~:text=Clinical%20social%20work%20is%20a,therapy%20are%20common%20treatment%20modalities.> [06.05.2021]

The National Association of Social Workers, NASW. (2021) *Resource Manual: Social Workers & Social Work Services as Defined in Medicare and Regulations*.
[https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=IyaZ9lqQfLQ%3D&portalid=0.](https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=IyaZ9lqQfLQ%3D&portalid=0) [07.05.2021]

The American Board of Clinical Social Work, ABCSW. (2021). *Klinik Sosyal Hizmet Nedir?*, <https://www.abcsww.org/what-is-clinical-social-work>.

Türkiye İstatistik Kurumu (2023). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021>. [21.05.2021]

Tuncay, T. (2012). Kardiyak rehabilitasyonun psikososyal yönleri ve sosyal hizmet müdahaleleri, *Türkiye Klinikleri Kardiyak Rehabilitasyon Özel Sayısı*, 5(2), 33-39.

Tuncer, M., Eryonucu, B., Aslan, Ş., Gümrükcüoğlu, H. A., & Karaca, D. Kliniğimizde Kardiyak Kateterizasyon Uygulanan Hastaların Bir Yıllık Sonuçları. *Van Tıp Dergisi*, 11(4), 141-146.

Van Heugten, K., & Gibbs, A. (Eds.). (2015). *Social Work for Sociologists: Theory and Practice*. Springer.

Vardar Yağlı., Sağlam, M., İnal İnce, D, Çalık, E., Arıkan, H., Savcı, S., ... & Tokgözoğlu, S. (2013). Akut Koroner Sendromlu Olgularda Fiziksel Aktivite Yaşam Kalitesi ve Psikososyal Fonksiyon Arasındaki İlişki. *Turkish Journal Of Physiotherapy Rehabilitation-Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 24.

Yang, M., Ta, N., Bai, X., Wei, C., Sun, C., & Han, C. (2023). The Effectiveness of Personalized Nursing on Quality of Life in Cardiovascular Disease

Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2023.

Yıldırım, N. K., & Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(2), 60-68.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (10. bs.). *Ankara: Seçkin Yayıncılık*.

Yin, R. K. (2015). *Qualitative research from start to finish*. Guilford publications.

Walsh, K., Ford, K., Morley, C., McLeod, E., McKenzie, D., Chalmers, L., ... & Peterson, G. (2017). The development and implementation of a participatory and solution-focused framework for clinical research: a case example. *Collegian*, 24(4), 331-338.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Weidner, G., & Cain, V. S. (2003). The gender gap in heart disease: lessons from Eastern Europe. *American Journal of Public Health*, 93(5), 768-770.

Wells, A., McNicol, K., Reeves, D., Salmon, P., Davies, L., Heagerty, A., ... & Fisher, P. (2018). Metacognitive therapy home-based self-help for cardiac rehabilitation patients experiencing anxiety and depressive symptoms: study protocol for a feasibility randomised controlled trial (PATHWAY Home-MCT). *Trials*, 19, 1-13.

West, W. (2001). Beyond grounded theory: The use of a heuristic approach to qualitative research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(2), 126-131.

World Health Organization (WHO). (2023). **Cardiovascular diseases (CVDs)** [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). [05.09.2022]

Wong, C. W., Kwok, C. S., Narain, A., Gulati, M., Mihalidou, A. S., Wu, P., ... & Mamas, M. A. (2019). Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Heart*, *104*(23), 1937-1948.

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *47*(6), 98-169.



EKLER

Ek-1

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ
KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA;**

Istanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümünde Doktora programı tez aşamasında bulunmaktayım. Doktora tezimde, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde hasta ve ailesine yönelik psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı ölçme amacıyla "Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni ile İncelenmesi" isimli hibrit model araştırma çalışmasını yürütmeyi planlamaktayım.

Araştırma, girişimsel olmayan alan çalışması niteliği taşımakta olup; tezin sonunda geliştirilecek psikososyal destek ve danışmanlık modelinin ve kardiyak sosyal hizmet uygulama programının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Anabilim Dalı Başkanlığınıza bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniğinde, hastaların psikososyal gereksinimlerini belirleyen ve hasta deneyimlerini konu edinen nitel ve nicel veri seti ile yapılması planlanan araştırmaya dair ön onayın verilmesi hususunu;

Bilgi ve müsaadelerinize arz ederim. 21.05.2021.

Esrarur ÖZER ORHAN
Sosyal Hizmet Uzmanı/Sosyal Çalışmacı
Sicil: P11150



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ**

Kardiyoloji Anabilim Dalı

İLGİLİ MAKAMA

İlgi: Esranur ÖZER ORHAN'ın 21.05.2021 tarihli müracaat dilekçesi.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Doktora Öğrencisi Esranur ÖZER ORHAN'ın "Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni ile İncelenmesi" isimli girişimsel olmayan araştırma tasarımı Etik Kurul onayı ile başvurulduğu takdirde, Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulamaları Merkezi Kardiyoloji Kliniğinde uygulanmak üzere uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ahmet Lütfullah ORHAN
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

Ek-3

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.11.2021-80814
27.11.2021-80814



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-46418926-050.01.04--80814
Konu : 21-696

27.11.2021

Sayın Doç. Dr. Reyhan SAYDAM

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Doç. Dr. Reyhan SAYDAM'ın sorumlu araştırmacı, Prof. Dr. Ahmet Lutfullah ORHAN ve Esranur Özer ORHAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu 21/696 kayıt numaralı "*Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni İle İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 12.11.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSABLR0T8P* Pin Kodu : 91872

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Kampüsü, Tıbbiye Cad. No:38 Selimiye

Telefon: 0216 346 36 38 Faks: 0216 346 36 40

Web: <http://sbu.edu.tr>

Keş Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ali CEYLAN

Unvanı: Memur



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 12.11.2021

Toplantı Sayısı : 2021/34

Karar Sayısı : 34/18

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Doç. Dr. Reyhan SAYDAM'ın sorumlu araştırmacı, Prof. Dr. Ahmet Lutfullah ORHAN ve Esranur Özer ORHAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu 21/696 kayıt numaralı "*Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni İle İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 12.11.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir

e-**imzalıdır**

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN

Başkan

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Papatya KELEŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Semra AÇIKSÖZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Merve KOLCU
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer AKDOĞAN
Etik Kurul Üyesi

16.11.2021 Memur

Ali CEYLAN

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma formu, "Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni ile İncelenmesi" başlıklı çalışma için hazırlanmıştır. Çalışmada elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, üçüncü kişiler ile paylaşılmayacak ve kimlik bilgileri aktarılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederim.

a. Katılımcı hakkında demografik bilgiler.

Değerli katılımcı, bu bölümde, uygun olan kutucuğu işaretlemeniz ve boşlukları doldurmanız gerekmektedir.

1. Cinsiyet	
Kadın <input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>
2. Yaş:	
3. Yaşam Yeri (İl)	
4. Meslek:	
5. Medeni Durum:	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
6. Eğitim Durumu	
Okur Yazar Değil	<input type="checkbox"/>
Okur Yazar	<input type="checkbox"/>
İlköğretim	<input type="checkbox"/>
Ortaöğretim	<input type="checkbox"/>
Ön Lisans	<input type="checkbox"/>
Lisans	<input type="checkbox"/>
Lisansüstü	<input type="checkbox"/>

b. Kardiyovasküler hastalıklara ilişkin bilgiler.

Değerli katılımcı, bu bölümde, uygun olan kutucuğu işaretlemeniz ve boşlukları doldurmanız gerekmektedir.

7. Şu an için sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız, nasıl hissediyorsunuz?	
Çok olumlu	<input type="checkbox"/>
Olumlu	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>
Olumsuz	<input type="checkbox"/>
Çok olumsuz	<input type="checkbox"/>
8. Kardiyoloji polikliniğinde hangi tanı veya tanımlar ile izleniyorsunuz?	
Hastalığınız ne zaman teşhis edildi? (Tarih/yıl olarak belirtiniz.)
<small>(Örnek: Koroner arter hastalığı, hipertansiyon, hiperlipidemi, ritim bozuklukları, kalp yetersizliği, konjenital kalp hastalıkları, diğer nadir rastlanan kalp-kas hastalıkları)</small>	
9. Teşhis ve tedavinizin başlamasından sonraki süreçte, sağlık okur yazarlığınızı (sağlıkla ilgili bilinçlenme, farkındalık) nasıl değerlendirirsiniz?	
Çok olumlu yönde gelişti	<input type="checkbox"/>
Olumlu yönde gelişti	<input type="checkbox"/>
Nötr, değişiklik olmadı	<input type="checkbox"/>
10. Hastalık sürecinde, kardiyovasküler hastalık ve etkilerine ilişkin, psikososyal destek aldınız mı? (Psikiyatrist, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı)	
Evet	<input type="checkbox"/>
Hayır	<input type="checkbox"/>

11. Hastalık sürecinde, kardiyovasküler hastalıklar, etkileri ve tıbbi tedaviye uyuma ilişkin aileniz psikososyal destek aldı mı? (Psikiyatrist, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı)	
Evet	<input type="checkbox"/>
Hayır	<input type="checkbox"/>
12. Hastalık sürecinde, sizi ve ailenizi psikososyal açıdan destekleyen ve güçlendiren, ihtiyaçlarınızı analiz ederek sosyal yaşama uyumlanmanızı kolaylaştıran bir sağlık hizmeti önerildi mi?	
Evet	<input type="checkbox"/>
Hayır	<input type="checkbox"/> (13. soruya geçiniz.)
13. Fiziksel tedavinin yanında, sizi psikolojik ve sosyal olarak destekleyecek ve yaşam koşullarınıza ilişkin danışmanlık hizmetleri sunacak bir sağlık hizmeti almak ister miydiniz?	
Evet	<input type="checkbox"/>
Hayır	<input type="checkbox"/>

c. Hastalığın yaşam kalitesine etkisi. (SF - 36 Ölçeği)

Değerli katılımcı, Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Herhangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1. Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.	
Mükemmel	<input type="checkbox"/>
Çok iyi	<input type="checkbox"/>
İyi	<input type="checkbox"/>
Orta (fena değil)	<input type="checkbox"/>
Kötü	<input type="checkbox"/>
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	
Bir yıl öncesinden çok daha iyi	<input type="checkbox"/>
Bir yıl öncesinden biraz iyi	<input type="checkbox"/>
Hemen hemen ayru	<input type="checkbox"/>
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	<input type="checkbox"/>
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	<input type="checkbox"/>

d. Sağlık ve günlük aktivitelere etkileri.

Değerli katılımcı, aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

3. Aşağıdaki soruları cevaplariken, size uygun olan kutucuğu işaretleyiniz. (Bir soru için tek kutucuk işaretleyiniz.)			
Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağır kaldırma ve yük taşıma (10 kg ve fazlası)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok sayıda merdiven basamağını çıkma (en az 20 basamak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir kaç merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öne eğilme, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İki kilometreden çok yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı? (Bir soru için tek kutucuk işaretleyiniz, evet veya hayır tanıtı veriniz.)		Evet	Hayır		
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttırmı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı? (Bir soru için tek kutucuk işaretleyiniz, evet veya hayır tanıtı veriniz.)		Evet	Hayır		
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttırmı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi? (Tek kutucuk işaretleyiniz)					
Hiç etkilemedi	<input type="checkbox"/>				
Çok az	<input type="checkbox"/>				
Orta düzeyde	<input type="checkbox"/>				
Epeyce	<input type="checkbox"/>				
7. Son 4 hafta içinde hastalığınız ile ilgili şikayetiniz oldu mu? (Tek kutucuk işaretleyiniz)					
Hiç olmadı	<input type="checkbox"/>				
Çok az	<input type="checkbox"/>				
Az	<input type="checkbox"/>				
Orta derecede	<input type="checkbox"/>				
Çok	<input type="checkbox"/>				
Pek çok	<input type="checkbox"/>				
8. Son 4 hafta içinde hastalıkla ilgili şikayetiniz sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)? (Tek kutucuk işaretleyiniz)					
Hiç etkilemedi	<input type="checkbox"/>				
Biraz etkiledi	<input type="checkbox"/>				
Orta derecede etkiledi	<input type="checkbox"/>				
Epey etkiledi	<input type="checkbox"/>				
Çok etkiledi	<input type="checkbox"/>				
9. Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz. (Bir soru için tek kutucuk işaretleyiniz.)					
	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-4

10. Aşağıdaki sorular duygularınızı ve <u>son bir ay içinde nasıl olduğunuzu</u> anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıt işaretleyin.						
(Bir soru için tek kutucuk işaretleyiniz.)	Sürekli	Çoğu Zaman	Epey Zaman	Bazen	Ara Sıra	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok sinirli biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinizi zora düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (Arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorum:
(Yorum var ise ekleyiniz.)

Bu anketteki bilgilerin kimliğim ortaya çıkmayacak şekilde araştırma amaçlı olarak kullanılacağı tarafıma bildirildi, bu şartla izin verdim.

Tarih:

Adı Soyadı:.....

Islak İmza:.....

Ek-2

Katılımcı Bilgilendirmesi,

Bu araştırma, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Doktora Programı "Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Alanında Kardiyak Sosyal Hizmet Uygulamalarının Karma Araştırma Deseni ile İncelenmesi" başlıklı doktora tez çalışması için hazırlanmıştır. Çalışma kapsamında, sizinle kardiyovasküler hastalık ve tedavi süreciniz ile ilgili görüşülecek ve ses kaydı alınacaktır. Ses kayıtları, verilerin analizinde kullanılacak, kişisel bilgileriniz ve kimlik bilgileriniz paylaşılmayacaktır. Çalışmada elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır. Görüşmeye başlanırken, ses kaydında vermiş olduğunuz sözlü onay, bilgilendirilmiş onam olarak kabul edilecektir. Araştırmaya ve sosyal hizmet bilimine vermiş olduğunuz katkılar için teşekkürlerimi sunarım.

1. Cinsiyet		
Kadın	<input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>
2. Yaş:		
3. Yaşam Yeri:		
4. Meslek:		
5. Medeni Durum:	Evli <input type="checkbox"/>	Bekar <input type="checkbox"/>
6. Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	<input type="checkbox"/>	
Okur Yazar	<input type="checkbox"/>	
İlköğretim	<input type="checkbox"/>	
Ortaöğretim	<input type="checkbox"/>	
Ön Lisans	<input type="checkbox"/>	
Lisans	<input type="checkbox"/>	
Lisansüstü	<input type="checkbox"/>	
7. Kardiyoloji kliniğinde hangi taru ile izleniyorsunuz?		
8. Kardiyovasküler hastalık tanısını ne zaman aldınız?		
9. (Örneğin kalp yetersizliği vb.) tanısı aldığımızda ne hissettiniz?		
10. tanısından sonra yaşamınızda neler değişti?		
11. tanısından aile ve arkadaş ilişkileriniz nasıl etkilendi?		
12. tanısından sosyal yaşamınız nasıl etkilendi?		
13. tanısından iş yaşamınız nasıl etkilendi?		





KLİNİK ODAKLI SOSYAL HİZMET ALANINDA
KARDİYAK SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ
KARMA ARAŞTIRMA DESENİ İLE İNCELENMESİ

KALİTATİF BÖLÜM
YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

14. tanısından bedensel aktiviteleriniz ve hareketliliğiniz nasıl etkilendi?
15. tanısından beslenme ve uyku düzeniniz nasıl etkilendi?
16. Girişimsel kardiyolojik işlem yapılarak, koroner arterlerinizdeki darlığı açmak amacıyla kalp damarlarınıza anjiyoplasti / stent işlemi uygulandı. Yapılan bu işlem ile ilgili fikirleriniz ve tedavi deneyimleriniz nelerdir?
17. Girişimsel kardiyolojik işlem sonrasında, koroner yoğun bakımda tedavi edildiniz. Bu süreçte neler hissettiniz, deneyimlerinizi paylaşabilir misiniz?
18. Kardiyak işlemler öncesi ve sonrasında, hayata bakış açınızdaki farklılıkları anlatabilir misiniz?
19. Hastalık süreci ve tedavi planına uyulanmanız nasıl oldu, anlatabilir misiniz?
20. Hastalık sürecinde siz ve aileniz neler hissettiniz? Yaşadığımız duyguları paylaşır mısınız?
21. Hastalığın sosyal ve psikolojik boyutuna ilişkin destek ve danışmanlık sistemi sizce nasıl olmalıdır?
22. Hastalık döneminde ve taburculuk sonrasında, nasıl bir psikososyal destek hizmeti ve ihtiyaçlarınızın karşılanmasına ilişkin nasıl bir danışmanlık hizmeti almak isterdiniz, önerileriniz neler olurdu?

*Not: Sorular bireysel görüşmelerin derinlemesine yapılabilmesi için yöneltilecektir. Nitel metodolojinin esnekliğinden faydalanılarak sonda sorular ile görüşme çerçevesi genişletilebilir. Görüşmenin niteliğine bağlı olarak, araştırmacı ilave soru ekleyebilir ya da katılımcının cevabı doygunluğa ulaşıncaya kadar eş değer sorular yönlendirebilir.

EK-6 ÖZGEÇMİŞ

Adı- Soyadı: Esranur ÖZER ORHAN		
<u>EGİTİM BİLGİLERİ:</u>		
Derece	Bölüm/Program	Okul
Lisans	Sosyal Hizmet	Hacettepe Üniversitesi
Lisans	Soziale Arbeit und Pädagogik Erasmus / UA	Alice Salomon Hochschule Berlin
Yüksek Lisans	Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları	İstanbul Üniversitesi
Yüksek Lisans	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Bölümü	Maltepe Üniversitesi
Doktora	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
<u>CALISTIĞI KURUM VE GÖREVİ:</u>		
Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Sosyal Hizmet Uzmanı	Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019- Halen
Öğretim Görevlisi (Yarı Zamanlı)	İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Verilen Dersler: Adli Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Kuram ve Uygulamaları, Sosyal Hizmette Görüşme İlke ve Teknikleri, Sosyal Hizmet Alan Uygulaması	2019- 2022
	Sosyal Hizmet Uzmanı Adli Görüşmeci	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi
Öğretim Görevlisi (Yarı Zamanlı)	Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi // Sağlık Meslek Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü Verilen Dersler: Araştırma Uygulaması I ve II, Sosyal Hizmette Etik İlke ve Sorumluluklar, İnsan Davranışları ve Sosyal Çevre I	2017- 2018
	Öğretim Görevlisi (Yarı Zamanlı)	İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Verilen Dersler: Kadın Hakları ve Sosyal Çalışma, Sosyal Hizmet Mevzuatı, Baskı Karşıtı Uygulama, İnsan Davranışları ve Sosyal Çevre I – II, Görüşme İlke ve Teknikleri.
Koordinatör Uzman (663 KHK)	İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği / Koordinasyon	2015
Sağlık Otelciliği Müdürü	İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015
Uzman	İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İdari Hizmetler Başkanlığı/ Koordinasyon	2012- 2014
Birim Sorumlusu	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Yataklı Sağlık Hizmetleri Şubesi	2012
Sosyal Hizmet Uzmanı	Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı	2012
Sosyal Hizmet Uzmanı	Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010 – 2012
Sosyal Hizmet Uzmanı	İstanbul İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü) Ağaçlı Kemerburgaz Çocuk Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	2009- 2010
<u>SAHİP OLUNAN SERTİFİKALAR:</u>		
Sertifikasyon Kuruluşu	Konu ve İçerik	Yıl
Psikonet	Ulusal Şema Terapi Eğitimi	2021
DBE	Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi	2020

DBE	Stratejik Aile Terapisi	2020
Sağlık Bakanlığı	Çocuk İzlem Merkezi - Adli Görüşmeci Eğitimi	2017
Acıbadem Üniversitesi	Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Etkililik Eğitim Programı "IV Modül: HTA"	2016
Kemerburgaz Üniversitesi	Birey, Çift ve Aile Danışmanlığı / Terapisi	2014
Sağlık Bakanlığı	Afetlerde Psikososyal Destek / Hizmet	2014
Baltaş - Eksen	İletişim Eğitici Eğitimi	2013
Somatik Deneyimleme Türkiye	Somatik Deneyimleme- SEP	2013
Ankara Üniversitesi SHUDER	Yetişkin Değerlendirme Testleri Objektif ve Projektif Testler Uygulayıcı Eğitimi	2013

BİLİMSEL FAALİYETLER ve YAYINLAR

Faaliyet // Yayın	Konu ve İçerik	Yıl
Konuşmacı	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi – Öğrenci Kongresi Sözlü Bildiri Sosyal Hizmet Öğrencilerinin "Sosyal Sorun Çözme" ve "Ruhsal İyileşmeye" İlişkin Bilinçlerinin Değerlendirilmesi Endüstriyel Sosyal Hizmet Perspektifinden İşletmelerde Kariyer Yönetimi Sistemi ve Kariyer Danışmanlığı Modelleri	2022
Panelist	İstanbul Kent Üniversitesi Kadına Yönelik Şiddete Karşı Uluslararası Mücadele Günü Paneli	2021
Eğitimci	Sağlık Bakanlığı Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Eğitimi Cerrahpaşa Üniversitesi – Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	2018
Panelist	Esenyurt Üniversitesi Kadına Yönelik Şiddet ve Sosyal Hizmet Çalıştayı (Öğrenci ve Akademisyen Buluşması II)	2018
Eğitimci	Sağlık Bakanlığı – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Klinik Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları Eğitimi	2017
Eğitimci	Esenyurt Üniversitesi – Esenyurt Belediyesi Rehber ve Psikolojik Danışmanlara Yönelik Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Eğitimi	2017
Panelist	Esenyurt Üniversitesi I. Öğrenci ve Akademisyen Buluşması Çocuk'ta Buluşalım - İhmal ve İstismarı Önleme Paneli	2017
Panelist	Esenyurt Üniversitesi – Türkiye'de Kadın Hakları Semineri	2017
Eğitimci	İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Kadın – Erkek Fırsat Eşitliği Eğitimi	2017
Panelist	Evde Sağlık ve Sosyal Hizmet Kongresi "Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Kalite ve Performans"	2016
Eğitimci	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İdari ve Destek Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet / Eğitici Eğitimi"	2015
Eğitimci	İstanbul Anadolu Kuzey KHB - Aday Memur Eğitimleri	2014- 2015
Eğitimci	Maltepe Ceza İnfaz Kurumu İletişim ve Problem Çözme Eğitimleri	2014
Sempozyum Düzenleme Kurulu	İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği I. ve II. Hemşirelik Sempozyumu	2013- 2014
Komisyon Üyesi	Sağlık Bakanlığı JİM – Avrupa Birliği Ortak İçerme Belgesi Hazırlık Komisyonu	2012
Panelist	Uluslararası Tıbbi Sosyal Hizmet Kongresi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanelerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları Sunumu	2012
Araştırmacı / Görüşmeci	WHO – Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması	2008