



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN HASTALIK
ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZKAN SİR

**DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYLİN ÖZAKGÜL**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2020

Bu alışma 11.09.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Doktora Tezi
olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

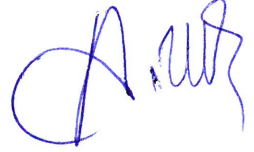
Dr. Öğr. Üyesi Aylin Özakgöl
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi

Prof. Dr. Hatice Kaya
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi

Dr. Öğr. Üyesi Cemile Savcı
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakóltesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ÖZKAN SİR

İTHAF

Destegini Benden Esirgemeyen Değerli Aileme İthaf Ediyorum...

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini sunan danışmanım *Dr.Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL*

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen başta *Prof.Dr. Rengin ACAROĞLU, Prof.Dr. Hatice KAYA, Doç.Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ* ve *Dr. Öğr. Üyesi Nuray TURAN* olmak üzere tüm hocalarıma,

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapan, *Arş. Gör. Ebubekir KAPLAN'a, Arş. Gör. M. Cihad AKTAŞ'a, Arş. Gör. Rıdvan AKDOĞAN'a, Hemşire Umut SADIKOĞLU'na*

Eğitimim boyunca bana içtenlikle yaklaşan Van SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi servis ekibine sonsuz teşekkürler ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Akut Miyokard İnfarktüsü	3
2.1.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanımı	3
2.1.2. Akut Miyokard İnfarktüsünün Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Akut Miyokard İnfarktüsü'nün Etyolojisi Ve Risk Faktörleri.....	4
2.1.4. Akut Miyokard İnfarktüsünün Patofizyolojisi	6
2.1.5. Akut Miyokard İnfarktüsünün Belirti Ve Bulguları	7
2.1.6. Akut Miyokard İnfarktüsünün Tanısı	7
2.1.7. Akut Miyokard İnfarktüsü Sınıflandırılması.....	8
2.1.8. Akut Miyokard İnfarktüsünün Tedavisi.....	9
2.2. Hastalık Algısı	10
2.2.1. Hastalık Algısı Ve Hemşirelik	10
2.2.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Ve Hastalık Algısı.....	11
2.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Ve Yaşam Kalitesi	12
2.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımı.....	15
2.4.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey Ve Roper Logan Tierney'in Yaşam Modeline Temellenen Hemşirelik Modeli	15
2.4.1.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Olan Birey Ve Yaşam Süresi	16
2.4.1.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey Ve Yaşam Aktiviteleri.....	17
2.4.1.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey'in Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler.....	21

2.4.1.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey Ve Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi.....	22
2.4.1.5. Akut Miyokard İnfarktüsü Olan Birey Ve Yaşamda Bireysellik.....	22
2.4.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Hastaların Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı	23
2.4.2.1. Tanılama.....	23
2.4.2.2. Hemşirelik Tanısı	23
2.4.2.3. Planlama.....	24
2.4.2.4. Uygulama	29
2.4.2.5. Değerlendirme.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi	30
3.2. Araştırma Soruları.....	30
3.2.1. Bağımsız Değişkenler:	30
3.2.2. Bağımlı Değişkenler:	30
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	30
3.4. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	30
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	31
3.5.1. Veri Toplama Araçları	31
3.5.1.1. Bireysel Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1).....	31
3.5.1.2. Hastalık Algısı Ölçeği (EK-2).....	31
3.5.1.3. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS-Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale) (EK-3)	33
3.5.2. Veri Toplamada İzlenen Yollar.....	33
3.5.3. Araştırmanın Etik Yönleri.....	33
3.5.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular	36
4.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
4.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Bulgular	37
4.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	53

4.5. Hastalık Algısı Ölçeği ve MIDAS Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	62
5. TARTIŞMA	66
5.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması	70
5.3.1. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	70
5.3.2. Bireysel Özelliklere Göre HAÖ'nün Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.3.3. Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	75
5.4.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	77
5.4.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	79
5.5. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısı Ve Yaşam Kalitesi Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması	80
KAYNAKLAR	84
FORMLAR	100
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	113
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLOLAR LİSTESİ

TABLO 4.1 Bireysel özelliklere İlişkin Bulgular (N=301)	36
TABLO 4.2 Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=301).....	37
TABLO 4.3 Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=301).....	38
TABLO 4.4 Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarından Hastalık Tipi Puanının Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=301).....	39
TABLO 4.5 Bireysel Özelliklere Göre HAÖ'nün Hastalık Hakkındaki Görüş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301).....	41
TABLO 4.6. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarından Hastalık Nedenleri Puanlarının Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=301).....	46
TABLO 4.7 Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Hastalık Tipi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301).....	49
TABLO 4.8 Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Hastalık Hakkındaki Görüş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301).....	50
TABLO 4.9 Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301).....	52
TABLO 4.10 MIDAS Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamaları (N=301).....	53
TABLO 4.11 Bireysel Özelliklerine Göre MIDAS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301).....	54
TABLO 4.12 Hastalık Özelliklerine Göre MIDAS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301).....	60
TABLO 4.13 Hastalık Algısı Ölçeği İle MIDAS Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Arasındaki İlişki Analizi (N=301).....	62

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AKD:	Avrupa Kardiyoloji Derneği
AKS:	Akut Koroner Sendrom
AMİ:	Akut Miyokard İnfarktüsü
ANA:	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
CK:	Kreatinin Kinaz
CK-MB:	Kreatinin Kinaz- Miyokardial Band
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EKG:	Elektrokardiyografi
GYA:	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HAÖ:	Hastalık Algısı Ölçeği
HDL-K:	High Density Lipoprotein Cholesterol (Yüksek Yoğunluklu Kolesterol)
KABG:	Koroner Arter Bypass Greft
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
LDL-K:	Low Density Lipoprotein Cholesterol (Düşük Yoğunluklu Kolesterol)
NANDA-I:	North American Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
PKG:	Perkütan Koroner Girişim
TEKHARF:	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması
TKD:	Türk Kardiyoloji Derneği

ÖZET

Sir, Ö. (2020). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esaları AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı olan hastaların hastalık algıları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlandı.

Araştırmanın evrenini, Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan akut miyokard infarktüsü tanısı olan hastalar, örneklemi ise araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olan 301 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında; “Bireysel Tanıtıcı Formu”, “Hastalık Algısı Ölçeği” (HAÖ) ve “Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği” (MIDAS) kullanıldı.

Verilerin analizi, bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı istatistikler kullanılarak yapıldı.

Araştırma sonucuna göre; Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı olan hastalarının eğitim durumu, göğüs ağrısı şikâyeti, eşlik eden başka hastalık durumu, meslek ve ekonomik durumu ile Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Araştırmadaki hastaların MIDAS ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde; fiziksel aktivite puan ortalamasının $48.52\pm10,92$, güvensizlik puan ortalamasının $50.89\pm12,89$, duygusal tepki puan ortalamasının $45.17\pm12,62$, bağımlılık puan ortalamasının $45.23\pm15,44$, beslenme şekli puan ortalamasının $55.19\pm22,65$, ilaç hakkında endişe puan ortalamasının $31.5\pm16,52$, ilaç yan etkileri puan ortalamasının $22.99\pm8,31$ ve genel toplam puan ortalamasının ise $49.43\pm11,40$ olduğu görüldü. Hastaların, Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ve MIDAS puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde aralarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($p\leq0,05$).

Sonuç olarak, Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı olan hastaların hastalığa karşı algılarının iyi düzeyde olması yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlamakla birlikte aralarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yaşam Kalitesi, Hastalık Algısı, Akut Miyokard İnfarktüsü

ABSTRACT

Sir, Ö. (2020). Evaluation of the Perception of Illness and Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Fundamental of Nursing, Master's Thesis. İstanbul.

The study was designed in a descriptive and relationship-seeking manner in order to evaluate the perception of the disease and quality of life of patients with acute myocardial infarction.

The sample of the study was taken from 301 patients who were admitted to the Cardiology Outpatient Clinics of Health Sciences University Van Education and Research Hospital between June and September 2019 and diagnosed with acute myocardial infarction. The research data were collected with "Individual identifier Form", Illness Perception Questionnaire" (IPQ) and "Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale" (MIDAS).

The analysis of the data was carried out using descriptive and correlational statistics with SPSS 22.0 package program in computer environment.

According to the result of the research; a significant difference was found between the educational status of patients with acute myocardial infarction, chest pain complaint, accompanying disease status, occupational and economic status, and sub-dimensions of the Illness Perception Questionnaire ($p < 0,05$). When the descriptive statistics of the MIDAS and its sub-dimensions were evaluated, average physical activity score of individuals (48.52 ± 10.92), insecurity average score (50.89 ± 12.89), emotional reaction average score (45.17 ± 12.62), addiction average score (45.23 ± 15.44), diet type average score (55.19 ± 22.65), anxiety point about medication (31.5 ± 16.52), drug side effects score average (22.99 ± 8.31) and overall total score (49.43 ± 11.40). When the relationship between the patients' perception of illness sub-dimensions and MIDAS score and sub-dimension mean scores were evaluated, there was a positive and significant relationship between them ($p \leq 0.05$).

As a result, the fact that the patients with Acute Myocardial Infarction had good perception about the illness, and increased the quality of life, besides positive and significant relationship was found between them.

Key Words: Nursing, Quality of Life, Disease perception, Acute Myocardial Infarction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde insanların yaşam süresinin artmasıyla birlikte dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve bu doğrultuda kronik hastalıklar da bir artış olmaktadır. Kronik hastalıklar istenilen yaşam süresinin artması, hızlı sanayileşme, yaşam sürecinde karşılaşılan stres faktörleri sebebiyle daha da önemli hale gelmiş, tüm dünyada insanların hayatını etkileyen ciddi bir sağlık sorunu olmuştur (Nehir ve Çam 2010).

Hastaların sağlık durumlarını ciddi derecede tehdit eden kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır (Erkoç ve ark. 2011). Tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan koroner arter hastalıkları, kalbin etrafında bulunan ve onu besleyen damarlarda meydana gelen daralmalar sonucu ortaya çıkıyor (Abacı 2011). Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin dünya genelinde 2030 yılında 22.2 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Dural ve Çıtlık 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında tüm dünyada gerçekleşen ölümlerin %31'i (17.7 milyon) kardiyovasküler hastalıkları sebebiyle meydana geldiği, bunların da 6.7 milyonun miyokard infarktüsü nedeniyle olduğu açıklanmaktadır (WHO 2015). Ülkemizde ise 37 yaş ve üzeri yetişkin bireylerden yılda 340 bin kişinin koroner arter hastalığı (KAH) sebebiyle yaşamını yitirdiği ve 400-420 bin kişinin ise (KAH) tanısı konulduğu gözlenmektedir (Onat ve ark. 2010).

Akut miyokard infarktüsü (AMİ) kalbi besleyen koroner arterlerin daralması ya da tıkanması sonucu kalp kasının kan ve oksijen yönünden beslenememesinden dolayı hasar görmesi ile ortaya çıkan ve zarar gören kalp kası hücrelerinin yer aldığı bölgenin kasılma yeteneğini kaybetmesi ile meydana gelen bir koroner arter hastalığıdır (Thygesen ve ark. 2013). Miyokard infarktüsünün genellikle üretken yaş grubunda daha sık görülmesi ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları ile önemli sorunlara yol açması, sonuçta getirdiği maddi yetersizlikler ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi sebebi ile ciddi bir sağlık sorunudur (Tosun ve ark. 2010).

Kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımında fiziksel yanıtların yanısıra psikososyal yanıtları göz önünde bulundurulmalıdır (Kocaman 2007). Literatürde kronik hastalıklara verilen psiko-sosyal tepkileri etkileyen nedenlerden en önemlisinin hastanın hastalığa verdiği anlam; başka bir deyişle hastalık algısı olduğu açıklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda hastanın hastalığını nasıl değerlendirdiğinin

bilinmesi gerektiği ve fiziksel hastalığı olan kişilerde psiko-sosyal uyumun sağlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Hagger ve Orbel 2003). Hastalık algısı bireylerin hastalık konusunda sahip oldukları inançları ve hastalığın bilişsel biçimi olarak adlandırılır. Hastalık algısı, kişinin hastalık hakkındaki görüşleri ve algılarda ortaya çıkabilecek değişimlere cevap olarak meydana gelen önemli bir aşamadır. Hasta bireye bir tanı konduğunda genellikle kendi durumu hakkındaki inançları ile dengeli bir yol oluşturur bu durum hastalığı yönetmede önemli bir yer tutar (Kılıç 2018). Hastalık algısı kişilerin tedaviye uyumu gibi hastalığa ilişkin yaklaşımı ve baş etme becerilerini belirlemede önemlidir. Kardiyovasküler sorunu olan hastalarda hastalık algısının, tedaviye uyumu, kardiyak rehabilitasyona devam etme süresini hastaneye yeniden yatışları ciddi anlamda azalttığı görülmektedir (Ciddi 2010). Hastalık hakkındaki algı ve uyumun artması ile miyokard infarktüsü sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönmelerini, yaşamlarını daha sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamalarını sağlayacağı önemle vurgulanmaktadır (Sevinç 2016; Uysal ve ark. 2009). Nitekim miyokard infarktüsünün bireylerin aile yaşamını, sosyal ilişkilerini, çalışma hayatını, sosyal aktivitelerini kötü yönde etkilediği ve yaşam kalitelerini azalttığı belirtilmektedir (Kılıç 2018). Miyokard infarktüsü sonrası hastaların ilaçlarını kullanması, diyetlerini uygulaması, düzenli egzersizlerini yapması ve diğer yaşam biçimi değişiklikleri ile ilgili sağlık önerilerine uymasının yaşam kalitelerine olumlu bir etkisinin olacağı belirtilmektedir (Uysal ve ark. 2009). Nitekim hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, gösterdiği duygusal ve davranışsal yanıtlar, yaşam kalitesinin belirleyici ölçütlerinden biridir (Doğan 2010). Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda hastalık algısının hastanın hastalığa karşı yaşam kalitesini belirlemede önemli olduğu vurgulanmaktadır (Doğan 2010; Kocaman ve ark. 2007).

Bu araştırma akut miyokard infarktüsü tanısı olan hastalarda, hastalık algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilerek aralarındaki ilişki ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların miyokard infarktüsü tanısı olan bireylerin hastalık algılarının belirlenerek hastalığa özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ve hemşirelik bakımının planlanmasında ve hemşirelik araştırmalarına rehber olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

2.1.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanımı

Koroner arter hastalıkları nedeniyle miyokardiyal oksijen yeterliliği ve gereksinimi arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan; birçok belirti, bulgu ve olaylar bütünü Akut Koroner Sendrom (AKS) olarak tanımlanır (Eroğlu Aygöl 2019). AKS'ler angina pectoris ve miyokard infarktüsü olarak ikiye ayrılmaktadır. Anjina Pectoris miyokardın oksijen ihtiyacı ile sunumu arasındaki dengesizlik sonucu meydana gelen miyokard iskemisine bağlı göğüs ağrısı, göğüs ve çevresinde hissedilen rahatsızlık hissidir. Angina pectoris kendini göğüste baskı hissi, sıkışma, ezilme, yanma, boğulma, kasılma ve ağırlık hissi, ezilme, mengene ile sıkışma şeklinde belirtiler gösterebilir. Bu belirtilere nefes darlığı, halsizlik, baygınlık, bulantı huzursuzluk veya ölüm korkusu eşlik edebilir (Aygün ve Ural 2011).

Dünyada genelinde en yaygın damar tıkanıklığı nedeni ateroskleroz olarak bilinmektedir. Ateroskleroz, damar içinde plakların oluşması sonucu damar duvarında sertliğe neden olmaktadır (Thygesen ve ark. 2013). Ateroskleroz sonucu daralmış koroner arterlerdeki plağın sıyrılması ya da yırtılması sonucu gelişen trombüs koroner arterlerin tıkanmasına neden olur. Koroner kan akımının ani ve tam olarak kesilmesi ile koroner arterin beslediği miyokardın ilgili bölümünde uzamış iskemi geri dönüşsüz hücre nekrozuna neden olur. Ortaya çıkan klinik tablo akut miyokard infarktüsü olarak adlandırılır (Coşkun ve ark. 2017). AMİ klinik bulguları; uzamış iskemiye bağlı olarak ortaya çıkan elektrokardiyografik bulgular, miyokard harabiyetinin biyokimyasal göstergelerinin artması ve görüntüleme yöntemleri ile tanınır (Montalescot ve ark. 2013).

2.1.2. Akut Miyokard İnfarktüsünün Epidemiyolojisi

Koroner arter hastalığı (KAH) dünyada ve ülkemizde en sık karşılaşılan ölüm nedenidir. Avrupa'da 75 yaş altı ölümlerin kadınlarda %45, erkeklerde %38'den kardiyovasküler hastalıklar sorumludur (Allender ve ark.2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde, 17 milyondan fazla KAH olgusu olduğu tahmin edilmektedir (Mensah ve Brown 2007). Dünya sağlık örgütü verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle meydana gelecek mortalite oranı 2030 yılında 22.2 milyona ulaşacağını

tahmin etmektedir. 2012 yılında tüm dünyada görülen ölümlerin % 46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıkları sebebiyle gerçekleşmiş olup bu ölüm oranının da 7,4 milyonu MI'ne bağlı olduğu bildirilmektedir (Aygül Eroğlu 2019). Türk Kardiyoloji Derneği'nin liderliğinde 1990 yılından 2012 yılına kadar sürdürülen Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışması 2007-2008 tarama verileri KAH'nın 1990'dan beri yılda %6.4 hızında yükseldiğini göstermektedir (Onat ve ark. 2012). Aynı çalışmanın 2012 verilerinden yapılan hesaplama göre ise ülkemizde yılda yaklaşık 420.000 koroner sendrom meydana gelmekte, bunların 120.000'i KAH'lı bilinen hastalarda akut olayın tekrarı, 180.000'i yeni akut koroner sendrom (AKS), 120.000'i sessiz olay ve yeni kronik KAH şeklindedir. Ülkemizde AKS 'ye bağlı olarak gelişen mortalite oranı yaklaşık 95.000 ölüm, yıllık mortalite oranının %32'sine karşılık geldiği belirtilmektedir (Özkan 2013). Ülkemizde 45-74 yaş aralığında meydana gelen kardiyovasküler hastalık kökenli mortalite oranı erkekte 1000 kişide % 7,6, kadında % 3,8 düzeyinde belirlenmiştir (Eroğlu Aygül 2019). TEK HARF çalışmasının bu sonuçları ile Türk erişkinlerin KAH mortalitesi ve yeni koroner sendrom prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ile ülkemizde koroner hastalıktan koruyucu önlemlerin daha da çok yaygınlaştırılmasının önemi vurgulanmıştır (Onat ve ark.2017)

2.1.3. Akut Miyokard İnfarktüsü'nün Etyolojisi Ve Risk Faktörleri

Miyokard infarktüsünün en önemli nedeni aterosklerotik plak rüptürü veya erozyonu sonucu oluşan trombüstür. Meydana gelecek olan klinik tablonun şiddeti, etkisi ve seyri; plak rüptürünün büyüklüğü ve derinliği, miyokardın oksijen gereksinimi ve miyokarda olan kan akımı tarafından şekillenir (Kozan 2011).

Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TKD); Avrupa Kardiyoloji Derneği (AKD) Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu'nda (Versiyon 2012) KAH ölümlerinde hissedilen azalmanın %50'sinin sigara, hipertansiyon, kolesterol gibi risk faktörlerindeki düzelmeler ile ilişkili olduğunu açıklamıştır (TKD 2012). Bu risk faktörleri değiştirilebilir/düzenlenebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir (Onat ve ark.2017).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:

Yaş; AMI gençlik döneminden ileri yaşlılığa kadar tüm erişkinlik döneminde karşılaşmaktadır. AMI geçirme riski yaşla doğru orantılı olarak artış göstermektedir (Göz ve ark. 2000).

Cinsiyet; Miyokard infarktüsü erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda meydana gelmektedir. Risk; erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaş veya erken menopoz döneminde artış göstermektedir (Türkmen ve ark. 2012).

Genetik KAH Yatkınlığı; Ailede ateroskleroz veya KAH öyküsü var ise bireyler genetik yatkınlık dolayısıyla erken yaşta koroner arter hastalıkları ya da AMI karşılaştıkları görülmektedir. Ailesinde ateroskleroz olan kişilerin, koroner arterlerinin içyapısının ve ateroskleroz hızının genetik olarak kötü olduğu düşünülmektedir (Alpert ve Rippe 2003)

Değiştirilebilir Risk Faktörleri:

Sigara; Sigara, birden fazla kimyasal ve fiziksel maddeden oluşmaktadır. Kalp ve damar sistemine toksik etki gösteren maddeler nikotin ve karbondioksit'tir. Nikotin katekolamin algısını artırır ve sempatik ganglionları da tetikleyerek arteriyel kan basıncı ve kalp hızında artışa sebep olur. KAH'nın oluşması ve ilerlemesinde bağımsız ve değiştirilebilir ciddi bir risk faktörü sigaradır. Sigara miktar ve süreye bağlı olarak aterosklerozun meydana gelmesine neden olur. Oluşan aterosklerotik plak kalp dolaşım sistemini kötü etkileyerek MI gelişme riskini 2 yada 3 kat artırır (Enar 2004; Türkmen ve ark.2012)

Hipertansiyon; Hipertansiyonda ateroskleroz sebebiyle miyokardın oksijen gereksinimi artar ve KAH oluşma ihtimali artar. Akut miyokard infarktüsünde kişilere bağlı risklerin yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır (Yusuf ve ark 2004).

Diyabet; Koroner kalp hastalıkları için bağımsız bir risk faktörüdür ve erişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılarına göre kardiyovasküler olay riski 2-4 kat daha fazladır. Tip 2 diyabet ile birlikte KAH olan bir hasta MI geçirdiği zaman bu hastalarda sağ kalım oranı, çok daha azdır (İktimur ve Öngen 2011).

Hiperlipidemi; koroner kalp hastalıklarının oluşumuna yol açan hiperlipidemi ateroskleroz için önemli bir risk faktörüdür. Kolesterol damar çeperinin iç yüzeyini daraltır ve bunun sonucunda arterlerde oluşabilecek ve kan akımını engelleyen aterosklerotik plakların gelişmesine neden olur (Güleç 2009). Kanda LDL-K (≥ 130

mg/dl) ve total kolesterol (≥ 200 mg/dl) düzeyleri artıkça kardiyovasküler sorunların görülme tehlikesi artar. Düşük HDL-K değeri (< 40 mg/dl) KAH riskinin güçlü bir işaretidir. HDL-kolesterolün 60 mg/dl üzerinde olması KAH riskini düşürmektedir (<http://temd.org.tr/>).

Obezite; Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre erkeklerin % 15'i, kadınların % 29'u obezdir. Yine aynı çalışmada erkeklerin % 37'si, kadınların % 29'u fazla kiloludur. Otuz beş yaş üstü grupta nüfusun yarısından fazlası fazla kilolu ya da şişmandır (Ünal ve ark.2013). Beden kitle indeksi (BKİ)'deki bir birimlik artış KAH mortalitesinde %4-5 artışa sebep vermektedir. Obeziteye bağlı risk yalnız obezitenin derecesi ile değil yağın vücuttaki dağılımı ile de ilgilidir. Yağın karın bölgesinde toplanması ile karakterize abdominal obezite KAH tehlikesini artırmaktadır (Sansoy 2003).

Fiziksel Aktivite Azlığı; Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yaşam biçimi giderek daha az sayıda kişinin fiziksel yönden etkin kalabilmesiyle sonuçlanmıştır. Hareketsiz yaşam tarzı, erken ölüm tehlikesinin iki katına yükselmesi ve kardiyovasküler riskin yükselmesiyle ilintilidir. Bireyin yaşam boyunca sedanter yaşam tarzından uzak durması; toplam yaşam beklentisini ve kardiyovasküler hastalıksız yaşam istegini (1,3-3,5 yıl) uzatabilir (Erol 2008).

Alkol Kullanımı; Dünya çapında 2012 yılında alkol tüketimi 3,3 milyon (% 5,9) ölümün sebebi olup, bu kayıpların % 50'den fazlası kalp ve damar hastalıkları ile diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (diyabet, karaciğer sirozu, kanser gibi) sebebiyledir (<https://sbu.saglik.gov.tr/>).

2.1.4. Akut Miyokard İnfarktüsünün Patofizyolojisi

Koroner arter hastalığının meydana gelmesi temelde iki farklı süreçten oluşmaktadır. İlki yıllar boyunca damar lümeninin kademeli olarak daralan, sabit ve çok az tersine çevrilebilir olan ateroskleroz sürecidir. Bir diğeri ise yavaş ilerlemeye ani ve beklenmedik şekilde nokta koyarak, hızlı, tam ya da kısmi koroner tıkanmaya yol açan tromboz ve/veya vazospazmın görüldüğü etkin ve potansiyel olarak geriye çevrilebilir olan süreçtir (Bitigen ve Yaymacı 2011a; Eroğlu Aygöl 2019).

Ateroskleroz aşamasında ilk lezyon intima katmanındadır ve erken dönemde yağlı çizgilenmeler şeklinde oluşmaktadır. Ateroskleroz süreci fibröz plak ve gelişmiş lezyonlar olarak ilerlemektedir. Aterosklerozun patolojik oluşumunda damar iç

çeperinin disfonksiyonu, kan lipid bozuklukları, immünolojik faktörler, arter içi plakların kopması ve sigaranın içerisinde bulunduğu birçok faktörün etki ettiği kronik, inflamatuvar, bir damar hastalığıdır (Bitigen ve Yaymacı 2011a).

2.1.5. Akut Miyokard İnfarktüsünün Belirti Ve Bulguları

AMİ tanısı konan hastaların %70-90'ında karşılaşılan en önemli belirti göğüs ağrısıdır. Ağrının gücü, bölgesi, yayılımı, süresi ve niteliği ayırt edilmelidir. Bireyler genel bir rahatsızlık durumunun yanında ağrıyı; “göğüste baskı, ağırlık, gerginlik, dolgunluk, ezici-boğucu ve sıkışma hissi” olarak ifade eder. Ağrının şiddeti bireye özgü farklılık göstermekle birlikte bireyler ağrının niteliğini bazen “bıçak gibi”, “keskin ya da bıçak saplanmış gibi” şeklinde tanımlarlar (Coşkun ve ark. 2017). Ayrıca kardiyak olmayan semptomlar; dispne, soğuk terleme, bulantı, kusma, senkop..vb. semptomlar göğüs ağrısına eşlik edebilir. Bu belirtilerin yansira kalp çarpıntısı (aritmisi) hatta ani kalp durması (kardiyak arrest) görülebilir (Thygesen ve ark. 2013). Birey; sersemlik, huzursuzluk hissi, hazımsızlık, halsizlik gibi durumları ifade edebilir. Nabız hızı normal olabileceği gibi bradikardik, taşikardik ya da düzensiz de olabilir ve kan basıncının 180 mm/Hg ve üzerinde olması ve 110 mm/Hg'nin altında olması prognozu olumsuz etkiler (Bitigen ve Yaymacı 2011b)

2.1.6. Akut Miyokard İnfarktüsünün Tanısı

Akut miyokard infarktüsü tanısının belirlenmesinde ve riskinin değerlendirmesinde; öykünün yansira kardiyak biyobelirteçler (enzim yüksekliği) gibi laboratuvar incelemelerinin ve Elektrokardiyografi (EKG), anjiyografi, magnetik rezonans gibi çeşitli görüntüleme yöntemlerinin sonucu düzensizliklerin saptanması dikkate alınan önemli kriterlerdendir (Coşkun ve ark. 2017).

Kardiyak Biyobelirteçler; Kardiyak belirteçler miyokard infarktüsünün belirtilerinden olup kanda artış gösteren enzimlerdir. Hücrelerin 2-4 saat sonra nekroze olmalarından dolayı bu belirteçler kanda artmaya başlar (Erol 2011). Miyokardın kasılmasında, aktin ve miyozinin kalsiyum ile etkileşiminde, etkin olan kardiyak troponinler I, T ve C olmak üzere üçe ayrılır. Bunlardan Troponin I ve T oranının kanda artması, MI tanısının konmasında dikkate alınır. Troponin C düz kaslar üzerinde işlevi olduğu için kardiyak özelliği yoktur. Troponin I ve T'nin miyokard hasarındaki duyarlılıkları yüksektir. Miyokard infarktüsünde troponin I ve T 3-6 saat içerisinde

kanda yükselir, 12 saat sonra en yüksek seviyeye çıkar ve 7-10 gün yüksek seyreder (Çelebi ve ark. 2008; Thygesen ve ark. 2013)

Kreatin kinaz (CK) enziminin kalp dokusunda bulunan benzer formu CK-MB'dir. Miyokard hasarı durumunda kanda CK-MB düzeyi yükselir. Miyokard hasarının başlamadığı anjina pectoris veya NSTEMI'da CK-MB değeri düşük olacağından tek başına tanılamada kullanılması yeterli değildir (AHA 2015).

EKG (Elektrokardiyografi); AMI düşündürən göğüs ağrısı veya diğer belirtileri olan bireylere ilk 10 dakika içerisinde 12 derivasyonlu EKG çekilmeli ve EKG bulguları iskemi açısından incelenmelidir (Thygesen ve ark. 2013). İnfarktüs şüphesi olan hastalarda EKG'nin en önemli özelliği kalp ritmini takip etmek ve böylece ciddi aritmilerin çabuk bir şekilde tedavi edilmesini sağlamaktır (Nolan ve ark. 2000).

EKG'de en az iki komşu derivasyonda, ST segmentinde izoelektrik hattan >1 mm yükselme veya çökme anlamlı olarak kabul edilmektedir. İlk çekilen EKG'de tanısal değişiklikler görülmeyen fakat belirtiler açısından olası MI şüphesi ile değerlendirilen bireylerde ilk EKG'yi takiben 15-30 dakika aralıklarla EKG'ler çekilmelidir (Fusher ve ark. 2014; Thygesen ve diğ. 2013).

Magnetig Rezonans (MR); Miyokard infarktüsünün tanısının erken tanınmasında ve şiddetinin yorumlanmasında yararlanılabilir (Gök 2002).

Ekokardiyografi: Miyokardın kalınlığı ve hareketleri değerlendirilir. MI sonrası perikardit durumlarının saptanmasında kullanılır (Alpert ve Rippe 2003).

Koroner Anjiyografi: Koroner arterlerdeki kan akımı ve damar çeperindeki darlık, tıkanıklık gibi sorunların görüntülenmesini sağlar. Femoral veya radial arterden kateter ile girilip, opak madde verilerek görüntüleme işlemi sağlanır (Thygesen ve ark. 2013).

2.1.7. Akut Miyokard İnfarktüsü Sınıflandırılması

Avrupa Kardiyoloji Derneği (AKD)'nin 2012 yılında yapmış olduğu sınıflamada MI; patolojik, klinik ve tedavi edilebilirlik durumuna göre sınıflandırılmıştır (Thygesen ve diğ. 2013). Bu sınıflama şu şekildedir:

Tip 1 Spontan Miyokard İnfarktüsü: Bir veya daha fazla koroner arterde miyokardiyal kan akımında azalma ya da damar içi trombüs oluşumu ile aterosklerotik

plak rüptürü, ülserasyon, fissür, erezyon veya diseksiyon ile seyreden kalp kası hasarıdır.

Tip 2 İskemik Bir Dengesizliğe Bağlı Miyokard İnfarktüsü: Miyokard için gerekli oksijen arz-talep dengesizliğine neden olan, KAH dışında gelişen, koroner arter spazmı, emboli, aritmi, solunum sıkıntısı, hipotansiyon, hipertansiyon ve koroner endotel disfonksiyonu ile karakterize nekrozlu miyokard hasarıdır.

Tip 3 Biyobelirteç Değerleri Olmadan Ölümle Sonuçlanan Miyokard İnfarktüsü: Miyokard iskemisini düşündüren belirtiler ve EKG değişiklikleri veya yeni sol dal bloğu ritmi ile birlikte görülen, kardiyak biyobelirteç sonuçları normal değerlerde ya da hiç bakılamayan, kardiyak ölüm ile sonuçlanan MI'dır.

Tip 4a Perkütan Koroner Girişim ile İlişkili Miyokard İnfarktüsü: Hastalarda bazal troponin değerinde 5 kat artış veya bazal troponin değeri yüksek, troponin değeri sabit ya da troponin değeri düşmekte iken %20 artış ile bulgularanan, perkütan koroner girişim (PKG) ile ilişkili MI'dır

Tip 4b Stent Trombozu ile İlişkili Miyokard İnfarktüsü: Miyokard iskemisi ve troponin düzeylerinden en az birinde artış , yükselme veya düşme ile karakterize stent trombozu ile ilişkili MI'dır. Anjiyografi ile tanı konur veya otopsi ile tespit edilebilir.

Tip 5 Koroner Arter Bypass Graftleme ile İlişkili Miyokard İnfarktüsü: Bazal troponin değerleri normal sınırlarda olan koroner arter bypass greft (KABG) olmuş hastalarda kardiyak biyobelirteçlerin 10 kat kadar arttığı gözlenmesi ile karakterizedir (Thygesen ve diğ. 2013).

2.1.8. Akut Miyokard İnfarktüsünün Tedavisi

Miyokard İnfarktüsünün tedavisinde; miyokard infarktüsünün yeniden meydana gelmesi ve buna bağlı kayıpları önleyerek yaşam süresinin yükseltilmesi, anjina pektorisin tedavi edilerek iskemi oranının ve şiddetinin azaltılıp, yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır (Baltacı ve ark.2011). Tedavinin asıl amacı mümkün olan en kısa sürede iskemik miyokardın beslenmesini yeniden sağlamaktır(Bitigen ve Yaymacı 2011b). Nabızı, kan basıncı ve ön yükünü azaltan ilaçlar kullanılarak miyokardın kasılmasını yavaşlatıp oksijen gereksinimini azaltılır (Hamm ve ark. 2011b). Trombüsün meydana gelmesini azaltmak için ise trombin oluşumu ve aktivitesini önleyen antikoagülan ilaçlarla beraber kullanıldıklarında daha etkindirler. Antikoagülanların pıhtılaşma mekanizmasının farklı süreçlerinde doğrudan ya da dolaylı yoldan etki eden ve doğrudan trombin üzerinde etkili formları vardır

(Montalescot ve ark. 2014). Farmakolojik tedavinin yanısıra stent uygulaması, perkütanöz translüminel koroner anjioplasti, atarektomi, angioskopi, lazer tedavisi ve koroner arter bypass ameliyatı vb. girişimsel tedavi yöntemleri hekimler tarafından uygulanmaktadır (Thygesen ve diğ. 2013; Vural ve Aslan 2014).

2.2. HASTALIK ALGISI

İnsanların çoğu yaşamında bir/ birden fazla hastalık geçirmesine rağmen, hastalığa ilişkin deneyimler her bireyde farklı yaşanır. Hastalar bireysel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda hastalıklarını ifade etmeye çalışırlar (Kocaman ve ark. 2007).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireyler, herhangi bir hastalık tanısı olduğunda sıklıkla bu tehdit karşısında bilişsel modeller oluşturur ve bu durum zihinsel ifadelerin karşılığıdır (Petrie ve Weinman 2006). Hastalık halinde bireyler, yaşadıkları sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş etmek/ mücadele etmek için kendi hastalık temsili modellerini oluştururlar. Leventhal ve arkadaşları (1998) tarafından hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme mekanizmalarını geliştirdiklerini ileri sürülmüş ve “Kendini Ayarlama Kuramı”nı geliştirmişlerdir. Kendini Ayarlama Kuramı’na göre bireyler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin doğrultusunda akıllarında hastalık ve yaşamı tehdit eden olaylarla ilgili şematik temsiller oluştururlar. Bu kurama göre içsel uyaranlar ve dış uyaranlar, bilişsel ve duygusal yanıtları tetikleyebilir. Bu temsillere dayanarak kişiler algıladıkları tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. belirli bir baş etme yönteminin başarısı kişiler tarafından değerlendirilir ve değiştirilebilir (Armay ve ark, 2007; Leventhal ve ark 1998).

2.2.1. Hastalık Algısı Ve Hemşirelik

Literatürde bireylerin hastalıkları hakkındaki görüşleri sıklıkla sorulmayarak atlanmakta olduğu belirtilmekte olup bireylerin fikirlerini, düşüncelerini paylaşmaktan ve kendilerini ifade etme fırsatı verildiği zaman mutlu oldukları sonuç itibarıyla hastalığın iyileşme sürecinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (Petrie ve Weinman 2006). Bu doğrultuda fiziksel hastalık yaşayan bireylerin en uygun tedavisi için hastalığa verdikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya çıkarmaktadır (Armay ve ark, 2007).

Hemşirelik bakımının temel amacı; Hasta bireyin tam anlamıyla bir iyilik halinin oluşmasına yardımcı olmaktır. Bu nedenle hastalık algısının bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını nasıl etkilediğinin bilinmesi; ve olumlu yönde etkilenmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre hemşirelik, gerçek veya olası sağlık sorunlarına kişinin yanıtlarını tanımlanması ve bakımıdır (<https://nursingworld.org/ana/>). Bu tanım hemşireliğin hareket alanının sağlık sorunlarının kendisi değil, sağlık sorunlarına kişinin yanıtları olduğunu vurgular. Hemşire, müdahalede bulunduğu kişinin tepkilerini dikkate almalıdır. Sağlığa ve hastalığa bireyin yanıtı, hemşirelik biliminin merak alanıdır (Kocaman ve ark. 2007). Her hastanın pek çok faktöre bağlı olarak: genetik, fizyoloji, sağlık durumu, cinsiyeti, etnik kökeni gibi sebeplerden dolayı hastalık durumuna vereceği cevap farklı olacağından hemşireler tanılama yaparak bireye özgü yaklaşım uygular (NANDA-I 2015-2017).

Hemşireler, hastaların hastalık algısını değerlendirerek tedaviye uyum sağlamada hastalara yardım edebilir. Bu algıları değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir ve hastalık ve bakım/tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir. Hemşirelerin bireylere ve ailelere/ topluma doğru bilgi sağlamada eğitici, danışmalık ve koordinatörlük rolleri vardır ve hastaların algılarını değerlendirerek kişisel endişelerine yönelik eğitim verebilir (Kocaman 2008).

2.2.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Ve Hastalık Algısı

Miyokard infarktüsünün bakım/tedavisinde amaç, miyokardın oksijen gereksinimini karşılayarak infarktüs oluşan alanı sınırlamak, elektriksel aktiviteyi sağlamak ve hastanın konforunu sağlamaktır (Coşkun 2019; Gülsen 2003). Hemşirenin fiziksel bir hastalıkla karşılaşan bireye psikolojik ve sosyal olarak destek sağlayabilmesi için hasarın etkilerini tanıyabilmesi, psikolojik ve sosyal yanıtlarını etkileyen faktörleri bilerek hastayı tanılaması önemlidir. Hemşireler bu hastaların hastalık algılarını değerlendirerek bireylerin tedaviye uyum sağlamasına katkı sağlamaktadırlar (Tekin ve Polat 2018).

Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların düzeyi hastanın uyumunu, bakımını, tedavi süresini ve masraflarını etkileyebileceği gibi hastalığın seyrini kötüleştirmekte, mortalitesini ve morbiditesini etkilemektedir. Miyokard infarktüsü tanısı olan bireyde ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlarla da

karşılaşılmaktadır. Bireyler, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres deneyimlemekte, hastalık hakkındaki bilgiler, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek gereksinimi gibi pek çok faktörlerden etkilenmektedir (Beswick ve ark. 2005; Nehir ve Olcay 2010). Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Kocaman ve ark. 2007). Sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili algılar ve bunlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi, sağlığı devam ettirme, hastalıkların meydana gelmesinin engellenmesi, tedaviye adaptasyonun/ uyumun sağlanması ve hastaların eğitimi için önemli olan girişimlerin planlanması ve uygulanmasındaki değeri gün geçtikçe daha da hissedilmektedir (Karabulutlu ve Karaman 2015).

2.3. AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ VE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” şeklinde kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, bireyin yaşam şartlarına uyumunda kişisel doyumunu etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği kişisel yanıtları temsil eden bir kavram şeklinde görülmelidir (Eser 2006). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “kişinin kendi hedeflerine, ihtiyaçlarına, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması” olarak ifade edilmiştir. Burada önemli olan nokta, bireyin yaşam kalitesi hedeflerine varabilmesi için temel teşkil eden standartların dışarıdan dayatılmaması, kişinin yaşamını bütünüyle kendisinin değerlendirmesi ve bu değerlendirmenin devam ettirilebilir olmasıdır (WHO 1997).

Yaşam kalitesi kişisel iyilik halinin bir ifadesidir ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir durumun anlatılmasıdır. Yaşam kalitesi, aile iş yaşamı ve sosyo-ekonomik şartları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşünceleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük hayatından aldığı tatmin ve iyilik algısını da içermektedir (Alleyna 2001; Bilge ve Çam 2000).

Yaşam kalitesi kişinin kendini ilerletmesi, kişisel yaşamını zenginleştirilmesi ve hedeflerine ulaşması ile ilgilidir. Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak anlamlandırılacağı gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını kavrayış biçimidir diye de tanımlanabilir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve

dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları yer almaktadır (Arslantaş ve ark. 2013).

DSÖ'nün 1948 yılında, sağlığı sadece hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamasından sonra, sağlığa ilişkin iyilik halini ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve çalışmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (Testa ve Simonson 1996). Yaşam kalitesi; yaşamın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarını olduğu kadar, maddi durum ve din gibi yaşamın farklı kısımlarını da etkileyen genel bir kavramdır (Eser 2012). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) ise, esas olarak kişinin sağlığı tarafından şekillenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Tanım olarak, bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır (Başaran ve ark 2005).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbirleriyle ilişkili üç temel boyut yer almaktadır. Bunlar fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yapabildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, mesai arkadaşları ve diğer topluluklardaki insanlarla ne düzeyde ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını içermektedir. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, panik, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlardan oluşmaktadır (Akçay ve Dedeli 2016; Telatar ve Özcebe 2004).

Sağlıkla ilgili en önemli nesnel yaşam kalitesi göstergeleri; kişinin hangi durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, ayrıca öz bakımını karşılayabilmesi ve bunların yeterli düzeyde olmasıdır (Yapıcı 2006). Sağlıkla ilgili sübjektif yaşam kalitesi göstergeleri ise; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik öznel ifadeleridir (Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Sağlığın geliştirilmesi için bireylerin kendi sağlıklarını düzeltmesi, kontrol etmesi ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşması ile yapılabilir. Bu amaca ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, yanlış beslenme davranışları, fiziksel aktivite azlığı, şiddet davranışları, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durulması gerekir (Yalçınkaya ve ark.2007).

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil; İnsanların sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini yükseltmek ve geliştirmektir (Akdemir ve Birol 2004).

AMİ geçirme yaşam süresinin yanı sıra yaşam kalitesini de kötü yönde etkilemektedir. AMİ geçiren hastalarda yaşam kalitesi birçok sebeple etkilenebilir. Bu sebeplerden ağrı, dispne, çarpıntı vb. ile bunların yaşanma sıklığı ve şiddeti gibi MI'a bağlı belirtiler, fonksiyonel kapasitede azalma/yetersizlik vb. gibi fiziksel kaynaklı; anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, azalmış sosyal destek vb. gibi psiko-sosyal sebeplerden dolayı olabilir (Akçay ve Dedeli 2016; Öz 2006).

AMİ geçiren bireyler, kendi ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını, iş yaşamlarının, yaşam amaçlarının engellendiğini ya da tehdit altında olduğunu düşünmekte ve kısıtlamalar içerisinde yaşamaları yaşam kalitelerini de düşürmektedir (Erdem ve Ergüney 2005). AMİ geçiren hastalar fiziksel ve psiko-sosyal açıdan bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Hastaların fonksiyonel kapasiteleri mümkün olan en üst düzeye yükseltilmeli, yeterli fizyolojik uyum sağlanmalı ve belirtiler azaltılmalıdır. Anksiyete ve depresyon azaltılarak olumlu yaşam biçimi değişikliklerine uyumun sağlanması için hastanın umudu korunarak, moral düzeyi yüksek tutulmalı, aile ve sosyal aktivitelerdeki rolünü korumasına yardımcı olarak yaşam kalitesi artırılmalıdır (Durmaz ve ark.2009; Öz 2006).

Kronik hastalığın hangi çeşidi olursa olsun kişilerin günlük yaşam aktivitelerini eksik yapması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık belirtileri, hastaların fiziksel iyilik durumlarında aksaklıklar ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır(Erdem ve Ergüney 2005).

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya, yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren iyilik halini artırmayı hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini açıklama gerçeğine dayanır(Arslan 2003). Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme rolü ve amacı vardır. Hemşireliğin sorumlulukları, hastaya sosyal, fiziksel, psikolojik boyutta destek olmak, en kısa sürede hasta bireyin kendi bakımını yapabilir kılınması ve bu zaman içerisinde yaşam kalitesini de en üst düzeye çıkarmaktır(Erdem ve Ergüney 2005).

Hemşireler hastaları psiko-sosyal yönden değerlendirdikten sonra hastalık ve hastalığın etkileri ile nasıl baş edilebileceği konusunda rehberlik etmelidir. Tüm bunlar

yapılırken hasta ailesi ihmal edilmemeli, hasta ailelerinin de hastalar gibi psiko-sosyal problemler yaşayabileceği, aileden alınan desteğin hastaların iyileşme sürecine olumlu etki yapacağı unutulmamalı; bu anlamda ailenin yaşadığı zorlukların çözümüne yönelik girişimlerin yanında, aile üyeleri hastalarını desteklemeleri yönünde teşvik edilmelidir (Roberts ve ark. 1999; Tracy ve ark.1999).

2.4. AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ TANISI OLAN BİREYLERİN HEMŞİRELİK BAKIMI

Miyokard infarktüsü sonrası hastalarla yapılan araştırmalarda, hemşirenin sorumluluklarının, ilk değerlendirme, tedavinin planlanması, hasta eğitimi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi şeklinde olduğu belirtilmektedir. Elde edilen çalışma sonucunda, tedaviler sırasında hastanın tedaviye uygunluğu, hazır oluşu, tedavi etkinliği, kendi kendine tedaviye katılımı, yan etkiler, tedaviye uyum ve fiziksel, bilişsel ve psikososyal durumu ile ilgili konularda sorunlar ortaya çıktığı ve bu sorunların çözümünde hemşirenin önemli rolü olduğu ifade edilmektedir (LaRosa ve LaRosa 2000).

AMI tanısı ile başvuran hastaların hemşirelik bakımının amacı, hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu gereksinimlerin önceliklerinin belirlenmesidir (Özer ve Demir 2012). Hemşireler, bireyin ilk şikayetlerinin başlayıp, sağlık kuruluşuna başvurduğu andan itibaren medikal, girişimsel tedavi ve taburculuğu kapsayacak şekilde etkin ve aktif rol almaktadır. MI hastalarının akut bakımının temel hedefleri; hastanın sürekli değerlendirilmesi, anjinal ağrının kontrolü, miyokardın oksijen gereksiniminin azaltılması ve oksijen gereksiniminin karşılanması, en uygun kalp debisinin sağlanması, istenmeyen durumların erken tanınip önlenmesi ve taburculuk ile beraber hasta ve aile eğitimleridir (Enç ve ark.2007; Kurt ve ark. 2016).

Hemşirelik bakımında birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Bu nedenle yapılacak hemşirelik bakımına birey doğrudan yer almalıdır. Ayrıca bireye özgü gereksinimleri doğrultusunda eğitim programları planlanması ve yapılması gerekir (Demir 2008).

2.4.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey ve Roper Logan Tierney'in Yaşam Modeline Temellenen Hemşirelik Modeli

Hemşirelik bakımında modellerin kullanılması tanılamının eksiksiz yapılması ile hasta bakımını ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Şit 2017). Roper ve arkadaşları

1970’li yıllarda, hemşirelik hizmetlerinin düzenli bir şekilde sunumunda yardımcı olan ve bireyin yaşamını devam ettirirken gerekli bir araç ya da yöntem olarak kullanılabilecek olan Yaşam modelini oluşturmuşlardır (Şit 2017). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli, hemşirelik uygulamalarının ana ögesi olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlarla ilgilenir. Bu sebeple bu model, hemşireliğin doğasıyla ilgilidir (Köşgeroğlu ve Boğa 2011).

Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli; hemşirelik eğitimi ve hemşirelik süreçlerinde sıklıkla kullanılan modelidir. Modelin sıklıkla olarak kullanılma sebebi; hemşirelik sürecinin tanılama aşaması için uygun olması, sadece hasta kişilerde değil sağlıklı kişilerde de kullanılabilir bir model olmasıdır. Model hümanist ve bütüncül yaklaşım ile birey odaklı bakıma yönelmesiyle yansıtmaktadır. Yaşam modeline dayanan hemşirelik; hemşirelerin verdikleri bakımın devamlılığını sürdürmek tanılama ve uygulama arasındaki ilişki yönünden kolaylık sağlamaktadır (Velioğlu 2012; Vicdan ve ark.2015)

Yaşam modeli birbiriyle ilişkili birbirini etkileyen 5 bileşenden oluşmuştur.

- Yaşam Süresi
- Yaşam Aktiviteleri
- Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler
- Bağımlılık/ Bağımsızlık Durumu
- Yaşamda Bireysellik

2.4.1.1. Akut Miyokard İnfarktüsu Olan Birey Ve Yaşam Süresi

Yaşam süresi, yaşam modelinin bir ögesidir. Roper, Logan ve Tierney’e göre yaşam, doğum öncesi fertilizasyon ile başlayan bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık ile sona eren bir süreçtir. Yaşamın her aşamasında meydana gelen olaylar fiziksel, entelektüel, ruhsal ve sosyal süreçler sebebiyle yaşam süresini etkiler (Demir ve Özer 2014).

Kadınların %12’si 45-64 yaş, %30’u 65 yaş üzerinde kalp ve damar hastalıklarına sahiptir ve ileri yaşlarda erkeklerden daha fazla MI görülme riski vardır. Literatürde ilk kez AMI geçiren kadınların erkeklerden yaklaşık 9 yaş daha yaşlı olduğu açıklanmaktadır (Hindistan ve Nural 2010).

Yapılan bir araştırmada AMI’nın ilk dakikalarında ölüm riski %25’tir. 50 yaş altında %10-20, 60 yaşında %20 60 yaş üstü %30, daha yaşlı bireylerde %40-50’dir. İlk

AMI'ndan sonra hasta bireylerin %80-90'nı 1- 5 yıl, %50'si 10 yıl, %25'i 20 yıl süre ile hayatta kalabilmektedir (Gölsen 2003).

2.4.1.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey Ve Yaşam Aktiviteleri

N. Roper, W. Logan ve A. T. Tierney tarafından geliştirilen bu model 12 temel yaşam aktivitesini kapsamaktadır. Bu aktivitelerin bir kısmı yaşamın devam ettirilmesinde ihtiyaç duyulan biyo-fizyolojik temelli aktiviteler diğerkleri ise yaşam kalitesini artıran aktivitelerden oluşmaktadır (Aştı 2012).

Yaşam aktiviteleri, genel olarak temel günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri şeklinde incelenmektedir. Temel günlük yaşam aktiviteleri bireyin her gün yapması gereken kendine bakım davranışlarını, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise bireyin toplumda bağımsız yaşaması için gereken etkinlikleri kapsamaktadır (Şit 2017).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi;

Bireyin yaşamını idame edebilmesi ve yaşam aktivitelerini yapabilmesi için güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Günlük hayatımızda rutin olarak yaptığımız beslenme, ısınma, uyku, çalışma ve hareket vb. gibi aktiviteler güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi için gerekli aktiviteler içinde değerlendirilir. Sağlıklı/hasta bireylerde güvenli çevrenin sürdürülmesinde; hasta yatak kenarlıklarının kaldırılması, hasta odalarında uygun ışıklandırmaların yapılması ve ısıtılması, hasta ünitelerinde fazla olan materyallerin dolaplara kaldırılması ve temizlik hastanın güvenliğini sağlamada ve sürdürmede önemli olan uygulamalardır (Velioğlu 1992). AMI tanısıyla gelen bir hastaya hemşirelik yaklaşımı, hastanın bireyin ihtiyaçlarını değerlendirmek ve bu ihtiyaçların önceliğini belirlemekle başlar. Birey hastaneye geldiği ilk dakikalarda hastalıkla ilgili belirtiler (anjina, dispne vs.) devam ediyor olabilir ve içinde yer aldığı durum sebebiyle anksiyete hissedebilir. Bu adımdaki uygulamalar hasta bireyin sakin ve güvenilir bir ortama alınarak miyokardın iş yükünün azaltılması amacıyla yarı oturur pozisyonunda yatak istirahatine almak olacaktır (Canlı ve Demir 2012).

İletişim Aktivitesi; İnsan, fizyolojik, sosyolojik, psikolojik olarak bir bütündür ve hayatının en önemli bölümünü başka insanlarla kurduğu iletişimle sürdürür. İletişim sadece konuşarak ya da yazarak değil, aynı zamanda beden hareketleri ve mimiklerle ya da dokunarak da sağlatılabilir. Hayatın önemli bir kısmı ve temeli olan iletişim, insan

ilişkileri ve kişiler arası ilişkilerin tüm evrelerinde vardır. Hasta-hemşire arasındaki ilişkinin kurulmasında ve sürdürülmesinde kayda değer bir araçtır (Aslan 2014). Akut MI tanısı olan birey göğüs ağrısı, dispne vb. nedenlerle iletişim kurmakta zorluk yaşayabilir. Ayrıca bireyin aile üyeleri/ yakınları ani durum ve belirsizlikler nedeniyle iletişim gereksinimi duyabilir. Bireyin iletişim aktivitesinde sorun olması hastalık algısı ve yaşam kalitesini etkiler (Eroğlu Aygöl 2019; Karabulutlu ve Karaman 2015; Özdemir 2009).

Solunum: Solunum aktivitesi canlıların yaşamının başlangıcında en önemli öğesidir. Vücudun tüm aktiviteleri için lazım olan oksijen solunum ile sağlanmaktadır. Diğer tüm günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilmesi için solunum aktivitesinin olmasına bağlıdır (Akgün 2016).

Beslenme: Beslenme, insanın temel yaşam gereksinimlerinden biri olduğu gibi sağlığını da ciddi anlamda etkileyen sebeplerin başında yer almaktadır. İnsanlar, sağlığını muhafaza etmek ve daha iyi sürdürebilmek için ihtiyaç duydukları besinleri uygun oranda, uygun vakitte ve bilinçli şekilde kullanmalılar. Yemek yeme alışkanlığı, yeme şekli, yiyecek ve içeceklerin tercihi; yaş, hastalık, sosyo-kültürel ve ekonomik duruma göre farklılık gösterir (Samur, 2008).

Miyokard infarktüsünden geçirdikten sonra yeni bir infarktüs tehlikesi ve ölüm oranının düşmesini sağlamak için tavsiye edilen ikincil koruma tedavisinin ana unsurlarından biri diyet tedavisidir (Sebregts ve ark.2000)

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda yeni bir infarktüs ve istenmeyen durum riskini azaltmak için tedavideki ana amaç, LDL-kolesterol düzeyini 100mg/dl'nin altına düşürmektir. Bu amaca ulaşmak için hasta taburcu olmadan önce ikinci basamak diyeti tavsiye edilir . Bu diyetle toplam kalori kişiyi uygun kiloya getirecek kadardır. Günlük kolesterol 200 mg'dan, yağdan gelen enerji kalorisinin %30'undan, doymuş yağ alımı toplam kalorisinin %7'sinden daha az; karbonhidrattan gelen enerji % 60, proteinden gelen enerji ise %10-20 aralığında olmalıdır. Buna ilaveten tuz ve alkolden kısıtlı sebze-meyve, kurubaklagil ve tahıllardan zengin bir diyet önerilir (Irmak ve Fesci 2005).

Boşaltım: Yemek yeme ve sıvı tüketme sonucu sisteminin fizyolojik sonuçları olarak mesanede idrar birikimi ve bağırsaklarda feçesin birikmesi gerçekleşmektedir. Bunların vücuttan atılması günlük yaşamın gerekli ve önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Boşaltım alışkanlığını etkileyebilen değişkenler hemşire tarafından değerlendirilmeli ve problem teşkil edebilecek durumlar için gerekli tedbirler alınmalıdır (Aslan 2014).

Miyokard infarktüsü sonrası tüm yaşam aktivitelerinde meydana gelen kısıtlamalardan dolayı bireylerin günlük fizyolojik ihtiyaçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu ihtiyaçlardan biri de boşaltımdır. Boşaltım sorunları bazen yaşamı tehdit ederek müdahale edilmesi gerekebilir. Bu sorunların en sık karşılaşılanı arasında kabızlık ve diyare yer almaktadır (Kocataş ve Atalay 2000; Özen ve Çelik 2010). Hemşireler, hasta bireylerin gerekli miktarda sıvı tüketmelerini, posalı yiyecekleri içeren diyeti uygulamalarını, hareketli olmalarını ve düzenli boşaltım alışkanlıklarını sürdürmelerini sağlayarak kabızlık problemlerini önleyebilirler (Kocataş ve Atalay 2000).

Kişisel Temizlik ve Giyinme: Temizlik ve giyinme, kültürel ve ekonomik yapıyı etkileyen, kişisel alışkanlıklarla ilgili, değişik yapılara sahip aktivitelerdir. İnsanların iyi ve temiz görünümde olmasının kişinin özgüven duyması ve sosyal görevleri yönünden büyük önem taşımaktadır. Kişisel temizlik aktivitesi dâhilinde birey deri, ellerin temizliği ve bakımı ile ağız ve diş bakımını uygular. Giyinme aktivitesi ise kişinin bedensel korunmasının yanı sıra kültürel, geleneksel ve seksüel ifadeyi yansıtır (Samur, 2008).

Beden Sıcaklığının Kontrolü: Miyokard infarktüsü sonrası hastanın vücut ısını uygun tutacak giysiler giymelidir. Çünkü soğuk ve üşüme anında damarları daraltacağından hastanın göğüs ağrısı hissedilir derecede artış gösterebilir. Hastanın yatağı, oda ısısı normal ısıda olmalıdır. Hasta soğuk odada uyumamasına dikkat edilmelidir (Durmuş 1994).

Hareket: Kişinin yaşam aktiviteleri kapsamındaki önemli aktivitelerinden biridir çünkü diğer yaşam aktiviteleri ile ilişkili olup bağımlılık/ bağımsızlık dizgesini etkiler. Bu aktivitenin kısıtlandığı durumlarda kişide, fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan sorunlar getirir. Bireyin hareket etmesini, oturup kalkmasını, yürümesini ve koşmasını büyük kas grupları sağlar (Şit 2017). Miyokard infarktüsü sonrası hastalarda orta düzeyde yapılan egzersiz yeni bir MI riskini azaltmaktadır. Düzenli egzersiz aşırı kilo alımını önlemekte ya da fazla kiloları azaltmaktadır. Ayrıca kan basıncı ve kolesterolü de azaltmaktadır. Egzersiz yapan bireylerde HDL-kolesterolün yükseldiği (%8-23 oranında), LDL-kolesterol ve trigliserid oranının ise düştüğü saptanmıştır(Ades 2001; Kelley ve ark.2005; Irmak ve Fesci 2005).

Çoğunlukla kalp hızı 65-85/dk. arasında olan hastalara haftada en az 3-4 kez 30-45 dakikalık yürüme, tempolu yürüme ve bisiklete binme gibi farklı, orta yoğunluktan yüksek şiddete doğru, egzersizler tavsiye edilmektedir (Irmak ve Fesci 2005).

Çalışma ve Eğlenme: Ağır çalışma koşulları Genellikle kardiyovasküler hastalıklar için hem bir risk faktörü hemde iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Bazı bireyler çalışma yeteneklerini tamamen geri elde edebilseler de tam ya da yarı zamanlı dinlenmeye de genellikle ihtiyaç duyulabilir (Efe 2010). AMİ geçiren hastalar yaklaşık 8 hafta sonra işine başlayabilir. Hasta bireyin genel durumu iyi ve değişkenlik göstermiyorsa MI geçirdikten sonraki ikinci haftada uçak ile seyahat gerçekleştirebilir (Baran 2005; Enar 2005).

Cinselliği İfade Etme: Bireyin hastaneye yatmasıyla cinsel yaşamı çevreye bağlı olarak etkilenmektedir. Bununla birlikte cinselliği ifade etme aktivitesindeki bağımsızlık, fiziksel yetersizlik, diyabet, inkontinans fiziksel görünümü bozan işlemler gibi nedenlerden dolayı bu aktivite olumsuz etkilenir (Çeçen 2011; Çetinkaya 2019). Hastaların cinsel yaşamının farklılaşmasına sebep olan hastalıklardan biri miyokard infarktüsüdür. Kalp krizi sonrasında hem hastalar hem de eşleri cinsel aktivitede dahil olmak üzere tamamen normal hayatlarına geri dönme konusunda oldukça kaygılı ve kararsızdırlar (Yıldız ve Pınar 2004). Cinsel sorunların uygun tedavisi sadece cinsel ilişkide değil, yaşam kalitesinde de olumlu gelişme sağlar. Cinsel disfonksiyon ve kardiyovasküler hastalık risk sebepleri (yaş, erkek, postmenapozal kadın, hipertansiyon, diyabet, obezite, sigara kullanımı, dislipidemi, sedanter yaşam tarzı) arasında anlamlı bir ilişki vardır (Ayhan ve ark. 2010; Çamcı 2012). Miyokard infarktüsü sonrası cinsel aktivite 6 ve 8 hafta ertelenmesi tavsiye edilmektedir. Ama hastanın MI sonrası hareketsiz kalış zamanı artmışsa bazı hastalarda bu süre 3- 4 haftaya azalmaktadır. Tabiki hastanın önemli aritmisi, hipertansiyonu, kalp yetersizliği ve komplikasyonları varsa bu süre daha da uzatılabilir (Katz 2007).

Uyku: Tüm canlıların gereksinim duyduğu uyku aktivitesi; Günlük yaşamın belirli saatlerine uygun şekilde, düzenli olarak yaşanan, doğumdan başlayarak bireylerin büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini yardımcı olan bir dönemdir (Roper ve ark.2000). Hastaların iyileşme dönemlerinde kendilerini bedensel ve ruhsal olarak iyi hissedebilmeleri için uykunun olumlu etkilerine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Koroner arter hastalıklarında (KAH) ortaya çıkan şiddetli göğüs ağrısı ve düzensiz kalp

atım hızının aşırı halsizliğe sebep olduğu belirtilmiştir. Ayrıca şiddetli göğüs ağrısı ve düzensiz kalp atım hızının hastalara uykularında kalp krizi yaşayacakları kaygısı yaşatarak stres ve anksiyete düzeylerinin yükselmesine ve uykuda sorunlara yol açtığı vurgulanmıştır (Ahraz 2019; Yıldız ve Aydın 2013).

Ölüm: Ölüm, insan hayatının önemli bir dönemidir ve yaşam fonksiyonlarının kesin olarak sona ermesi şeklinde ifade edilir. Bireyin doğumu ve ölümü insanın kendi elinde olmayan ve kendisinin kontrol edemediği bir durumdur. Doğumun yaşamın başlangıcı olması gibi ölümün de hayatın sonu olması bilinmektedir. Ölüm tüm yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşamın bittiği noktaya ulaşır (Ay 2011; Roper ve ark. 2000). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2018 yılına ait ölüm nedenleri istatistikleri verileri arasında toplam 421164 ölümün, 45485 ölüm ile yani %10,8'sine miyokard infarktüsü neden olmuştur (TÜİK 2019).

2.4.1.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey'in Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Her insan yaşamı boyunca yaşam aktivitelerini yerine getirebilse de her insanda farklılık gösterir. Çünkü yaşam aktiviteleri biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politiko-ekonomik faktörlerden etkilenmektedir (Roper ve ark.2008; Şit 2017). Bunlar;

Biyo-fizyolojik Faktörler

Bireyin yaşı, cinsiyeti, genetik, sağlık/hastalık durumu, beden işlevlerinin durumu, alkol ve sigara kullanımı, ailede MI öyküsü ve yakınlık derecesi, obezite , fiziksel işlev bozukluğu ve benzeri durumlar Miyokard infarktüsü tanısı konan hastanın GYA'ni etkileyen biyo-fizyolojik faktörlerdir (Bulduk ve ark,2017; Canto ve ark.2011; Canto ve ark.2012; Güleç 2009).

Psikolojik Faktörler

Bireyin entellektüel becerileri, kişilik özellikleri, ruhsal durumu, tutum ve davranışları bireyin GYA'ni etkileyen psikolojik faktörlerdendir (Roper ve ark.2000). Psikolojik sorunlar bireylerin, kardiyovasküler sıkıntılar yaşamalarına sebep olabileceği gibi, kalp hastalıklarının olmasının da psikiyatrik sorunların varlığına sebep olacağı bilinmektedir (Reiter ve Tan 2003). Kalp hastalığı tanısı ile meydana gelen ani ölüm hissi kişilerde anksiyete ve depresyona sebep olur. Kardiyolojik ve psikolojik hastalıklar benzer semptomlara sahiptirler. Örneğin, AMİ esnasında hastada panik ve yoğun bir

anksiyete görülürken, panik atak geçiren bir hastada ise çarpıntı, göğsünde sıkışma hissi ve ölüm korkusu gibi belirtilerle karşılaşılabilir (Bulduk ve ark.2017).

Sosyo-Kültürel Faktörler

Kişinin içerisinde yer aldığı kültürü, eğitim seviyesi, inanç ve değerleri, içinde bulundukları sosyal yapının özellikleri, görev ve rolleri, sosyal ilişkileri GYA'ni etkiler (Roper ve ark.2000). Sosyokültürel durum kişinin hayatının spritüel, manevi ve etik kısımlarını açıklar. Sosyo-kültürel durum entelektüel ve emosyonel özellikler sayesinde yaşam aktivitelerinin yapılmasında önemli bir yere sahiptir (Şit 2017).

Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler modelin fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ve sosyo ekonomik tüm alanlarıyla etkilidir. Kişinin içerisinde yer aldığı alanın iklimi, coğrafi özellikleri, yapay çevre koşulları ve ev/ yaşadığı ortam özellikleri (organik ve inorganik parçacıklar, ışık ışınları, ses dalgaları gibi.) çevresel etkenleri oluşturur (Doğan 2014; Şit 2017).

Politiko-Ekonomik Faktörler

Yaşam biçimindeki köklü değişiklikler ile birlikte makineleşmenin artışıyla günlük bedensel aktivite miktarı azalmış, günlük kalori alımı artmış ve sigara kullanımı yaygınlaşmıştır ve bundan dolayı kalp damar sorunlarında artış görülmüştür (Özdemir 2009).

Miyokard infarktüsü tanısı olan bireyin iş gücü kayıpları yaşaması, sonuçta getirdiği ekonomik yük ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi nedeniyle ciddi bir sağlık problemi ve sosyal sorun şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Kavradım ve Özer 2016).

2.4.1.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Birey Ve Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi

Yaşam modelinin bu ögesi, yaşam süresi ve yaşam aktiviteleri ile doğrudan ilişkilidir. İnsanlar yaşam sürelerinin farklı kısımlarında bağımlı ya da bağımsız olabilirler (Çeçen 2011; Roper ve ark.2000). MI bireylerin tüm boyutlarını olumsuz etkileyerek hastalarda fiziksel sorunların yanında çeşitli stresörler ve psikososyal zorluklarla da karşılaştırmaktadır (Kavradım ve Özer 2016).

2.4.1.5. Akut Miyokard İnfarktüsü Olan Birey Ve Yaşamda Bireysellik

Yaşamda bireysellik kavramı bireye özgü olup, her bireyin bilgi değer, inanç ve davranışlarına göre yaşam aktivitelerini birbirinden farklı bir biçimde yaptığını

göstermektedir (Acaroğlu ve ark.2008). Bireysellik, modelin diğer öğelerinin yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerinin ve bunlar arasındaki karşılıklı etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Yaşam aktivitelerinin yerine getirmede her birey bireyselliği, yaşam süreci ve bağımlılık/bağımsızlık durumu ile oluşturur ve biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörlerle biçimlendirir (Şit 2017).

2.4.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Hastaların Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı Türk Dil Kurumu Sözlükleri'nden Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'ne (2015) göre hemşirelik süreci; "Sağlıklı veya hasta birey, aile ve toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan ve birbirini tamamlayan veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan sistematik sorun çözme yöntemi, hemşirelik bakım planı" olarak tanımlanmaktadır (<http://tdk.gov.tr/>).

2.4.2.1. Tanılama

Tanılananın amacı sağlıklı/ hasta bireyin algılanan gereksinimleri, sağlık sorunları ve bu sorunlara verdikleri yanıtlar konusunda veri toplanması, verilerin organize edilerek yorumlanması, değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ayrıca bireylerden toplanan objektif ve subjektif veriler; sağlık bakımı sistemi ile ilgili tecrübelerini, sağlık uygulamalarını, amaçlarını, değerlerini ve taleplerini ortaya çıkarır (Potter ve Perry 2013).

Hemşirenin tanılama yapma hedefleri aşağıda belirtilmiştir:

- Bireye ait bilgilere ulaşarak normal beden işlevlerini belirlemek,
- Bireyin işlev bozukluğu tehlikesini belirleyerek bozukluğunun varlığını veya yokluğunu belirlemek,
- Bireyin hastalık durumundaki zorluklara karşı güçlü yönlerini ve gücünü belirlemek,
- Hemşirelik tanısı aşaması için veri elde etmektir (Kaya 2014).

2.4.2.2. Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik tanı aşaması, hemşirelik sürecinin ikinci aşamasıdır. Bu aşamada belirlenen hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimlerine temel oluşturur. Kişinin karşılaştığı sorunları uygun bir şekilde çözüm bulması için hemşirelik tanısının doğru

yapılması gerekir. Hemşirelik tanısının belirlenmesi, elde edilen tüm verilerin analizine bağlıdır. Bu kısım tanılama aşmasıyla ilişkili olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için uygun adımların atılmasında önemlidir (Karadovan ve Yeşilovan 2004).

Hemşirelik tanıları, hemşirenin bağımsız şekilde doğru hemşirelik girişimleri ile sağlık sorunlarını önlemek, azaltmak ya da çözümlmek için yasal olarak kullanmaya yetkili olduğu, birey/aile/grupların mevcut yada risk sağlık sorunlarıdır. Hemşirelik tanısı, hemşirenin yetki ve yeterliliğinde olan ve sonuçlara ulaşmak için gerekli hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine zemin oluşturmaktadır. Hemşirelik tanısı klinik bir kararı tanımlamaktadır (NANDA-I 2015-2017; Perry ve Hall 2013).

MI tanısı olan bireylerde bireyselleştirilmiş bakımı kapsamında sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanıları;

- Akut Ağrı
- Bozulmuş Gaz Alışverişi
- Anksiyete
- Sıvı volüm dengesizliği riski
- Kardiyak outputta azalma
- Uyku örüntüsünde bozulmadır (Kurt ve ark.2016; NANDA-I 2015-2017; Özer ve Demir 2012; Şit 2017)

2.4.2.3. Planlama

Hemşirelik sürecinin bu aşamasında hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yer verilmektedir. Beklenen sonuçların/hedeflerin olabilmesi için girişimlerin kararlaştırıldığı, hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılmasıdır. Hemşirelik girişimleri amaç ve sonuçlar belirlendikten sonra oluşturulur. Bu aşama bireye özgü nasıl bakım verileceğine karar alma sürecidir. Bireyin gereksinimlerini gözden geçirmeye devam etmek ve bireyin gereksinimlerine göre bakım önceliklerini belirlemek, girişimlerin planlanması hedeflenmektedir (Birol 2013; Sabuncu 2009; Şendir ve ark. 2012; Yıldırım ve Koç 2013).

Bu bölümde Mİ tanısı olan bireyin bireyselleştirilmiş bakımı kapsamında sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanılarına özgü; tanımlayıcı özellikler, ilişkili faktörler, amaç/beklenen sonuçlar ve hemşirelik girişimleri ile birlikte ele alınacaktır.

AKUT AĞRI

Tanımlayıcı Özellikler: Substernal ya da prekordiyal yanma, baskı şeklinde tanımlanan ani göğüs ağrısının var olması.

İlişkili Faktörler: Miyokardın oksijen ihtiyacı ile miyokarda giden oksijen miktarı arasındaki dengesizlikle ilişkili iskeminin olması.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Ağrıyı azaltmak ve kardiyak iş yükünü azaltmak

Hemşirelik Girişimleri:

- Göğüs ağrısı olan bireylerde ilk aşamada 5-10 dakika içerisinde EKG çekilmelidir.
- Havayolu, solunum ve dolaşım kontrolünün ve yaşam bulguları değerlendirilerek kardiyak monitörizasyon yapılır.
- Analjezik ilaçların damar yolundan verilebilmesi için intravenöz kateter açılır.
- Bireyin gereksinimi doğrultusunda O2 tedavisine başlatılır..
- Hasta yatak istirahatine alınmalı, hastanın durumunda sakınca yoksa ilk 24 saat içerisinde ayağa kaldırılmalı ve aşamalı olarak mobilize edilir.
- Hastadan göğüs ağrısına dikkate alınarak ağrı tanınması yapılır ve hayatı tehdit eden durumların varlığı belirlenir.
- Hekim istemi doğrultusunda, miyokardın oksijen ihtiyacını azaltan beta blokerler ve ACE inhibitörleri günlük uygun dozda verilir (Canlı ve Demir 2012; Kurt ve ark.2016; NANDA-I 2015-2017).

BOZULMUŞ GAZ ALIŞVERİŞİ

Tanımlayıcı Özellikler: Hızlı, yüzeysel, düzensiz solunum ile birlikte kuru öksürük veya kanlı köpüklü balgamin olması. Solunum sayısı 25/dk. ve üstü olması, siyanoz (el ve ayak parmakları, tırnaklar ve dudaklar), SaO2 % 83 altında olması, nabız hızı: 110/dk. ve üstü olması, nabız dolgunluğunun zayıf olması ve uyku halinin görülmesi.

İlişkili Faktörler: Koroner damarlarda tıkanma ile ilişkili doku perfüzyonunda dengesizliğin olması

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Bireyin, solunum hızı ve akciğerlerdeki gaz değişiminde iyileşme sağlama

Hemşirelik Girişimleri:

- Solunum sayısı ve ritmi incelenir.
- Hekim istemine göre oksijen tedavisi uygulanır.
- Bireyin pulmoner alveollerinin genişlemesi için hastaya sık sık pozisyon değiştirmesi ve derin nefes alıp vermesi veya Spirometri kullanması öğretilir.
- Pulmoner sekresyonların atılımı için postüral drenaj yapılır.
- Ağızda kan kusmuk gibi yabancı cisimler varsa ağız içi bakım verilir, aspire edilen hava nemlendirilir.
- Serebral hipoksemiye gösteren anksiyete, huzursuzluk gibi belirtiler takip edilir.
- Ekstremiteler ısı, renk, nabız açısından değerlendirilerek periferel perfüzyon gözlenir (Aslan 2014; Kurt ve ark,2016; NANDA-I 2015-2017).

ANKSİYETE

Tanımlayıcı Özellikler: Huzursuz ve heyecanlı görünüm, bireyin devamlı soru sorması ve diğer insanlarla iletişimin bozulması, nabız ve solunum hızında artış, uykusuzluk, titreme, terleme.

İlişkili Faktörler: MI belirtilerinin bireyde yarattığı hislere, yaşam biçimi ve yaşamdaki rollerin değişimine, tedavi rejimini, tanı ve işlemleri anlamamaya ve gelecek kaygısına bağlı korku ve anksiyetenin oluşması

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

Hastanın daha az endişeli olduğunu ifade etmesi, endişelerini açıklaması, günlük yaşam aktiviteleri yönetiminde işbirliği yapması sağlanacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Tüm insanların zaman zaman anksiyete ile karşılaştığını hasta bireye açıklamalı.
- Tırnak ısırma, uykusuzluk, parmaklarını vurma korkularını ifade etme gibi anksiyetenin varlığı ile ilgili durumlar değerlendirilir.
- Bireye yapılacak uygulamalar açısından bilgi verilir.
- Sessiz ve rahat bir ortam sağlanır.
- Duygularını açıklaması için birey cesaretlendirilir.

- Hasta ailesinin bakıma katılımı sağlanır(Canlı ve Demir 2012; Şit 2017; NANDA-I 2015-2017).

SIVI VOLÜM DENGESİZLİĞİ

Tanımlayıcı Özellikler: Ödem, aldığı sıvı miktarının çıkardığından fazla olması, yüzeysel solunum, vücut ağırlığında artış, susuzluk ve kusmanın olması

İlişkili Faktörler: Yetersiz sıvı alımı, bulantı, sıvı tedavisi, radyoopak madde kullanımı, renal perfüzyonun bozulma riskine ve kardiyak outputta azalmaya bağlı sıvı volüm dengesizliğinin oluşması.

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

Hastanın deri turgorunun, kan basıncı, kandaki üre miktarının ve hematokrit değerlerinin normal sınırlarda olması, aldığı ve çıkardığı sıvı arasında denge olması, yeterli sıvı volümünün sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:

- Sıvı volüm fazlalığı belirti ve bulguları(yaygın ödem,vücut ağırlığının fazla olması) değerlendirilir.
- Hekim istemiyle diüretik ilaçla verilerek sıvı volüm fazlalığı azaltılır.
- Sıvı kısıtlaması yapılarak hücreler arası sıvının hücre içine girmesi sağlanır.
- Sıvı volüm eksikliği/ fazlalığına yönelik; aldığı-çıkardığı sıvı takip edilir, değerlendirilir ve kaydedilir. Aldığı/çıkardığı sıvı takibi hesaplamasında hissedilmeyen sıvı kayıplarında göz önünde bulundurulur.
- Günlük kilo takibi yapılır.
- Kan basıncı, solunum ve kalp hızının monitör takibi yapılır.
- Kusma, diyare, ateş, tüpler ve drenlerle ilgili sıvı kayıpları kayıt edilmeli.
- Çay, kahve ve diüretik etkiye sahip olduğu ve sıvı kaybına neden olduğu hastaya açıklanmalı(Butcher ve ark.2018; Carpenito-Moyet 2012; Kurt ve ark.2016; NANDA-I 2015-2017).

KARDİYAK OUTPUTTA AZALMA

Tanımlayıcı Özellikler: Taşikardi, yorgunluk, çarpıntı, huzursuzluk, mental değişiklikler, ödem ve siyanotik durumların olması

İlişkili Faktörler: Uzun süren ve şiddetli miyokard iskemisinin sonucu kalbin mekanik ya da elektriksel disfonksiyonu

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

Organ ve doku perfüzyonunun sürdürülmesi için hemodinamik stabilitenin sağlanması ve kardiyak debinin uygun düzeyde olması

Hemşirelik Girişimleri:

- Nabız hızı ve ritmi, kalp sesleri, kan basıncı, perifer nabızların durumu değerlendirilir, kaydedilir ve normal değerlerde olup olmadığı kontrol edilir.
- Solunum hızında artma/azalma durumu takip edilir. Solunum sesleri dinlenir.
- Kan basıncında artma/azalma gözlemlenir. Kalp sesleri dinlenilir.
- Derinin durumu (soğuk, nemli, siyonotik) değerlendirilir.
- Oksimetre cihazı ile oksijen saturasyon ölçümü yapılır.
- Enerji tüketimini azaltmak için yatak istirahatine alınır, fowler pozisyonu verilir ve hekim istemine göre oksijen uygulanır,
- Hastanın beslenme gereksinimleri değerlendirilir, vücutta sıvı volümünü azalttığı için sodyum kısıtlaması yapılır ve birey enteral beslenmediği durumlarda hekim istemiyle parenteral nutrisyon şeklinde hasta beslenir(Herdman ve Kamitsuru 2015; Kaplov ve Hardin 2007; NANDA-I 2015-2017; Şit 2017).

UYKU ÖRÜNTÜSÜNDE BOZULMA

Tanımlayıcı Özellikler: Yorgunluk, sık sık esneme, gözlerinin altında koyu halkalar oluşması, dikkat dağınıklığı, uykuya dalmakta ve uyumada güçlük.

İlişkili Faktörler: Ağrı, anksiyete, hastalığın etkileri, hastane ortamının fiziksel koşulları, yoğun tedavi uygulamaları

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Uyku düzenin yeniden sağlanarak uyku kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin anksiyetesini azaltmak için dikkati başka yöne çekme, progresif gevşeme gibi girişimler yapılır
- Gün boyunca bireyin durumuna özgü olarak tolere ettiği ölçüde fiziksel aktivite artırılır

- Bireyin kaslarının rahat olduğu şekilde anatomik pozisyon alması konusunda desteklenir
- Hasta odasına giren kişi sayısı azaltılır; dinlendirici, sessiz ve sakin bir ortam hazırlanır,
- Odada kullanılmayan araç-gereç (oksijen, aspirasyon aletleri) kapalı tutulur,
- Bireyin kendini ifade etmesi için cesaretlendirilir
- Hasta ile ilgili rapor sunumları ve tartışma hastadan uzak bir yerde yapılır
- Uyumadan önce gerçekleştirilen uygulamalar (duş/ banyo yapma olanağı sağlama ya da banyo gerçekleştiremeyen bireylere akşam bakımı/ yatak banyosu verme, kitap okuma / müzik dinleme imkanı sağlama vb.) hastanede devam etmesi sağlanır (Canlı ve Demir 2012; Demir 2011; NANDA-I 2015-2017).

2.4.2.4. Uygulama

Bu aşamada amaç/beklenen sonuçlar ve girişimler kontrol edilmeli, öncelikler belirlenmeli, uygulama öncesinde hasta birey bilgilendirilerek gerekli onamlar alınmalıdır. Uygulama aşamasına geçmeden hemşire bireyi ve bakım planını incelemeli, kullanacağı araç ve gereci hazırlayarak istenmeyen durumlara karşı dikkatli olarak girişimleri uygulama başlamalıdır (Kaya 2014; Roper ve ark.2000).

2.4.2.5. Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, hemşire birey ve ailesi ile işbirliği yaparak uygulanan bütüncül bakım sonucunda, amaç ve beklenen sonuçlara ulaşılıp ulaşılmadığını, bireyin durumunda bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilir. Değerlendirmede sonuç olumsuz ise, çözümlenmeyen sorun-gereksinim için yeniden plan yapılması gerekir. Böylece hemşirelik süreci aşamalarına tekrar dönülür (Acaroğlu ve ark.2008; Birol 2013; Kaya 2014)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma, Akut Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların hastalık algılarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1. AMİ geçiren hastaların bireysel özellikleri nedir?
2. AMİ geçiren hastaların hastalığa ilişkin özellikleri nedir?
3. AMİ geçiren hastaların hastalık algıları hangi düzeydedir?
4. AMİ geçiren hastaların yaşam kalitesi hangi düzeydedir?
5. AMİ geçiren hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

3.2.1. Bağımsız Değişkenler:

Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı olan bireylerin bireysel özelliklerine ilişkin bulguları (yaş, cinsiyet, evde yaşayan birey sayısı vb.) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.2.2. Bağımlı Değişkenler:

Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı olan bireylerin hastalık algısı ve yaşam kalitesi bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Haziran 2019–Eylül 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği’nde gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan akut miyokard infarktüsü tanısı konmuş 1306 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesine yönelik yapılan evreni bilinen örnekleme hesaplanmasına göre; %95 güven aralığında ve %5

örnekleme hatası ile çalışmaya 297 hastanın alınması planlanmış olup çalışmaya 301 hasta alınmıştır.

Örneklem grubuna alınacak hasta bireylerin seçiminde aşağıda belirtilen kriterler dikkate alındı. Hasta bireyin;

- Akut Miyokard İnfarktüsü tanısının en az 6 ay önce konulmuş olması,
- Soruları cevaplamaya yönelik herhangi bir görsel, bilişsel ya da işitsel engelinin bulunmaması ve
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmesidir.

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; ‘Bireysel Tanıtıcı Bilgi Formu, ‘Hastalık Algısı Ölçeği’ ve ‘Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği’ kullanıldı.

3.5.1.1. Bireysel Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Bireysel Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmaya dahil edilecek bireylerin bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatürden yararlanarak, araştırmacı tarafından iki bölüm şeklinde hazırlanmıştır (Ahraz 2019; Aktaş 2010; Şit 2017; Uysal ve ark.2009). Bireysel özellikler bölümü, araştırma örneklemine alınacak hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumu gibi bireysel özelliklere ait 11 sorudan oluşmaktadır. Hastalığa ilişkin özellikler bölümü ise AMİ tanı süresi, göğüs ağrısı şikâyeti ile daha önce hastaneye başvurma durumu gibi hastalık özelliklerine ait 4 sorudan oluşmaktadır.

3.5.1.2. Hastalık Algısı Ölçeği (EK-2)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ilk olarak 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hastalık Algısı Ölçeği hastalık temsiliinin beş alanı olan; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik alanlarının niceleyici ölçümünü gerçekleştirmek üzere geliştirilmiştir (Weinman 1996). Ölçek, Moss- Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında revize edilmiştir. HAÖ; *Hastalık Tipi*, *Hastalık Hakkındaki Görüşleri*, *Hastalık Nedenleri* olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, toplam 70 maddeden oluşmaktadır (Moss-Morris ve ark.2002). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması, 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Kocaman ve arkadaşları’nın çalışmasında

cronbach alfa katsayıları; *Hastalık Nedenleri* alt boyutu için 0,89, *Hastalık Hakkındaki Görüşler* alt boyutu için 0,69-0,77 ve *Hastalık Nedenleri* alt boyutu için 0,25-0,72 olarak bulundu (Kocaman ve ark. 2007). Bu araştırmada ise cronbach alfa katsayılarının; *Hastalık Nedenleri* alt boyutu için 0,80, *Hastalık Hakkındaki Görüşler* alt boyutu için 0,69-0,88 ve *Hastalık Nedenleri* alt boyutu için 0,35-0,65 olduğu belirlendi.

Ölçeğin boyutları;

Hastalık Tipi Boyutu: Hastalıklarda sıklıkla görülen “ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı” 14 hastalık belirtisini içerir. Hastalara; 14 belirtinin her biri için “hastalığın başlangıcından bu yana olup olmadığı” ve “bu belirtileri hastalığı ile ilişkili görüp görmediği” sorulmaktadır. Sorulara evet ya da hayır olarak cevap verilmektedir. Ölçeğin bu boyutunun değerlendirilmesi; hastanın her bir belirtiyi hastalığı ile ilişkili görüp görmediği sorusuna verilen evet cevaplarının toplamı ile değerlendirilir.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Bu boyut *akut/kronik süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, döngüsel süre* ve *duygusal temsiller* olmak üzere 7 alt boyut ve 38 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye verilen cevaplar “1: kesinlikle böyle düşünmüyorum” ile “5: kesinlikle böyle düşünüyorum” arasında değişen Beşli Likert tip ölçüm ile değerlendirilmektedir. Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Bu boyuttaki alt boyutlardan alınan puan ortalaması 1 ile 5 puan arasında değişmektedir. *Süre* alt boyutu, bireyin hastalığına ilişkin süre ile ilgili algılarını inceler ve bu alt boyut akut, kronik ya da döngüsel olarak gruplanır. *Sonuçlar* alt boyutu, hastanın hastalık şiddeti, hastalığın hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası yanıtıyla ilgili inançlarını araştırır. *Kişisel kontrol* alt boyutu; hastanın hastalık süresinin, seyrinin ve tedavisinin üzerindeki iç kontrol algısını inceler. *Tedavi kontrolü* alt boyutu, uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin hastanın inançlarını inceler. *Hastalığı anlayabilme* alt boyutu, hastanın hastalığını anlama/ kavrama düzeyini araştırır. *Duygusal temsiller alt boyutu* ise hastanın hastalığıyla ilgili hissettiklerini anlamaya çalışır.

Hastalık Nedenleri Boyutu: Hastanın, hastalığının oluşumundaki olası nedenlerine ilişkin düşüncelerini araştıran 18 madden oluşmaktadır. *Psikolojik atıflar*, risk

faktörleri, bağışıklık, ve kaza/sans olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlara “1: kesinlikle böyle düşünmüyorum” ile “5: kesinlikle böyle düşünüyorum” arasında değişen Beşli likert tipi ölçüm ile cevap verilmektedir.

3.5.1.3. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS-Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale) (EK-3)

Thompson ve ark.(2002) tarafından geliştirilen Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği, miyokard infarktüsü geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumu ölçümlerinin yapılabilmesi ve uygulanan tedavilerin, fonksiyonel ve iyilik durumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi için yararlı ve yüksek oranda güvenilir bir araç olarak gösterilmiştir (Thompson ve ark.2002).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Uysal ve arkadaşları (2009) tarafından ilk kez miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yapılmış ve cronbach alfa katsayısı; 0,38-0,83 olduğu görüldü (Uysal ve ark.2009). Bu araştırmada ise cronbach alfa katsayısı 0,40-0,89 olarak saptandı.

Miyokard infarktüsü sonrası sağlık durumunun yedi alt boyutunun ölçüldüğü 35 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyutlar şunlardır: Fiziksel aktivite (12 madde), güvensizlik (9 madde), duygusal tepki (4 madde), bağımlılık (3 madde), beslenme şekli (3 madde), ilaç hakkında endişeler (2 madde), ilaç yan etkileri (2 madde). Hastadan her bir sorunun yanıtı için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” cevaplarından kendisi için en uygun olanını seçmesi istenir. Ölçekte her soru, "0" dan "100" e kadar puanlanmıştır. Ölçek toplam puanının "0" olması en iyi sağlık durumunu, "100" olması ise en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir (Thompson ve ark.2002; Uysal ve ark.2009).

3.5.2. Veri Toplamada İzlenen Yollar

Araştırma verileri, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlandı. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı, süresi ve hastalardan ne beklenildiği açıklandı. Bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözel ve yazılı olarak izin alındı, yüzyüze görüşme yöntemi ile veri toplandı.

3.5.3. Araştırmanın Etik Yönleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı, içeriği, süresi, yararları, elde edilen verilerin nerede kullanılacağı konusunda bilgi verilerek

isteklilik ve gönüllük ilkeleri doğrultusunda, araştırmaya katılımları için sözel ve yazılı (Bireysel Tanıtıcı Formu) olarak izin alındı (EK-1).

- Araştırmada, ölçeklerin kullanılabilmesi için, ölçeği ve geçerlik/güvenirliğini geliştiren yazarlardan izin alındı (EK-4, EK-5).
- Araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin alındı (EK-6).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için SBÜ Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi etik kurul komisyonundan etik kurul onayı alındı (EK-7).
- Hastalara, alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı ya da bu bilgilere araştırmacı dışında kimsenin ulaşamayacağı ve araştırma amacı dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

3.5.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows, Version 22,0) paket programı kullanıldı. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) testi sonucu kullanılmıştır. ANOVA testinde grup farklılıkları için varyans homojenliği sağlanıyorsa Tukey HSD, sağlanmıyorsa Tamhane çoklu grup karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Tüm test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönleri, veri toplama sırasında hastaların araştırmaya ilgilerinin fazla olması, hastalık algılarının anlaşılabilirliği iyi ve kapsamlı olan bir ölçek ile ölçülmesi ve hastalıklarına özgü yaşam kalitelerini nasıl geliştirebilecekleri hakkında gereksinimlerinin saptanmasıdır. Araştırmanın sınırlılığı, araştırma tek bir kurumda yapıldığı için örneklem sayısının az olması ve popülasyon açısından sonuçların ancak bu evrene genellenebilir olmasıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde Akut Miyokard İnfarktüsü tanısı olan hastaların; hastalık algılarını ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmanın bulguları beş bölümde ele alındı.

Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Geçiren Hastaların Hastalık Algısı

- Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan ortalamalarına İlişkin Bulgular
- Bireysel Özelliklere Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

- Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puanlara İlişkin Bulgular
- Bireysel Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde bireysel özelliklere ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular (N=301)

		Min-Maks	Ort.±Ss
Yaş yılı		45-77	59,04±5,56
		N	%
Cinsiyet	Kadın	153	51,0
	Erkek	148	49,0
Yaş	60 yaş altı	123	41,0
	60 ve üzeri	178	59,0
Medeni durum	Evli	230	76,0
	Diğer	71	24,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	144	47,8
	İlkokul mezunu	92	30,6
	Ortaokul	32	10,6
	Lise	23	7,6
	Yüksekokul fakülte mezunu	8	2,7
	Lisansüstü	2	0,7
Meslek	İşçi	33	11,0
	Memur	25	8,3
	Serbest meslek /esnaf	49	16,3
	Emekli	14	4,6
	Ev hanımı	43	14,3
	Çalışmıyor	137	45,5
Ekonomik durum	İyi	63	21,0
	Orta	216	72,0
	Kötü	22	7,0
Yaşam yeri	İl	114	38,0
	İlçe	121	40,0
	Köy/kasaba	66	22,0
Hane halkı sayısı	1-4 arası	107	35,5
	5-6 arası	83	27,5
	7 ve üzeri	111	37,0
Tanı öncesi sigara içme durumu	Evet	186	62,0
	Hayır	115	38,0
Tanı sonrası sigara kullanmaya devam etme durumu	Evet	52	17,0
	Hayır	249	83,0
Alkol kullanımı	Evet	6	2,0
	Hayır	295	98,0

Araştırmaya katılan bireylerin %51'i nin (n=153) kadın, %41'inin (n=178) 60 yaşın altında, %76'sının (n=230) evli, %30,6'sının (n=144) ilkokul mezunu, %45,5'inin (n=137) hiç çalışmadıkları, %72'sinin (n=216) ekonomik durumlarının orta düzeyde

olduğu, %40'ının (n=121) ilçede yaşadıkları, %37'sinin (n=111) hane halkındaki birey sayısının 7 birey ve üzerinde olduğu görüldü. Ayrıca bireylerin %62'sinin (n=186) tanı öncesi sigara içtikleri, tanı öncesi sigara içenlerin ise %17'sinin (n=52) tanı sonrası sigara içmeye devam ettikleri ve %98'inin (n=295) alkol kullanmadıkları belirlendi.

4.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastalık özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=301)

		N	%
KAH/ AMİ tanı konma zamanı	1 yıl	73	24,3
	2 yıl	94	31,2
	3 yıl	88	29,2
	4 yıl ve üzeri	46	15,3
Daha önce göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye başvuru	Evet	159	52,8
	Hayır	142	47,2
Ailede kalp hastası	Yok	139	46,2
	Var	162	53,8
Eşlik eden hastalık durumu	Yok	78	25,9
	Var	223	74,1

Araştırmaya katılan bireylerin %24,3'ü (n=73) 1 yıldır, %31,2'si (n=94) 2 yıldır, %29,2'si (n=88) 3 yıldır ve %15,3'ü (n=46) 4 yıl ve üzeri süredir MI tanısı konulduğu saptandı. Bireylerin %52,8'inin (n=59) daha önce göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye başvurdıkları, %53,8'inin (n=162) ailesinde kalp hastalığı ve %74,1'inin (n=223) eşlik eden hastalığının olduğu belirlendi.

4.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) alt boyut puan ortalamalarına (Tablo 4.3), bireysel özelliklere göre HAÖ'nün *Hastalık Tipi*, *Hastalık Hakkındaki Görüş*, *Hastalık Nedenleri* alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasına (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6) ve hastalık özelliklerine göre *Hastalık Tipi*, *Hastalık Hakkındaki Görüş*, *Hastalık Nedenleri* alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasına (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9) ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.3: Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=301)

	N	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum
Hastalık tipi	301	6,65	1,93	3,0	29,0
Hastalık Hakkındaki Görüş					
Akut kronik süre	301	14,94	1,50	9,0	21,0
Sonuçlar	301	22,59	2,65	12,0	27,0
Kişisel kontrol	301	18,72	1,83	12,0	26,0
Tedavi kontrolü	301	15,98	2,22	12,0	25,0
Hastalığı anlayabilme	301	10,92	3,07	5,0	22,0
Döngüsel süre	301	12,49	1,56	8,0	17,0
Duygusal temsiller	301	19,53	2,42	14,0	29,0
Hastalık Nedenleri					
Psikolojik atıflar	301	15,51	3,05	8,0	28,0
Risk etkenleri	301	20,74	2,02	15,0	27,0
Bağıışıklık	301	8,65	1,35	5,0	14,0
Kaza Şans	301	4,60	1,17	2,0	9,0

Araştırmada bireylerin HAÖ ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde; *Hastalık Tipi* alt boyut ortalama puanının 6.65 ± 1.93 olduğu, *Hastalık Hakkındaki Görüşleri* alt boyutunda en fazla puan ortalamasının Sonuçlar maddelerinden (22.59 ± 2.65) ve en düşük puan ortalamasının Hastalığı Anlayabilme maddelerinden (10.92 ± 3.07) alındığı, *Hastalık Nedenleri* alt boyutunda en fazla puan ortalamasının Risk Etkenleri maddelerinden (20.74 ± 2.02) ve en düşük puan ortalamasının Kaza/Şans maddelerinden (4.60 ± 1.17) alındığı belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarından Hastalık Tipi Puan Ortalamasının Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=301)

		N	Hastalık Tipi $\bar{X} \pm S.S.$	t/F	P
Cinsiyet¹	Kadın	153	6,51 $\pm$ 1,17	(-0,289)	(0,773)
	Erkek	148	6,55 $\pm$ 1,08		
Yaş¹	60 yaş altı	123	6,81 $\pm$ 1,28	(3,547)	(0,000**)
	60 ve üzeri	178	6,33 $\pm$ 0,96		
Medeni durum¹	Evli	230	6,47 $\pm$ 1,12	(-1,512)	(0,131)
	Diğer	71	6,70 $\pm$ 1,11		
Eğitim durumu²	Okur yazar değil	144	6,32 $\pm$ 0,97	(3,865)	(0,004**)
	İlk okul mezunu	92	6,60 $\pm$ 1,15		
	Ortaokul	32	6,88 $\pm$ 1,48		
	Lise	23	6,70 $\pm$ 1,11		
	Yüksek okul fakülte	10	7,40 $\pm$ 1,17		
	mezunu/lisansüstü				
Meslek²	İşçi	33	6,52 $\pm$ 1,25	(1,995)	(0,079)
	Memur	25	6,96 $\pm$ 1,14		
	Serbest meslek /esnaf	49	6,67 $\pm$ 1,49		
	Emekli	14	6,57 $\pm$ 1,09		
	Ev hanımı	43	6,72 $\pm$ 1,03		
	Çalışmıyor	137	6,34 $\pm$ 0,93		
Ekonomik durum²	İyi	63	6,81 $\pm$ 1,15	(2,541)	(0,080)
	Orta	216	6,45 $\pm$ 1,11		
	Kötü	22	6,50 $\pm$ 1,10		
Yaşam yeri²	İl	114	6,67 $\pm$ 1,04	(1,954)	(0,143)
	İlçe	121	6,38 $\pm$ 1,19		
	Köy/kasaba	66	6,56 $\pm$ 1,12		
Hane halkı sayısı²	1-4 arası	107	6,57 $\pm$ 0,91	(1,333)	(0,265)
	5-6 arası	83	6,65 $\pm$ 1,13		
	7 ve üzeri	111	6,40 $\pm$ 1,29		
Tanı öncesi sigara içme durumu¹	Evet	186	6,58 $\pm$ 1,15	(0,923)	(0,357)
	Hayır	115	6,45 $\pm$ 1,09		
Tanı sonrası sigara kullanma durumu¹	Evet	52	6,94 $\pm$ 1,33	(2,958)	(0,003**)
	Hayır	249	6,44 $\pm$ 1,06		
Alkol kullanımı¹	Evet	6	7,00 $\pm$ 1,26	(1,039)	(0,300)
	Hayır	295	6,52 $\pm$ 1,12		

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, **p $\leq$ 0,01

Araştırmaya katılan bireylerin Hastalık Algısı alt boyutlarından *Hastalık Tipi* puan ortalamasının bireysel özelliklere göre değerlendirildiğinde, Tablo 4.4'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından *Hastalık Tipi* alt boyut puan ortalamalarının: **cinsiyet, medeni durum, meslek, ekonomik durum, yaşam yeri, hane halkı sayısı, tanı öncesi sigara içme durumu ve alkol kullanımı** açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

60 yaşın altındaki bireylerin *Hastalık Tipi* puan ortalamasının ($6,81 \pm 1,28$), ileri derecede anlamlı olarak 60 **yaş** ve üzerindeki kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu gözlemlendi ($t:3,547$; $p:0,000 \leq 0,01$).

Araştırmada *Hastalık Tipi* puan ortalamaları ile bireylerin **eğitim durumları** arasında ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($F:3,865$; $p:0,004 \leq 0,01$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, yüksekokul/fakülte/lisansüstü eğitim düzeyindeki kişilerin *Hastalık Nedenleri* puan ortalamalarının ($7,40 \pm 1,17$), anlamlı olarak okur-yazar olmayan ($6,32 \pm 0,97$) ve ilkokul mezunu bireylerin puan ortalamalarından ($6,60 \pm 1,15$) yüksek olduğu saptandı.

Tanı sonrası sigara kullanımına devam eden bireylerin *Hastalık Tipi* puan ortalamalarının ($6,94 \pm 1,33$), ileri derecede anlamlı olarak sigara kullanımına devam etmeyen bireylerin puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlendi ($t:2,958$; $p:0,003 \leq 0,01$).

Tablo 4.5: Bireysel Özelliklere Göre HAÖ'nün Hastalık Hakkındaki Görüş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)

		N	Akut kronik süre		Sonuçlar		Kişisel kontrol		Tedavi kontrolü		Hastalığı anlayabilme		Döngüsel süre		Duygusal temsiller	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Cinsiyet ¹	Kadın	153	14,92 ± 1,48	-0,218	22,64 ± 2,56	0,349	18,61 ± 1,69	-1,058	15,92 ± 2,30	-0,542	10,78 ± 2,97	-0,799	12,61 ± 1,61	1,426	19,56 ± 2,45	0,150
	Erkek	148	14,96 ± 1,53	(0,827)	22,53 ± 2,74	(0,727)	18,83 ± 1,96	(0,291)	16,05 ± 2,14	(0,588)	11,07 ± 3,19	(0,425)	12,36 ± 1,50	(0,155)	19,51 ± 2,40	(0,881)
Yaş ¹	60 yaş altı	123	14,80 ± 1,81	-1,291	22,26 ± 2,99	-1,719	18,87 ± 2,03	1,160	16,31 ± 2,84	1,938	11,63 ± 3,13	3,354	12,56 ± 1,57	0,670	19,52 ± 2,58	-0,086
	60 ve üzeri	178	15,04 ± 1,25	(0,198)	22,81 ± 2,36	(0,087)	18,61 ± 1,67	(0,247)	15,76 ± 1,63	(0,054)	10,43 ± 2,95	(0,001*)	12,44 ± 1,55	(0,503)	19,54 ± 2,31	(0,931)
Medeni durum ¹	Evli	230	15,02 ± 1,41	1,430	22,65 ± 2,60	0,705	18,57 ± 1,65	-2,168	15,86 ± 2,06	-1,514	10,90 ± 2,93	-0,195	12,50 ± 1,54	0,145	19,45 ± 2,32	-1,066
	Diğer	71	14,69 ± 1,76	(0,156)	22,39 ± 2,81	(0,481)	19,20 ± 2,26	(0,033*)	16,38 ± 2,65	(0,133)	10,99 ± 3,51	(0,845)	12,46 ± 1,63	(0,885)	19,80 ± 2,74	(0,287)
Eğitim durumu ²	Okur yazar değil	144	14,98 ± 1,25		23,06 ± 2,17		18,54 ± 1,65		15,92 ± 1,82		10,42 ± 2,77		12,39 ± 1,47		19,89 ± 2,39	
	İlk okul mezunu	92	14,90 ± 1,68		22,34 ± 2,76		18,78 ± 1,89		15,98 ± 2,20		11,03 ± 3,00		12,65 ± 1,49		18,93 ± 2,19	
	Ortaokul	32	15,19 ± 1,49	1,295	22,25 ± 3,02	3,852	18,78 ± 1,68	1,371	15,31 ± 2,16	2,296	11,13 ± 2,95	3,713	12,97 ± 1,31	2,545	19,16 ± 2,16	3,073
	Lise	23	14,35 ± 2,04	(0,272)	20,96 ± 3,76	(0,005*)	19,48 ± 2,81	(0,244)	17,04 ± 3,61	(0,059)	12,83 ± 4,50	(0,006*)	12,26 ± 2,32	(0,040*)	19,74 ± 2,26	(0,017*)
	YO/fakülte mezunu	10	15,30 ± 1,70		23,00 ± 2,00		18,70 ± 1,25		16,60 ± 3,17		12,10 ± 2,81		11,40 ± 1,65		20,70 ± 4,50	
Meslek ²	İşçi	33	14,58 ± 2,19		21,76 ± 3,35		19,42 ± 2,8		17,45 ± 3,11		13,18 ± 3,98		11,30 ± 1,36		20,85 ± 2,56	
	Memur	25	14,92 ± 1,29		21,00 ± 3,50		18,64 ± 1,68		15,56 ± 1,78		12,52 ± 3,98		12,60 ± 1,80		19,76 ± 3,37	
	Serbest meslek /esnaf	49	15,12 ± 1,22	0,572	23,10 ± 2,27	3,460	18,78 ± 1,76	1,327	15,76 ± 1,69	3,601	10,33 ± 2,29	7,219	12,76 ± 1,18	5,972	18,67 ± 1,75	3,734
	Emekli	14	14,93 ± 1,33	(0,722)	22,14 ± 3,53	(0,005*)	18,93 ± 1,27	(0,253)	16,07 ± 1,49	(0,004*)	11,64 ± 3,63	(0,000*)	13,43 ± 1,91	(0,000*)	20,21 ± 2,19	(0,003*)
	Ev hanımı	43	15,05 ± 1,27		22,67 ± 2,40		18,47 ± 1,52		15,63 ± 1,89		10,58 ± 2,74		12,81 ± 1,75		19,65 ± 2,52	
	Çalışmıyor	137	14,93 ± 1,53		22,91 ± 2,24		18,6 ± 1,71		15,89 ± 2,26		10,34 ± 2,57		12,46 ± 1,45		19,38 ± 2,27	
Ekonomik durum ²	İyi	63	15,05 ± 1,37		22,38 ± 3,17		19,02 ± 1,98		16,22 ± 2,29		11,19 ± 2,85		12,76 ± 1,7		19,35 ± 2,70	
	Orta	216	14,92 ± 1,52	0,249	22,61 ± 2,54	0,411	18,56 ± 1,66	2,999	15,87 ± 2,17	1,163	10,75 ± 3,04	1,739	12,47 ± 1,46	2,772	19,45 ± 2,24	3,931
	Kötü	22	14,82 ± 1,79	(0,780)	22,95 ± 2,01	(0,663)	19,36 ± 2,70	(0,050*)	16,45 ± 2,5	(0,314)	11,91 ± 3,87	(0,177)	11,86 ± 1,96	(0,064)	20,91 ± 3,02	(0,021*)

Tablo 4.5: Bireysel Özelliklere Göre HAÖ'nün Hastalık Hakkındaki Görüş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)(Devamı)

Yaşam yeri ²	İl	114	14,63 ± 1,55		22,10 ± 3,33		19,04 ± 2,06		16,62 ± 2,62		11,69 ± 3,36		12,47 ± 1,61		19,62 ± 2,60	
	İlçe	121	15,10 ± 1,42	4,005	22,79 ± 2,19	3,442	18,49 ± 1,62	2,864	15,58 ± 1,94	7,960	10,37 ± 2,65	6,069	12,58 ± 1,53	0,470	19,3 ± 2,09	1,107
	Köy/kasaba	66	15,18 ± 1,50	(0,009*)	23,06 ± 1,86	(0,033*)	18,59 ± 1,71	(0,059)	15,62 ± 1,64	(0,000*)	10,61 ± 3,06	(0,003*)	12,35 ± 1,53	(0,625)	19,82 ± 2,65	(0,332)
Hane halkı sayısı ²	1-4 arası	107	14,81 ± 1,61		22,7 ± 2,52		18,89 ± 1,99		15,93 ± 2,46		10,53 ± 2,6		12,79 ± 1,63		19,30 ± 2,49	
	5-6 arası	83	15,02 ± 1,36	0,597	22,64 ± 2,46	0,282	18,54 ± 1,43	0,861	15,7 ± 1,81	1,536	10,98 ± 3,13	1,552	12,47 ± 1,44	3,689	19,54 ± 2,10	0,971
	7 ve üzeri	111	15,00 ± 1,51	(0,551)	22,44 ± 2,9	(0,755)	18,68 ± 1,93	(0,424)	16,25 ± 2,25	(0,217)	11,26 ± 3,42	(0,213)	12,22 ± 1,54	(0,026*)	19,76 ± 2,58	(0,380)
Tanı öncesi Sigara içme durumu ¹	Evet	186	14,89 ± 1,45		22,82 ± 2,67		18,82 ± 1,93		16,14 ± 2,17		11,12 ± 3,18		12,32 ± 1,42		19,83 ± 2,51	
	Hayır	115	15,03 ± 1,60	-0,778	22,22 ± 2,57	1,920	18,55 ± 1,66	1,267	15,73 ± 2,28	1,557	10,61 ± 2,89	1,400	12,77 ± 1,74	-2,326	(0,021*)	2,831
Tanı sonrası Sigara kullanımına devam etme durumu ¹	Evet	52	14,42 ± 2,02		21,67 ± 3,09		19,42 ± 2,47		17,02 ± 3,27		13,19 ± 3,45		12,23 ± 1,55		19,4 ± 3,19	
	Hayır	249	15,05 ± 1,35	-2,131	(0,037*)	-2,423	(0,018*)	2,385	(0,020*)	2,668	(0,010*)	5,377	(0,000*)	-1,313	19,56 ± 2,24	-0,341
Alkol kullanımı ¹	Evet	6	15,83 ± 1,72	1,472	18,67 ± 3,72	-2,619	17,83 ± 1,60	-1,196	14,00 ± 1,26	-2,223	12,17 ± 5,00	1,000	12,50 ± 1,52	0,018	19,67 ± 4,59	0,134
	Hayır	295	14,92 ± 1,50	(0,142)	22,67 ± 2,57	(0,046*)	18,74 ± 1,83	(0,233)	16,02 ± 2,22	(0,027*)	10,90 ± 3,03	(0,318)	12,49 ± 1,56	(0,985)	19,53 ± 2,37	(0,893)

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan bireylerin bireysel özelliklerine göre HAÖ'nün alt boyutlarından *Hastalık Hakkındaki Görüşler* puan ortalamaları değerlendirildiğinde; **cinsiyete** göre HAÖ'nün tüm alt boyutlarında anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). **60 yaş** altındaki bireylerin Hastalığı Anlayabilme puan ortalamalarının ($11,63 \pm 3,13$), ileri derecede anlamlı olarak 60 yaş ve üzerindeki bireylerin puan ortalamalarından yüksek olduğu görüldü ($t:3,354$; $p:0,001 \leq 0,01$).

Medeni durumu diğer olan bireylerin Kişisel Kontrol puan ortalamalarının ($19,20 \pm 2,26$), anlamlı olarak evli olan bireylerin puan ortalamalarından yüksek olduğu görüldü ($t:-2,168$; $p:0,033 \leq 0,05$)

Araştırmada bireylerin hastalık algılarından Sonuçlar, Hastalığı Anlayabilme, Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller puan ortalamaları **eğitim durumuna** göre anlamlı farklılık gösterdi ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde: okur-yazar olmayan bireylerin Sonuçlar puan ortalamalarının ($23,06 \pm 2,17$), anlamlı olarak lise mezunu bireylerin puan ortalamalarından yüksek; lise mezunu olan bireylerin Hastalığı Anlayabilme puan ortalamalarının ($12,83 \pm 4,50$), anlamlı olarak okur-yazar olmayan kişilerin puan ortalamalarından yüksek; ortaokul mezunu bireylerin Döngüsel Süre puan ortalamalarının ($12,97 \pm 1,31$), anlamlı olarak yüksekokul/ fakülte mezunu olan kişilerin puan ortalamalarından yüksek; okur-yazar olmayan bireylerin Duygusal Temsiller puan ortalamalarının ($19,89 \pm 2,39$), anlamlı olarak ilkokul mezunu olan kişilerin puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmada bireylerin hastalık algılarından Sonuçlar, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme, Döngüsel Süre ve Duygusal temsiller puan ortalamaları **meslek** gruplarına göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($p \leq 0,01$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde: memurların Sonuçlar puan ortalamasının ($21,00 \pm 3,50$), anlamlı olarak serbest meslek/esnaf ve çalışmayan kişilerin puan ortalamasından düşük; işçilerin Tedavi Kontrolü puan ortalamasının ($17,45 \pm 3,11$), anlamlı olarak memur, serbest meslek/esnaf, ev hanımı ve çalışmayan kişilerin puan ortalamasından yüksek; işçilerin Hastalığı Anlayabilme puan ortalamasının ($13,18 \pm 3,98$), anlamlı olarak serbest meslek/esnaf, ev hanımı ve çalışmayan kişilerin puan ortalamasından yüksek ve memurların Hastalığı Anlayabilme puan ortalamasının ($12,52 \pm 3,98$), anlamlı olarak serbest meslek/ esnaf ve çalışmayan

kişilerin puan ortalamasından yüksek; işçilerin Döngüsel Puan ortalamasının ($11,30 \pm 1,36$), anlamlı olarak diğer meslek gruplarındaki kişilerin ortalama puanından düşük; işçilerin Duygusal Temsiller puan ortalamasının ($20,85 \pm 2,56$), anlamlı olarak serbest meslek/ esnaf ve çalışmayan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmada bireylerin hastalık algılarından Kişisel Kontrol ve Duygusal Temsiller puan ortalaması **ekonomik duruma** göre anlamlı farklılık gösterdi ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, ekonomik durumu kötü olan kişilerin Kişisel Kontrol puan ortalamasının ($19,36 \pm 2,70$), anlamlı olarak ekonomik durumu orta olan kişilerin puan ortalamasından yüksek; ekonomik durumu kötü olan kişilerin Duygusal Temsiller puan ortalamasının ($20,91 \pm 3,02$), anlamlı olarak ekonomik durumu orta ve iyi olan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu gözlemlendi.

Araştırmada bireylerin hastalık algılarından Akut Kronik Süre, Sonuçlar, Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme puan ortalaması **yaşadıkları yere** göre anlamlı farklılık gösterdi ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde: ilde yaşayan kişilerin Akut Kronik Süre ($14,63 \pm 1,55$) ve Sonuçlar ($22,10 \pm 3,33$) puan ortalamasının anlamlı olarak ilçe ve köy/kasabada yaşayan kişilerin puan ortalamasından düşük; ilde yaşayan kişilerin Tedavi Kontrolü ($16,62 \pm 2,62$) ve Hastalığı Anlayabilme ($19,30 \pm 2,49$) puan ortalamasının, anlamlı olarak ilçe ve köy/kasabada yaşayan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü.

Araştırmada bireylerin hastalık algılarından Döngüsel Süre puan ortalaması **hane halkı sayısına** göre anlamlı farklılık gösterdi ($F:3,689$; $p:0,026 \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, hane halkı sayısı 1-4 arasında olan kişilerin Döngüsel Süre puan ortalamasının ($12,79 \pm 1,63$), anlamlı olarak hane halkı sayısı 7 ve üzerinde olan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü.

Sigara kullanmayan kişilerin hastalık algılarından Döngüsel Süre puan ortalamasının ($12,77 \pm 1,74$), anlamlı olarak tanı sonrası sigara kullanan kişilerin puan ortalamasından yüksek; tanı sonrası sigara kullanan kişilerin hastalık algılarından Duygusal Temsiller puan ortalamasının ($19,83 \pm 2,51$), anlamlı olarak sigara kullanmayan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu belirlendi ($p \leq 0,05$).

Sigara kullanımına devam etmeyen kişilerin hastalık Algılarından Akut Kronik Süre ($15,05 \pm 1,35$) ve Sonuçlar ($22,78 \pm 2,51$) puan ortalamalarının anlamlı olarak sigara kullanımına devam eden kişilerin puan ortalamasından yüksek; sigara kullanımına devam eden kişilerin hastalık algılarından Kişisel Kontrol ($19,42 \pm 2,47$), Tedavi Kontrolü ($17,02 \pm 3,27$) ve Hastalığı Anlayabilme ($13,19 \pm 3,45$) puan ortalamalarının, anlamlı olarak sigara kullanımına devam etmeyen kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı ($p \leq 0,05$).

Alkol kullanmayan kişilerin hastalık algılarından Sonuçlar ($22,67 \pm 2,57$) ve Tedavi Kontrolü ($16,02 \pm 2,22$) puan ortalamalarının, alkol kullanan kişilerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).



Tablo 4.6: Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarından Hastalık Nedenleri Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=301)

		n	Psikolojik atıflar		Risk etkenleri		Bağıışıklık		Kaza/Şans	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Cinsiyet¹	Kadın	153	15,49 $\pm$ 2,89	-0,104	20,62 $\pm$ 2,1	-1,045	8,51 $\pm$ 1,27	-1,896	4,56 $\pm$ 1,14	-0,738
	Erkek	148	15,53 $\pm$ 3,23	0,917	20,86 $\pm$ 1,94	0,297	8,80 $\pm$ 1,42	0,059	4,66 $\pm$ 1,2	0,461
Yaş¹	60 yaş altı	123	15,79 $\pm$ 3,63	1,248	20,38 $\pm$ 2,24	-2,579	8,88 $\pm$ 1,43	2,404	4,67 $\pm$ 1,34	0,582
	60 ve üzeri	178	15,31 $\pm$ 2,58	0,214	20,99 $\pm$ 1,83	0,010**	8,50 $\pm$ 1,27	0,017*	4,56 $\pm$ 1,04	0,446
Medeni durum¹	Evli	230	15,50 $\pm$ 2,90	-0,129	20,79 $\pm$ 1,90	0,777	8,60 $\pm$ 1,31	-1,159	4,66 $\pm$ 1,19	1,501
	Diğer	71	15,55 $\pm$ 3,54	0,897	20,58 $\pm$ 2,38	0,438	8,82 $\pm$ 1,49	0,247	4,42 $\pm$ 1,09	0,134
Eğitim durumu²	Okur yazar değil	144	15,22 $\pm$ 2,51		20,99 $\pm$ 1,78		8,49 $\pm$ 1,26		4,67 $\pm$ 1,11	
	İlk okul mezunu	92	15,33 $\pm$ 3,02	5,074	20,61 $\pm$ 2,03	2,704	8,64 $\pm$ 1,22	2,596	4,49 $\pm$ 1,07	0,521
	Ortaokul	32	15,13 $\pm$ 3,09	0,001**	20,25 $\pm$ 2,09	0,031*	8,81 $\pm$ 1,65	0,037*	4,56 $\pm$ 1,37	0,721
	Lise	23	17,39 $\pm$ 4,59		19,96 $\pm$ 2,55		9,39 $\pm$ 1,85		4,57 $\pm$ 1,56	
	YO/fakülte mezunu	10	18,30 $\pm$ 3,80		21,80 $\pm$ 2,97		9,00 $\pm$ 0,82		4,90 $\pm$ 1,29	
Meslek²	İşçi	33	14,70 $\pm$ 2,80		20,09 $\pm$ 1,84		8,73 $\pm$ 1,57		4,58 $\pm$ 1,46	
	Memur	25	17,52 $\pm$ 4,68		20,76 $\pm$ 2,86		9,56 $\pm$ 1,92		4,68 $\pm$ 1,46	
	Serbest meslek	49	15,04 $\pm$ 2,77	3,767	21,14 $\pm$ 1,59	1,319	8,80 $\pm$ 1,15	5,147	4,69 $\pm$ 1,19	0,327
	/esnaf			0,003**		0,256		0,000**		0,897
	Emekli	14	16,14 $\pm$ 3,42		20,29 $\pm$ 2,58		9,43 $\pm$ 1,55		4,57 $\pm$ 1,22	
	Ev hanımı	43	16,16 $\pm$ 3,55		20,60 $\pm$ 1,95		8,67 $\pm$ 1,34		4,74 $\pm$ 1,11	
	Çalışmıyor	137	15,23 $\pm$ 2,43		20,84 $\pm$ 1,97		8,34 $\pm$ 1,11		4,53 $\pm$ 1,05	
Ekonomik durum²	İyi	63	16,03 $\pm$ 3,96		20,57 $\pm$ 2,53		8,97 $\pm$ 1,38		4,67 $\pm$ 1,30	
	Orta	216	15,34 $\pm$ 2,59		20,88 $\pm$ 1,81		8,56 $\pm$ 1,31		4,61 $\pm$ 1,11	
				1,299		3,089		2,246		0,393
	Kötü	22	15,68 $\pm$ 4,13	0,274	19,82 $\pm$ 2,24	0,047*	8,68 $\pm$ 1,55	0,108	4,41 $\pm$ 1,44	(0,675)

Tablo 4.6: Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarından Hastalık Nedenleri Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=301) (Devamı)

	İl	114	15,72 ± 3,64		20,57 ± 2,42		8,7 ± 1,42		4,5 ± 1,18	
Yaşam yeri ²	İlçe	121	15,3 ± 2,52	0,560	20,81 ± 1,78	0,702	8,64 ± 1,32	0,122	4,64 ± 1,17	0,859
	Köy/kasaba	66	15,53 ± 2,86	0,572	20,91 ± 1,68	0,496	8,61 ± 1,3	0,885	4,73 ± 1,17	0,424
Hane halkı sayısı ²	1-4 arası	107	15,62 ± 3,36	1,555	20,84 ± 2,05	0,868	8,69 ± 1,26	2,727	4,57 ± 1,12	0,874
	5-6 arası	83	15,88 ± 3,06	0,213	20,88 ± 2,06	0,421	8,89 ± 1,51	0,067	4,75 ± 1,2	0,418
	7 ve üzeri	111	15,13 ± 2,71		20,54 ± 1,98		8,44 ± 1,29		4,53 ± 1,2	
Tanı öncesi sigara içme durumu ¹	Evet	186	15,73 ± 3,10	1,614	21,27 ± 1,76	6,160	8,85 ± 1,37	3,233	4,77 ± 1,24	3,402
	Hayır	115	15,15 ± 2,95	0,108	19,88 ± 2,13	0,000*	8,34 ± 1,26	0,001**	4,33 ± 1,01	0,001*
Tanı sonrası sigara kullanımına devam etme durumu ¹	Evet	52	17,12 ± 4,07		21,04 ± 2,28		9,12 ± 1,57		4,79 ± 1,53	
	Hayır	249	15,17 ± 2,69	3,294	20,68 ± 1,97	1,166	8,56 ± 1,28	2,733	4,57 ± 1,08	0,999
Alkol kullanımı ¹	Evet	6	21,33 ± 4,59	3,159	23,5 ± 3,56	1,929	10,67 ± 2,25	2,227	5,67 ± 0,52	4,890
	Hayır	295	15,39 ± 2,91	0,025*	20,68 ± 1,95	0,111	8,61 ± 1,3	0,076	4,58 ± 1,17	0,003**

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0,05 ,p≤0,01

Araştırmaya katılan bireylerin bireysel özelliklerine göre HAÖ'nün alt boyutlarından *Hastalık Nedenleri* puan ortalamaları değerlendirildiğinde;

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından *Hastalık Nedenleri* alt boyut puan ortalamalarının; **cinsiyet , medeni durum , yaşam yeri ve hane halkı sayısı** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p>0,05).

60 yaş ve üzeri kişilerin *Hastalık Nedenlerinden Risk Etkenleri* puan ortalamasının (20,99 ± 1,83), 60 yaş altı kişilerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek; 60 yaş altı kişilerin bağışıklık puan ortalamasının (8,88 ± 1,43), 60 yaş ve üzerindeki kişilerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (p≤0,05).

Araştırmada kişilerin hastalık nedenlerinden Psikolojik Atıflar, Risk Etkenleri ve Bağışıklık puan ortalaması **eğitim durumlarına** göre anlamlı farklılık gösterdi (p≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, lise mezunu (17,39 ± 4,59) ve yüksekokul/fakülte mezunu olan kişilerin Psikolojik Atıflar puan ortalamasının (18,30 ± 3,80), diğer eğitim

düzeylerindeki kişilerin puan ortalamasından yüksek; okur-yazar olmayan kişilerin Risk Etkenleri puan ortalamasının ($20,99 \pm 1,78$), lise mezunu olan kişilerin puan ortalamasından yüksek ve yüksekokul/fakülte mezunu kişilerin Risk Etkenleri puan ortalamasının ($21,80 \pm 2,97$), ortaokul ve lise mezunu olan kişilerin puan ortalamasından yüksek; lise mezunu olan kişilerin Bağışıklık puan ortalamasının ($9,39 \pm 1,85$), okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı ($p \leq 0,05$).

Araştırmada bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Psikolojik Atıflar ve Bağışıklık puan ortalaması **meslek gruplarına** göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdi ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, memur olan kişilerin Psikolojik Atıflar puan ortalamasının ($17,52 \pm 4,68$), anlamlı olarak işçi, serbest meslek/esnaf ve çalışmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek ve ev hanımı olan bireylerin Psikolojik Atıflar puan ortalaması ($16,16 \pm 3,55$) anlamlı olarak işçilerin puan ortalamasından yüksek; memur olan bireylerin Bağışıklık puan ortalamasının ($9,56 \pm 1,92$), işçi, serbest meslek/esnaf, ev hanımı ve çalışmayan kişilerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Araştırmada bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Risk Etkenleri puan ortalaması **ekonomik durumlara** göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F:3,089$; $p:0,047 \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, ekonomik durumu orta düzeyde olan bireylerin Risk Etkenleri puan ortalamasının ($20,88 \pm 1,81$), ekonomik durumu kötü olan bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

Tanı sonrası sigara kullanan bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Risk Faktörleri ($21,27 \pm 1,76$), Bağışıklık ($8,85 \pm 1,37$) ve Kaza/Şans ($4,77 \pm 1,24$) puan ortalaması anlamlı sigara kullanmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Sigara kullanımına devam eden bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Psikolojik Atıflar ($17,12 \pm 4,07$) ve Bağışıklık ($9,12 \pm 1,57$) puan ortalaması anlamlı olarak sigara kullanımına devam etmeyen kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı ($p \leq 0,05$).

Alkol kullanan kişilerin *Hastalık Nedenlerinden Psikolojik Atıflar* ($21,33 \pm 4,59$) ve *Kaza/Şans* ($5,67 \pm 0,52$) puan ortalaması anlamlı olarak alkol kullanmayan kişilerin puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Tablo 4.7: Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Hastalık Tipi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)

			N	Hastalık Tipi	t/F	P
				$\bar{X} \pm S.S.$		
Kalp krizi tanı süresi ¹	1 yıl		73	6,47 ± 0,83	(1,421)	(0,237)
	2 yıl		94	6,72 ± 1,42		
	3 yıl		88	6,44 ± 1,07		
	4 ve üzeri		46	6,39 ± 0,88		
Göğüs şikâyeti ile hastaneye başvuru ²	Evet		159	6,6 ± 1,1	(1,132)	(0,259)
	Hayır		142	6,45 ± 1,15		
Ailede kalp hastası ²	Yok		139	6,76 ± 1,35	(-3,194)	(0,002**)
	Var		162	6,33 ± 0,85		
Eşlik eden hastalık durumu ²	Yok		78	6,63 ± 1,06	(1,596)	(0,114)
	Var		223	6,49 ± 1,15		

¹Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, ²Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine göre HAÖ'nün alt boyutlarından *Hastalık Tipi* puan ortalamaları değerlendirildiğinde;

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından *Hastalık Tipi* alt boyut puan ortalamalarının; **kalp krizi tanı süresi, daha önce göğüs şikâyet tanısı ile hastaneye başvurma durumu, eşlik eden hastalık durumu** ve **hastalıklar** arasında anlamlı farklılık görüldü ($p > 0,05$).

Ailesinde kalp hastalığı olan bireylerin *Hastalık Tipi* puan ortalamasının ($6,33 \pm 0,85$), ileri derecede anlamlı olarak ailesinde kalp hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamasından düşük olduğu görüldü ($t: -3,194$; $p: 0,002 \leq 0,01$).

Tablo 4.8: Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Hastalık Hakkındaki Görüş Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)

		N	Akut kronik süre		Sonuçlar		Kişisel kontrol		Tedavi kontrolü		Hastalığı anlayabilme		Döngüsel süre		Duygusal temsiller	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Kalp krizi tanı süresi	1 yıl	73	15,12 ± 1,66		22,3 ± 3,39		18,53 ± 1,8		15,99 ± 2,52		11,07 ± 3,56		12,71 ± 1,83		19,32 ± 2,71	
	2 yıl	94	14,97 ± 1,46	0,761	22,45 ± 2,34	1,067	18,81 ± 1,84	0,398	15,87 ± 2,13	1,048	11,27 ± 3,08	1,676	12,66 ± 1,58	2,806	19,52 ± 2,48	6,202
	3 yıl	88	14,88 ± 1,51	(0,517)	22,69 ± 2,28	(0,363)	18,7 ± 1,94	(0,754)	15,83 ± 2,06	(0,371)	10,32 ± 2,67	(0,172)	12,40 ± 1,40	(0,040*)	19,05 ± 1,99	(0,000*)
	4 ve üzeri	46	14,72 ± 1,31		23,13 ± 2,53		18,85 ± 1,67		16,5 ± 2,19		11,15 ± 2,88		11,96 ± 1,23		20,85 ± 2,16	
Göğüs şikâyeti ile hastaneye başvuru	Evet	159	15,01 ± 1,58	0,806	22,84 ± 2,59	1,774	18,81 ± 1,89	0,877	16,12 ± 2,27	1,125	11,2 ± 3,17	1,670	12,36 ± 1,63	-1,531	20,42 ± 2,62	7,440
	Hayır	142	14,87 ± 1,42	(0,421)	22,3 ± 2,68	(0,077)	18,62 ± 1,76	(0,381)	15,83 ± 2,16	(0,261)	10,61 ± 2,94	(0,096)	12,63 ± 1,48	(0,127)	18,54 ± 1,71	(0,000**)
Ailede kalp hastası	Yok	139	14,86 ± 1,47	0,821	22,19 ± 2,95	2,368	18,7 ± 1,92	0,173	15,94 ± 2,16	0,296	11,34 ± 3,40	-2,145	12,53 ± 1,63	-0,378	19,61 ± 2,57	-0,507
	Var	162	15,01 ± 1,53	(0,412)	22,93 ± 2,31	(0,019*)	18,73 ± 1,76	(0,863)	16,02 ± 2,28	(0,768)	10,57 ± 2,73	(0,033*)	12,46 ± 1,5	(0,705)	19,47 ± 2,29	(0,612)
Eşlik eden hastalık durumu²	Yok	78	14,91 ± 1,45	0,204	21,78 ± 2,84	3,174	18,42 ± 1,81	1,656	15,68 ± 2,4	1,406	10,9 ± 3,39	0,087	12,91 ± 1,40	-2,804	18,63 ± 2,10	4,239
	Var	223	14,95 ± 1,53	(0,839)	22,87 ± 2,52	(0,002**)	18,82 ± 1,83	(0,099)	16,09 ± 2,15	(0,161)	10,93 ± 2,97	(0,931)	12,34 ± 1,59	(0,005*)	19,85 ± 2,46	(0,000**)

¹TekYönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, ²Bağımsız örneklem testi, *p ≤ 0,05 , p ≤ 0,01

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine göre HAÖ'nün alt boyutlarından *Hastalık Hakkındaki Görüşler* puan ortalamaları değerlendirildiğinde;

Araştırmada bireylerin hastalık hakkındaki görüşlerinden Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller puan ortalaması **kalp krizi tanı süresi** arasında anlamlı farklılık gösterdi ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde, kalp krizi tanı süresi 1 yıl olan bireylerin Döngüsel Süre puan ortalamasının ($12,71 \pm 1,83$), anlamlı olarak kalp krizi tanı süresi 4 yıl ve üzerinde olan bireylerin puan ortalamasından yüksek; kalp krizi tanı süresi 4 yıl ve üzerinde olan bireylerin Duygusal Temsiller puan ortalamasının ($20,85 \pm 2,16$), anlamlı olarak diğer tanı sürelerindeki puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Daha önce **göğüs ağrısı şikâyeti** ile hastaneye başvuran bireylerin *Hastalık Hakkındaki Görüşlerinden* Duygusal Temsiller puan ortalamasının ($20,42 \pm 2,62$), göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye başvurmayan bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Ailede kalp hastalığı olan bireylerin *Hastalık Hakkındaki Görüşlerinden* Sonuçlar puan ortalamasının ($22,93 \pm 2,31$), ailede kalp hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek; ailede kalp hastalığı olmayan bireylerin Hastalığı Anlayabilme puan ortalamasının ($11,34 \pm 3,40$), anlamlı olarak ailede kalp hastalığı olan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Eşlik eden hastalığı olan bireylerin *Hastalık Hakkındaki Görüşlerinden* Sonuçlar ($22,87 \pm 2,52$) ve Duygusal Temsiller ($19,85 \pm 2,46$) puan ortalaması anlamlı olarak eşlik eden hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek; eşlik eden hastalığı olmayan bireylerin Döngüsel Süre puan ortalamasının ($12,91 \pm 1,40$), anlamlı olarak eşlik eden hastalığı olan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,05$).

Tablo 4.9: Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)

		n	Psikolojik atıflar		Risk etkenleri		Bağımsızlık		Kaza Şans	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Kalp krizi tanı süresi¹	1 yıl	73	15,36 ± 3,49		20,51 ± 2,06		8,78 ± 1,30		4,68 ± 1,07	
	2 yıl	94	15,93 ± 3,31	2,771	20,65 ± 2,31	1,066	8,76 ± 1,46	1,323	4,63 ± 1,39	1,623
	3 yıl	88	15,75 ± 2,59	0,042*	20,82 ± 1,97	0,364	8,61 ± 1,42	0,267	4,69 ± 1,13	0,184
	4 ve üzeri	46	14,43 ± 2,31		21,15 ± 1,28		8,33 ± 0,99		4,26 ± 0,85	
Göğüs şikâyeti ile hastaneye başvuru²	Evet	159	15,63 ± 3,28		20,74 ± 2,03		8,58 ± 1,34		4,55 ± 1,25	
	Hayır	142	15,37 ± 2,78	0,724	20,75 ± 2,03	-0,045	8,74 ± 1,36	-1,031	4,67 ± 1,08	-0,900
Ailede kalp hastası²	Yok	139	16,10 ± 3,29	-3,120	20,58 ± 2,30	1,231	8,92 ± 1,47	-3,216	4,63 ± 1,22	-0,291
	Var	162	15,00 ± 2,75	0,002**	20,88 ± 1,75	(0,219)	8,43 ± 1,20	0,001**	4,59 ± 1,13	0,771
Eşlik eden hastalık durumu²	Yok	78	16,03 ± 2,60		20,62 ± 2,20		8,67 ± 1,48		4,68 ± 1,09	
	Var	223	15,33 ± 3,18	-1,744	20,78 ± 1,96	0,635	8,65 ± 1,31	-0,092	4,58 ± 1,20	-0,655

¹Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, ²Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine göre HAÖ'nün alt boyutlarından *Hastalık Nedenleri* puan ortalamaları değerlendirildiğinde;

Araştırmada bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Psikolojik Atıflar puan ortalaması **kalp krizi tanı süresi** arasında anlamlı farklılık görüldü (F:2,771; p:0,042≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirildiğinde, kalp krizi tanı süresi 4 yıl ve üzerinde olan bireylerin Psikolojik atıflar puan ortalamasının (14,43 ± 2,31), kalp krizi tanı süresi 2 yıl ve 3 yıl olan bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak düşük olduğu görüldü.

Ailede kalp hastalığı olmayan bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Psikolojik Atıflar (16,10 ± 3,29) ve Bağımsızlık puan ortalamasının (8,92 ± 1,47), anlamlı olarak ailede kalp hastalığı olan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı (p≤0,05).

Araştırmada bireylerin *Hastalık Nedenlerinden* Psikolojik Atıflar puan ortalaması **eşlik eden hastalıklar** arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:2,542; p:0,041≤0,05).

4.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı olan bireylerin Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği- Türkçe Formu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına (Tablo 4.10.), bireysel özelliklere göre MIDAS alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına (Tablo 4.11.) ve hastalık özelliklerine Göre MIDAS alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına (Tablo 4.12.) ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.10: MIDAS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları (N=301)

	N	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum
MİDAS¹	301	49,43	11,40	20,0	100,0
Fiziksel aktivite	301	48,52	10,91	20,0	100,0
Güvensizlik	301	50,89	12,88	20,0	100,0
Duygusal tepki	301	45,17	12,62	20,0	100,0
Bağımlılık	301	45,23	15,44	20,0	100,0
Beslenme şekli	301	55,19	22,65	20,0	100,0
İlaç hakkında endişe	301	31,50	16,52	20,0	100,0
İlaç yan etkileri	301	22,99	8,31	20,0	100,0

¹Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği

Araştırmada kişilerin yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde, kişilerin **Fiziksel Aktivite** puan ortalaması (48.52 ± 10.92) **Güvensizlik** puan ortalaması (50.89 ± 12.89), **Duygusal Tepki** puan ortalaması (45.17 ± 12.62), **Bağımlılık** puan ortalaması (45.23 ± 15.44), **Beslenme Şekli** puan ortalaması (55.19 ± 22.65), **İlaç Hakkında Endişe** puan ortalaması (31.5 ± 16.52), **İlaç Yan Etkileri** puan ortalaması (22.99 ± 8.31) ve genel toplam puan ortalaması ise (49.43 ± 11.40) olarak saptandı.

Tablo 4.11: Bireysel Özelliklerine Göre MIDAS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)

		N	Fiziksel aktivite	Güvensizlik	Duygusal tepki	Bağımlılık	Beslenme şekli	İlaç endişe	İlaç hakkında etkileri	yan Toplam
			$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$
Cinsiyet	Kadın	153	48,68 ± 11,06	50,44 ± 12,95	44,8 ± 11,89	44,92 ± 16,09	55,56 ± 22,8	31,24 ± 16,71	22,94 ± 9,02	49,31 ± 11,56
	Erkek	148	48,36 ± 10,79	51,35 ± 12,85	45,54 ± 13,36	45,54 ± 14,78	54,82 ± 22,56	31,76 ± 16,36	23,04 ± 7,53	49,55 ± 11,27
t (p)			0,259 (0,796)	-0,611 (0,542)	-0,506 (0,614)	-0,346 (0,730)	0,281 (0,779)	-0,270 (0,787)	-0,104 (0,918)	-0,186 (0,853)
Yaş	60 yaş altı	123	49,53 ± 11,86	52,07 ± 13,53	46,38 ± 15	44,23 ± 16,36	56,31 ± 22,39	31,46 ± 16,38	24,15 ± 10,16	50,34 ± 11,85
	60 ve üzeri	178	47,83 ± 10,18	50,07 ± 12,39	44,33 ± 10,63	45,92 ± 14,78	54,42 ± 22,86	31,52 ± 16,65	22,19 ± 6,66	48,8 ± 11,08
t (p)			1,293 (0,197)	1,321 (0,187)	1,310 (0,192)	-0,933 (0,351)	0,713 (0,476)	-0,028 (0,978)	1,875 (0,062)	1,156 (0,249)
Medeni durumu	Evli	230	48,12 ± 10,66	50,91 ± 13,32	44,20 ± 11,98	44,75 ± 15,04	54,43 ± 23,34	31,48 ± 16,7	22,7 ± 7,22	49,04 ± 11,8
	Diğer	71	49,84 ± 11,65	50,83 ± 11,45	48,31 ± 14,14	46,76 ± 16,69	57,65 ± 20,22	31,55 ± 16	23,94 ± 11,15	50,7 ± 9,99
t (p)			-1,162 (0,246)	0,045 (0,964)	-2,420 (0,016*)	-0,957 (0,339)	-1,129 (0,261)	-0,032 (0,975)	-0,888 (0,377)	-1,169 (0,245)
Eğitim	Okuryazar değil	144	49,14 ± 11,26	51,51 ± 13,75	45,45 ± 11,57	45,65 ± 15,77	55,97 ± 22,98	32,71 ± 16,98	21,94 ± 6,61	49,98 ± 12,03
	İlkokul mezunu	92	46,85 ± 9,72	49,69 ± 12,46	43,37 ± 12,76	44,28 ± 15,68	51,38 ± 21,62	28,26 ± 13,80	23,26 ± 9,39	47,66 ± 10,95
	Ortaokul	32	46,61 ± 9,93	48,47 ± 11,34	41,72 ± 9,64	42,92 ± 12,89	52,50 ± 20,23	31,25 ± 19,63	23,13 ± 6,93	47,20 ± 9,49
	Lise	23	52,46 ± 12,44	52,66 ± 9,79	52,83 ± 17,95	48,12 ± 16,93	68,70 ± 23,65	34,78 ± 18,06	27,83 ± 12,78	54,26 ± 9,82
	YO/fakülte/ Lisansüstü	10	52,00 ± 13,40	56,67 ± 13,99	51,00 ± 12,87	48,67 ± 12,98	56,67 ± 23,57	37,00 ± 16,36	24,00 ± 8,43	53,82 ± 11,87
F (p)			1,932 (0,105)	1,180 (0,320)	3,876 (0,004**)	0,616 (0,652)	2,937 (0,021*)	1,596 (0,175)	2,638 (0,034*)	2,387 (0,050*)

Tablo 4.11: Bireysel Özelliklerine Göre MIDAS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301) (Devamı)

Meslek	Memur	25	52,53 ± 12,55	52,09 ± 10,02	51,00 ± 17,74	46,13 ± 15,74	58,93 ± 22,66	27,60 ± 12,00	29,60 ± 16,95	52,51 ± 9,88
	Serbest meslek /esnaf	49	44,18 ± 8,44	46,85 ± 9,91	40,51 ± 8,55	41,36 ± 13,19	48,57 ± 18,61	26,33 ± 11,67	20,41 ± 2,00	44,76 ± 9,01
	Emekli	14	50,48 ± 13,98	56,67 ± 16,21	46,79 ± 10,67	51,90 ± 15,06	61,43 ± 28,67	32,86 ± 16,84	25,00 ± 8,55	53,29 ± 12,22
	Çalışmıyor	43	43,95 ± 7,25	45,37 ± 10,67	39,07 ± 6,84	39,22 ± 13,59	43,57 ± 18,82	24,65 ± 12,22	22,33 ± 6,84	43,47 ± 7,95
	Ev Hanımı	137	48,31 ± 10,53	50,56 ± 12,90	44,74 ± 11,81	45,40 ± 15,96	55,62 ± 22,64	32,19 ± 16,79	22,04 ± 6,77	49,25 ± 11,52
F (p)			10,064 (0,000**)	9,275 (0,000**)	11,750 (0,000**)	5,204 (0,000**)	8,441 (0,000**)	10,465 (0,000**)	5,856 (0,000**)	13,786 (0,000**)
Ekonomik durum	İyi	63	49,58 ± 10,66	51,64 ± 11,30	45,08 ± 12,81	47,51 ± 15,50	57,25 ± 22,39	29,68 ± 14,02	24,60 ± 11,89	50,39 ± 10,46
	Orta	216	47,92 ± 10,47	50,16 ± 12,83	44,68 ± 12,62	44,01 ± 15,06	53,83 ± 22,19	31,30 ± 16,57	22,22 ± 6,15	48,66 ± 11,25
	Kötü	22	51,36 ± 15,04	55,86 ± 16,61	50,23 ± 11,49	50,61 ± 17,66	62,73 ± 26,72	38,64 ± 21,00	25,91 ± 12,60	54,21 ± 14,38
F (p)			1,368 (0,256)	2,101 (0,124)	1,945 (0,145)	2,725 (0,067)	1,880 (0,154)	2,476 (0,086)	3,526 (0,031*)	2,680 (0,070)
Yaşam yeri	İl	114	51,56 ± 11,36	53,31 ± 12,29	47,98 ± 14,40	48,42 ± 15,44	61,23 ± 22,29	34,21 ± 17,84	24,74 ± 10,41	52,65 ± 10,69
	İlçe	121	46,34 ± 9,94	48,78 ± 12,28	42,81 ± 10,88	43,69 ± 15,35	51,63 ± 22,1	29,42 ± 14,39	21,82 ± 5,63	47,11 ± 11,09
	Köy/kasaba	66	47,27 ± 10,76	50,57 ± 14,36	44,62 ± 11,48	42,53 ± 14,87	51,31 ± 22,34	30,61 ± 17,35	22,12 ± 7,95	48,12 ± 12,02
F (p)			7,617 (0,001**)	3,729 (0,025*)	5,146 (0,006**)	4,133 (0,017*)	6,767 (0,001**)	2,618 (0,075)	4,170 (0,016*)	7,814 (0,000**)
Hane halkı sayısı	1-4 arası	107	46,70 ± 10,50	47,89 ± 11,74	44,77 ± 14,10	42,49 ± 16,08	53,02 ± 21,19	30,19 ± 16,08	22,62 ± 9,35	47,34 ± 10,75
	5-6 arası	83	48,40 ± 10,40	50,71 ± 11,45	45,00 ± 12,27	45,30 ± 14,93	54,54 ± 21,06	30,6 ± 15,64	22,41 ± 6,91	49,16 ± 10,84
	7 ve üzeri	111	50,40 ± 11,40	53,91 ± 14,28	45,68 ± 11,41	47,81 ± 14,85	57,78 ± 24,98	33,42 ± 17,50	23,78 ± 8,21	51,65 ± 12,10
F (p)			3,315 (0,038*)	6,168 (0,002**)	0,150 (0,860)	3,280 (0,039*)	1,251 (0,288)	1,215 (0,298)	0,816 (0,443)	3,995 (0,019*)

Tablo 4.11: Bireysel Özelliklerine Göre MIDAS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301) (Devamı)

Tanı Sigara durumu	öncesi	Evet	186	50,11 ± 11,08	53,25 ± 13,27	47,42 ± 13,85	46,81 ± 14,87	57,38 ± 22,16	32,31 ± 16,33	23,12 ± 8,51	51,32 ± 11,41
	içme	Hayır	115	45,96 ± 10,15	47,07 ± 11,28	41,52 ± 9,28	42,67 ± 16,06	51,65 ± 23,07	30,17 ± 16,81	22,78 ± 8,01	46,37 ± 10,75
	t (p)			3,327 (0,001*)	4,311 (0,000*)	4,420 (0,000*)	2,278 (0,023*)	2,146 (0,033*)	1,092 (0,276)	0,340 (0,734)	3,743 (0,000*)
Tanı Sigara kullanımına devam durumu	sonrası	Evet	52	51,41 ± 12,84	53,68 ± 12,73	51,73 ± 17,29	46,41 ± 15,9	58,46 ± 22,51	31,15 ± 14,37	26,73 ± 13,24	52,65 ± 10,92
	etme	Hayır	249	47,92 ± 10,39	50,31 ± 12,86	43,80 ± 10,97	44,98 ± 15,36	54,51 ± 22,66	31,57 ± 16,95	22,21 ± 6,63	48,76 ± 11,41
	t (p)			1,840 (0,070)	1,720 (0,086)	3,179 (0,002*)	0,607 (0,544)	1,144 (0,253)	-0,164 (0,870)	2,400 (0,020*)	2,252 (0,025*)
Alkol kullanımı		Evet	6	59,17 ± 15,12	52,59 ± 9,5	63,33 ± 30,44	37,78 ± 17,72	45,56 ± 18,09	26,67 ± 10,33	31,67 ± 13,29	54,65 ± 12,29
		Hayır	295	48,31 ± 10,73	50,85 ± 12,95	44,8 ± 11,83	45,38 ± 15,39	55,39 ± 22,71	31,59 ± 16,61	22,81 ± 8,12	49,32 ± 11,38
	t (p)			2,434 (0,016*)	0,327 (0,744)	1,489 (0,196)	-1,195 (0,233)	-1,053 (0,293)	-0,723 (0,470)	1,625 (0,164)	1,133 (0,258)

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan bireylerin bireysel özelliklerine göre MIDAS alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde;

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi hasta bireylerin MIDAS alt boyut puan ortalamalarının; **yaş** ve **cinsiyet** açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Evli olmayan kişilerin (bekar/boşanmış/eş vefat) yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki puan ortalamasının ($48,31 \pm 14,14$), anlamlı olarak evli bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu bulundu ($t:-2,420$; $p:0,016 \leq 0,05$).

Araştırmada yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki, Beslenme Şekli, İlaç Yan Etkileri ve toplam puan bireylerin **eğitim düzeyleri** arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, lise düzeyinde eğitilmiş bireylerin Duygusal Tepki ($52,83 \pm 17,95$), Beslenme Şekli ($68,70 \pm 23,65$), İlaç Yan Etkileri ($27,83 \pm 12,78$) anlamlı olarak okuryazar olmayan, ilköğretim ve ortaokul düzeyinde eğitilmiş bireylerin puan ortalamasından yüksek; yine lise düzeyinde eğitilmiş bireylerin yaşam kalitesi toplam puanı ($54,26 \pm 9,82$) anlamlı olarak ilköğretim ve ortaokul düzeyinde eğitilmiş bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

Araştırmada yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam puan bireylerin **meslek grupları** arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, işçi olan bireylerin Fiziksel Aktivite puan ortalamasının ($57,93 \pm 10,43$), diğer meslek gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek; serbest meslek/esnaf olan bireylerin puan ortalamasının ($44,18 \pm 8,44$), anlamlı olarak işçi, memur, emekli ve çalışmayan bireylerin puan ortalamasından düşük olduğu belirlendi.

İşçi olan bireylerin Güvensizlik puan ortalamasının ($62,09 \pm 12,59$), anlamlı olarak diğer meslek gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından yüksek; memur olan bireylerin puan ortalaması ($52,09 \pm 10,02$), anlamlı olarak ev hanımı olan bireylerin puan ortalamasından yüksek; emekli olan bireylerin puan ortalamasının ($56,67 \pm 16,21$), anlamlı olarak serbest meslek/esnaf, ev hanımı ve çalışmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

İşçi olan bireylerin Duygusal Tepki puan ortalamasının ($56,67 \pm 14,12$), memur haricindeki diğer meslek gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak

yüksek; memur olan bireylerin puan ortalamasının ($51,00 \pm 17,74$), anlamlı olarak serbest meslek, ev hanımı ve çalışmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu gözlemlendi.

İşçi olan bireylerin Bağımlılık puan ortalaması ($54,55 \pm 13,79$) ve beslenme şekli puan ortalaması ($72,93 \pm 18,02$) anlamlı olarak emekli olanların dışındaki diğer meslek gruplarının puan ortalamasından yüksek; emekli olan bireylerin bağımlılık puan ortalaması ($51,90 \pm 15,06$) anlamlı olarak serbest meslek, ev hanımı ve çalışmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek; yine emekli olan bireylerin beslenme şekli puan ortalamasının ($61,43 \pm 28,67$), serbest meslek ve ev hanımı olan bireylerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

İşçi olan bireylerin İlaç Hakkındaki Endişe puan ortalamasının ($47,58 \pm 18,71$), anlamlı olarak diğer meslek gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından yüksek; emekli olan bireylerin ilaç hakkındaki endişe puan ortalamasının ($32,86 \pm 16,84$), anlamlı olarak serbest meslek/esnaf olan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

İşçi olan bireylerin İlaç Yan Etkileri puan ortalamasının ($25,76 \pm 9,02$), anlamlı olarak serbest meslek/esnaf ve çalışmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek; memur olan bireylerin ilaç yan etkileri puan ortalamasının ($29,60 \pm 16,95$), anlamlı olarak işçi olan bireyler haricinde diğer meslek gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

İşçi olan bireylerin yaşam kalitesi toplam puanı ($60,90 \pm 9,23$) anlamlı olarak diğer meslek gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından yüksek; serbest meslek/esnaf olan bireylerin yaşam kalitesi toplam puanı ($44,76 \pm 9,01$) anlamlı olarak ev hanımı dışında olan diğer meslekteki kişilerin puan ortalamasından düşük olduğu bulundu.

Araştırmada yaşam kalitesi alt boyutlarından İlaç Yan Etkisi puanı kişilerin ekonomik durumları arasında anlamlı farklılık gösterdi ($F:3,526$; $p:0,031 \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, ekonomik durumu orta olan kişilerin İlaç Yan Etkisi puan ortalaması ($22,22 \pm 6,15$) anlamlı olarak ekonomik durumu kötü ve iyi olan bireylerin puan ortalamasından düşük olduğu saptandı.

Araştırmada yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam puanı **bireylerin yaşam yerleri** arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, ilde yaşayan

bireylerin Fiziksel Aktivite ($51,56 \pm 11,36$), Bağımlılık ($47,98 \pm 14,40$) ve toplam puanı ($52,65 \pm 10,69$) anlamlı olarak ilçe ve köy/kasabada yaşayan bireylerin puan ortalamasından yüksek; ilde yaşayan bireylerin Güvensizlik ($53,31 \pm 12,29$), Duygusal Tepki ($47,98 \pm 14,40$) ve İlaç Yan Etkisi ($24,74 \pm 10,41$) puan ortalaması anlamlı olarak ilçede yaşayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

Araştırmada yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite, Güvensizlik, Bağımlılık ve toplam puanı bireylerin **hane halkı sayısı** arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, hane halkı sayısı 7 ve üzerinde olan bireylerin Fiziksel Aktivite ($50,40 \pm 11,40$), Güvensizlik ($53,91 \pm 14,28$), Bağımlılık ($47,81 \pm 14,85$) ve toplam puanı ($51,65 \pm 12,10$) anlamlı olarak hane halkı sayısı 1-4 arasında olan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu gözlemlendi.

Tanı öncesi sigara kullanan bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($50,11 \pm 11,08$), Güvensizlik ($53,25 \pm 13,27$), Duygusal Tepki ($47,42 \pm 13,85$), Bağımlılık ($46,81 \pm 14,87$), Beslenme Şekli ($57,38 \pm 22,16$) ve yaşam kalitesi toplam puanı ($51,32 \pm 11,41$) anlamlı olarak tanı öncesi sigara kullanmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu bulundu ($p \leq 0,05$).

Tanı sonrası sigara kullanmaya devam eden bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki ($51,73 \pm 17,29$), İlaç Yan Etkisi ($26,73 \pm 13,24$) ve yaşam kalitesi toplam puanı ($52,65 \pm 10,92$) anlamlı tanı sonrası sigara kullanımına devam etmeyen bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

Alkol tüketen bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($59,17 \pm 15,12$) puan ortalaması anlamlı olarak alkol tüketmeyen bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.12: Hastalık Özelliklerine Göre MIDAS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=301)

			N	Fiziksel aktivite	Güvensizlik	Duygusal tepki	Bağımlılık	Beslenme şekli	İlaç hakkında endişe	İlaç yan etkileri	Toplam
				$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$
Kalp Krizi/ KAH/ MI tanı süresi	1 yıl		73	50,16 ± 11,22	52,39 ± 12,47	46,51 ± 15,34	46,48 ± 15,11	59,00 ± 21,82	33,70 ± 17,20	23,56 ± 10,32	51,22 ± 11,54
	2 yıl		94	48,48 ± 11,26	51,91 ± 12,49	44,95 ± 11,79	44,82 ± 15,35	52,91 ± 23,01	28,40 ± 13,78	23,83 ± 8,31	49,28 ± 11,30
	3 yıl		88	44,17 ± 8,80	45,15 ± 10,95	41,48 ± 9,86	41,59 ± 15,63	47,12 ± 22,19	28,52 ± 15,87	21,93 ± 7,25	44,52 ± 9,80
	4 ve üzeri		46	54,35 ± 10,20	57,39 ± 13,80	50,54 ± 12,30	51,01 ± 14,21	69,28 ± 15,74	40,00 ± 18,62	22,39 ± 6,39	56,26 ± 10,22
F (p)				10,511 (0,000*)	11,310 (0,000*)	5,843 (0,001*)	4,087 (0,007*)	11,811 (0,000*)	6,936 (0,000*)	0,991 (0,397)	12,908 (0,000*)
Göğüs şikâyeti ile hastaneye başvuru	Evet		159	52,15 ± 11,46	55,15 ± 13,96	49,06 ± 13,71	49,56 ± 16,71	63,73 ± 21,62	37,17 ± 18,42	23,84 ± 9,60	53,95 ± 11,68
	Hayır		142	44,46 ± 8,63	46,12 ± 9,55	40,81 ± 9,60	40,38 ± 12,22	45,63 ± 19,84	25,14 ± 11,09	22,04 ± 6,47	44,37 ± 8,66
				6,615 (0,000*)	6,606 (0,000*)	6,095 (0,000*)	5,481 (0,000*)	7,537 (0,000*)	6,944 (0,000*)	1,919 (0,056)	8,134 (0,000*)
	t (p)										
Ailede kalp hastası	Yok		139	48,75 ± 10,84	51,18 ± 12,43	45,79 ± 14,09	45,08 ± 14,44	53,81 ± 23,02	30,79 ± 15,84	23,81 ± 9,88	49,54 ± 11,18
	Var		162	48,32 ± 11,00	50,64 ± 13,29	44,63 ± 11,22	45,35 ± 16,29	56,38 ± 22,33	32,1 ± 17,1	22,28 ± 6,62	49,34 ± 11,62
				-0,340 (0,734)	-0,356 (0,722)	-0,796 (0,427)	0,149 (0,882)	0,980 (0,328)	0,684 (0,494)	-1,550 (0,123)	-0,150 (0,881)
	t (p)										
Eşlik eden hastalık durumu	Yok		78	44,12 ± 7,51	46,04 ± 10,61	40,58 ± 10,81	39,15 ± 12,08	40,68 ± 18,69	24,87 ± 12,87	22,69 ± 6,96	43,66 ± 8,31
	Var		223	50,06 ± 11,49	52,59 ± 13,19	46,77 ± 12,84	47,35 ± 15,94	60,27 ± 21,73	33,81 ± 17,04	23,09 ± 8,74	51,45 ± 11,66
				5,176 (0,000*)	4,389 (0,000*)	4,141 (0,000*)	4,732 (0,000*)	7,626 (0,000*)	4,831 (0,000*)	0,367 (0,714)	6,368 (0,000*)
	t (p)										

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0,05

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine göre MIDAS alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde;

Araştırmada yaşam kalitesi alt boyutlarından İlaç Yan Etkileri dışındaki diğer alt boyut puanları **Kalp Krizi/ Koroner Arter Hastalığı KAH/ MI tanı süresi** arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p \leq 0,05$). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, 4 yıl ve üzerinde tanı konan bireylerin Fiziksel Aktivite ($54,35 \pm 10,20$), Güvensizlik ($57,39 \pm 13,80$), Beslenme Şekli ($69,28 \pm 15,74$), İlaç Hakkındaki Endişe ($40,00 \pm 18,62$) ve toplam puanı ($56,26 \pm 10,22$) anlamlı olarak 1 yıl, 2 yıl ve 3 yıl süredir tanı konan bireylerin puan ortalamasından yüksek; 4 yıl ve üzerinde tanı konan bireylerin Duygusal Tepki puan ortalaması ($50,54 \pm 12,30$) ve Bağımlılık puan ortalaması ($51,01 \pm 14,21$) anlamlı olarak 2 yıl ve 3 yıl süredir tanı konan bireylerin puan ortalamasından yüksek; 3 yıldır tanı konan bireylerin Fiziksel Aktivite puan ortalaması ($44,17 \pm 8,80$), Güvensizlik ($45,15 \pm 10,95$) ve toplam puanı ($44,52 \pm 9,80$) anlamlı olarak 1 yıl ve 2 yıldır tanı konan bireylerin puan ortalamasından düşük; 3 yıldır tanı konan bireylerin Duygusal Tepki Puan Ortalaması ($41,48 \pm 9,86$), Bağımlılık ($41,59 \pm 15,63$), Beslenme Şekli ($47,12 \pm 22,19$) ve İlaç Hakkında Endişe puan ortalaması ($28,52 \pm 15,87$) anlamlı olarak 1 yıldır tanı konan bireylerin puan ortalamasından düşük olduğu saptandı.

Araştırmada daha önce **göğüs ağrısı şikâyeti** ile hastaneye başvuran bireylerin Fiziksel Aktivite ($52,15 \pm 11,46$), Güvensizlik ($55,15 \pm 13,96$), Duygusal Tepki ($49,06 \pm 13,71$), Bağımlılık ($49,56 \pm 16,71$), Beslenme Şekli ($63,73 \pm 21,62$), İlaç Hakkında Endişe ($37,17 \pm 18,42$) ve toplam puanı ($53,95 \pm 11,68$) anlamlı olarak daha önce göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye başvurmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı ($p \leq 0,05$).

Araştırmada **eşlik eden hastalığı olan** bireylerin Fiziksel Aktivite ($50,06 \pm 11,49$), Güvensizlik ($52,59 \pm 13,19$), Duygusal Tepki ($46,77 \pm 12,84$), Bağımlılık ($47,35 \pm 15,94$), Beslenme Şekli ($60,27 \pm 21,73$), İlaç Hakkında Endişe ($33,81 \pm 17,04$) ve toplam puanı ($51,45 \pm 11,66$) anlamlı olarak eşlik eden hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamasından yüksek olduğu gözlemlendi ($p \leq 0,05$).

Bu bölümde, AMI olan bireylerin HAÖ'nün alt boyut puan ortalamaları ile MIDAS toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki

4.13: Kişilerin Hastalık Algısı Ölçeği ile MIDAS Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Arasındaki İlişki Analizi

(N=301)

[illegible]

Tablo 4.13: Kişilerin Hastalık Algısı Ölçeği ile MIDAS Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Arasındaki İlişki Analizi (N=301)

[illegible]

Pearson korelasyon, * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından *Hastalık Tipi* ile *Hastalık Görüşlerinden* Akut Kronik Süre ($r:0,137$), Hastalığı Anlayabilme ($r:0,239$), Hastalık Nedenlerinden Psikolojik Atıflar ($r:0,286$), Bağışıklık ($r:0,156$) ve Kaza/Şans ($r:0,121$) arasında pozitif yönde; yaşam kalitesi alt boyutlarından İlaç Yan Etkileri ($r:0,152$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($p \leq 0,05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Akut Kronik Süre ile yaşam kalitesi ($r:-0,115$) arasında negatif yönde, yaşam kalitesi alt boyutlarından Bağımlılık ($r:-0,186$), beslenme Şekli ($r:-0,163$), İlaç Hakkında Endişe ($r:-0,141$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:-0,196$) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($p \leq 0,05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Sonuçlar ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Bağımlılık ($r:0,205$) arasında pozitif yönde, İlaç Yan Etkileri ($r:-0,280$) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulundu ($p \leq 0,01$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Kişisel Kontrol ile yaşam kalitesi ($r:0,242$), alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:0,182$), Güvensizlik ($r:0,153$), Duygusal Tepki ($r:0,186$), Bağımlılık ($r:0,272$), Beslenme Şekli ($r:0,264$), İlaç Hakkında Endişe ($r:0,239$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,100$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki gözlemlendi ($p \leq 0,05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Tedavi Kontrolü ile yaşam kalitesi ($r:0,363$), alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:0,258$), Güvensizlik ($r:0,279$), Duygusal Tepki ($r:0,260$), Bağımlılık ($r:0,337$), Beslenme Şekli ($r:0,396$), İlaç Hakkında Endişe ($r:0,358$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,181$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulundu ($p \leq 0,05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Hastalığı Anlayabilme ile yaşam kalitesi ($r:0,303$), alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:0,265$), Güvensizlik ($r:0,211$), Duygusal Tepki ($r:0,279$), Bağımlılık ($r:0,146$), Beslenme Şekli ($r:0,315$), İlaç Hakkında Endişe ($r:0,217$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,331$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki gözlemlendi ($p \leq 0,05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Döngüsel Süre ile yaşam kalitesi ($r:-0,225$), alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:-0,155$), Güvensizlik ($r:-0,167$), Duygusal Tepki ($r:-0,166$), Bağımlılık ($r:-0,175$), Beslenme Şekli ($r:-0,255$), İlaç Hakkında Endişe ($r:-$

0,260) ve İlaç Yan Etkileri ($r:-0,149$) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($p\leq 0,05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Duygusal Temsiller ile yaşam kalitesi ($r:0,660$), alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:0,542$), Güvensizlik ($r:0,622$), Duygusal Tepki ($r:0,533$), Bağımlılık ($r:0,534$), Beslenme Şekli ($r:0,552$), İlaç Hakkında Endişe ($r:0,412$) pozitif yönde, normal düzeyde ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,164$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($p\leq 0,01$).

Hastalık Nedenlerinden Psikolojik Atıflar ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki ($r: 0,139$) ve İlaç Yan Etkileri ($r: 0,363$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p\leq 0,05$).

Hastalık Nedenlerinden Risk Etkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutlarından beslenme şekli ($r:-0,115$) ve ilaç yan etkileri ($r:-0,196$) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p\leq 0,05$).

Hastalık Nedenlerinden Bağışıklık ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki ($r:0,165$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,232$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p\leq 0,05$). *Hastalık Nedenlerinden* Kaza/Şans ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki ($r:-0,147$) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki gözlemlendi ($p\leq 0,05$).

5. TARTIŞMA

Akut miyokard infarktüsü (AMİ) sonrası bireylerde, ciddi sağlık sorunları görülmekte olup bu sorunlar bireylerin yarı bağımlılık/ bağımlılık dizgesinde yaşamlarını sürdürmelerine ve yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Kılıç 2018; Olgun ve ark. 2016). AMİ sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönmelerini, yaşamlarını daha sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamlarını sağlamalarında hastalık algılarının belirlenerek bakım/ tedaviye uyumlarının artırılmasının önemi belirtilmektedir (Sevinç 2016; Uysal ve ark. 2009).

Sağlık ve hastalık kavramları ile ilişkili algıların belirlenmesi; birey/ aile ve toplumun sağlığını koruma ve sürdürme, hastalıkları önleme, bakım/ tedaviye uyumun sağlanmasında önemli olan hemşirelik girişimlerin planlanmasını sağlar (Karabulutlu ve Karaman 2015). Hemşirelerin bireylerin hastalıklarına ilişkin algı ve endişelerini bilmeleri; yaşam kalitesini arttırılmasında önemli bir unsur olup (Kocaman ve ark.2007) bireye özgü hasta eğitimini de kapsayan hemşirelik uygulamalarını planlanma ve uygulamaya olanak sağlar (Kocaman 2008). Bu bilgiler doğrultusunda, çalışma AMİ tanısı olan bireylerin hastalık algılarının değerlendirilerek hastalığa özgü yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bulguları beş bölümde ele alınarak tartışıldı.

- 1.) AMİ Tanısı Olan Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 2.) AMİ Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 3.) AMİ Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması
- 4.) AMİ Tanısı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 5.) AMİ Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısı Ve Yaşam Kalitesi Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırmanın Tablo 4.1.' de belirtilen AMİ olan bireylerin bireysel özelliklerine ilişkin bulguları tartışıldı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların **yaş** ortalamasının ($59,04 \pm 5,56$) olduğu, 60 yaş altı hasta grubunun örneklemin %41'ini, 60 yaş ve üzeri hasta grubunun ise örneklemin %59'unu, kadınlar örneklemin %51'ini oluşturduğu saptandı (Tablo 4.1). Bu araştırma örnekleminin ortalama 59 yaş olduğunun saptanması; kronik hastalık görülme sıklığının 55 yaş üzerinde arttığı ve yaş arttıkça görülme sıklığının arttığının belirlendiği Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdi. TEK HARF (2009) çalışma sonuçlarına göre; 45-54 yaş grubunda %6 dolayındaki koroner hastalık prevalansı, 55- 64 yaş grubunda %17, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %28 düzeyine yükselmektedir. Onat ve arkadaşları (2017), söz konusu prevalanslar 1990 yılındakilere kıyasla 50 yaş üstü kesimde %80 oranında arttığını belirtmiştir. Barlow ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise hastaların yaş ortalamasının ($65,1 \pm 9,5$), Sevinç ve Akyol'un (2009) araştırmasında hastaların, % 32,6'sının 50-59 yaş aralığında ve yaş ortalamasının ($58,7 \pm 9,14$) olduğu belirtmiştir. Araştırmanın bu bulgusu ulusal ve uluslararası çalışma bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte yaş artışına birlikte AMİ geçirme riskinin arttığını göstermektedir.

Bu araştırmanın örnekleminde yer alan hastaların %76'sının evli olduğu, %20'si eşinin vefat ettiği saptandı (Tablo 4.1). Demir'in (2008) kalp yetmezliği olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların %65, 3'ünün evli, %34, 6'sının dul olduğu bulunmuştur. Öz'ün (2006) miyokard infarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada hastaların %86,8 'inin evli olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğunun evli olması bulgusu, konu ile yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte olup, AMİ görülme yaşının 60 yaş üzeri olması ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Hastaların **eğitim durumları** incelendiğinde; %47,8' inin okur yazar olmadığı, %30,6'sının ilkokul mezunu olduğu saptandı (Tablo 4.1).Yardımcı'nın (2010) yaptığı çalışmada akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların %40'ı,Eroğlu Aygöl'ün (2019) araştırmasında ise; hastaların %57,1'i ilköğretim mezunu olduğu görüldü. Araştırma örnekleminde yer alan hastaların çoğunluğunun okur yazar olmadığı ve ilköğretim mezunu olduğu bulgusu, hastaların eğitim durumunu yansıtmakta olup, yapılan ulusal çalışmalar ile benzerlik gösterdi.

Araştırmaya katılan hastaların **meslekleri** incelendiğinde; çoğunluğunun çalışmadığı ve %4,6'sının emekli olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Çalışmama durumunun ve emeklilerin örneklemin %50,1'ni oluşturması, hastaların yaş ortalamasının 60 yaş üzeri ve emeklilik yaşına uyması ile ilgilidir. Chan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, emekli olanların oranının örneklemin %58,7 oluşturduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada Sevinç ve Eşer (2011) de hataların % 52,2'si emekli olduğunu saptamıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş grupları ve yaş ortalaması dikkate alındığında çoğunluğun emekli olması beklenen bir sonuç olup, incelenen araştırmalar ile uyum göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, %45.5'inin çalışmadığı, **ekonomik durumunun** orta düzeyde olduğu %72, **yaşamlarını geçirdikleri yerin ilçe** olduğu %40, **evde yaşayan birey (hane halkı) sayısının** ise 7 ve üzeri %37 olduğu görüldü (Tablo 4.1). Fırat ve Dedeli (2016) miyokard infarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada hastaların ekonomik düzeyinin orta olduğunu %31,9 belirtmişlerdir. Olgun (2006) çalışmasında miyokard infarktüsü geçiren hastaların %66,7 'sinin gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu, %50,7'sinin çalışmadığı belirtilmiştir. Araştırma bulgularından çalışmama durumunun çoğunluğu oluşturması örneklemin büyük çoğunluğunun yaşının 60 yaş ve üzerinde olması ve yaşadığı yerin ilçe olmasından kaynakladığı düşünülmektedir. Bu araştırma bulgusu daha önce yapılan ulusal çalışmalara benzer olup örneklemin ekonomik durumunu yansıtmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %62'sinin **tanı öncesi sigara** kullandığı ve %17'sinin tanı sonrası sigara kullanmaya devam ettiği saptandı (Tablo 4.1). Düzöz'ün (2003) AMİ hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerini incelediği bir çalışmada da benzer şekilde hastaların %67.8' inin tanı öncesi sigara içtiği görülmüştür. Coşkun'un (2019) çalışmasında da miyokard infarktüsü geçiren hastaların %46.5'inin daha önce sigara içtiği, %14'ünün ise sigara kullanmaya devam ettiği belirtilmiştir. Wang ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hasta bireylerin %53,9'unun tanı öncesi sigara içtiği, %18,8'inin ise sigara kullanmaya devam ettiği saptandı. Araştırmanın bu bulgusu; hastaların sigara içme durumunun tanı öncesi yüksek olması (%62), sigaranın AMİ en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu göstermektedir (Olgun 2006; Öz 2006; Sevinç 2012). Ayrıca araştırmadaki hastaların tanı sonrasında %17'sinin hala sigara

içmeye devam etmesi, sigaranın değiştirilebilir risk faktörleri hakkında bilgi eksikliği ya da sigara bağımlılığı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

5.2. Akut Miyokard Infarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların %44,5'inin 3 yıl ve 3 yıldan daha fazla süredir **KAH/MI** tanısı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Demir'in (2008) yaptığı çalışmada hastaların %48'inin, Özer ve Argon'un (2005) çalışmalarında da hastaların %57,8'inin 2-3 yıldan fazla süredir KAH/MI tanısıyla yaşadığı belirtilmektedir. Araştırmadaki hastaların yarısına yakının hastalık süresinin 3 yıl ve üzeri olması bulgusu, Bu konuda yapılan çalışmalar ile benzer olup, AMİ hakkındaki hastalık algısı ve yaşam kalitesinin olumlu yönde etkileyebilecek bir faktör olması açısından önem taşımaktadır.

Hastaların daha önce **göğüs ağrısı** şikâyeti ile hastaneye başvurma durumları incelendiğinde %52, 8'inin evet cevabı verdiği saptandı (Tablo 4.2). Özer'in (2002) yaptığı çalışmada hastaların %70,6'sının, Demir'in (2008) çalışmasında ise hastaların %78,7'sinin daha önce kalp ile ilgili yakınmalardan dolayı hastanede yattığı belirtilmiştir. Wang ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %35,2'sinin, Rejeh ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hastaların %73'ü ailesinde kalp hastalığı öyküsünün olduğu saptandı. AMİ öncesi en sık görülen uyarıcı bulgunun göğüs ağrısı olduğu, göğüs ağrısının sıklıkla kalp krizi geçirme korkusu ile birlikte görüldüğü, erken girişim ve müdahaleler ile kalp krizinin önlenileceği belirtilmektedir (Bulduk ve ark. 2017; Eroğlu Aygöl 2019; Öksüz 2018). Araştırmanın bu bulgusu literatür ve yukarıda belirtilen çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan hastaların **ailesinde kalp hastalığı öyküsü** bulunma oranı %53,8 olarak belirlendi (Tablo 4.2). AMİ ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda hastaların ailelerinde kalp hastalığı olma durumlarına bakıldığında: Demir'in (2008) yaptığı çalışmasında %65,3'ünün, Özer'in (2002) çalışmasında %51'inin, Coşkun'un (2019) çalışmasında %54,7' sinin aile öyküsünde kalp hastalığı olduğu saptandı. Yapılan araştırmaların sonucu bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösterdi. Anne, baba ve kardeş gibi ailede kalp rahatsızlığı olması genetik/ kalıtsal yatkınlık olduğunu belirtmektedir (Badır ve Korkmaz 2010; Eroğlu Aygöl 2019).

Bu araştırmada AMİ tanısı konulan geçiren hastaların %74,1'i, hastalığının yanında **eşlik eden bir diğer sağlık sorunun** da olduğunu ifade etti (Tablo 4.2). Düzöz'ün (2003) yaptığı çalışmada hastaların %86,7'sinde eşlik eden bir hastalığının olduğunu bunun yanında bu hastalıklar içerisinde %48,9'unun hipertansiyon, %21,1'inin diyabetli olduğu saptanmıştır. Olgun ve arkadaşları (2016)'da yaptığı çalışmada hastaların %36'sında hipertansiyon olduğu saptandı. Wang ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %56,3'ü hipertansiyon, %39,8'i diyabetes mellitus, %31,3'ünde ise obezite saptanmıştır. Eroğlu Aygül'ün (2019) çalışmasında hastaların miyokard infarktüsü geçirme durumlarının yanında eşlik eden kronik bir hastalık bulunma oranının %74,3 olduğu ve hastaların % 40,0'ında hipertansiyon, %25,7'sinde diyabetes mellitus hastalığı saptanmıştır. Hipertansiyon hastalığının örneklem grubunda en çok görülen ek kronik hastalık olması, hipertansiyonun kronik kalp hastalıklarında önemli bir risk faktörü olması ile birlikte orta ve ileri yaş kalp hastalarında yüksek oranda görülmesi ile ilişkili olduğu söylenebilir (Ceylan ve ark.2011; Güleç 2009).

5.3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.1. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; örnekleme oluşturan hastaların Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) alt boyut puan ortalamalarına (Tablo 4.3), bireysel özelliklere göre (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6) ve hastalık özelliklerine göre (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9) HAÖ'nün alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yönelik tartışmaya yer verildi.

Araştırmadaki hasta bireylerin, HAÖ ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde: *Hastalık Tipi* ortalama puanı $6.65 \pm 1,93$; *Hastalık Hakkındaki Görüşleri* alt boyutunda en fazla puan ortalamasının Sonuçlar bileşeninden $22.59 \pm 2,65$ ve en düşük puan ortalamasının Hastalığı Anlayabilme bileşeninden $10.92 \pm 3,07$ alındığı; *Hastalık Nedenleri* alt boyutunda en fazla puan ortalamasının Risk Etkenleri bileşeninden $20.74 \pm 2,02$ ve en düşük puan ortalamasının Kaza/Şans bileşeninden $4.60 \pm 1,17$ alındığı belirlendi (Tablo 4.3).

Bu doğrultuda, bu araştırmada HAÖ' nün alt boyutlarından *Hastalık Tipi* boyutu puan ortalamasının ($6,65 \pm 1,93$); aynı ölçek ile benzer örnekleme yapılan Öksüz'ün

(2018) (5,14±2,61) ve Tekin'in (2016) (7,1±5,0) Araştırmanın bu bulgusu ulusal çalışma bulgularına benzer şekilde akut miyokard infarktüsü tanısı olan bireylerin hastalığın başlangıcından bu yana bu belirtileri yaşadığı ve belirtilerin hastalıkları ile ilgili olduğunu düşündüklerini gösterdi. Öte yandan *Hastalık Tipi* puan ortalamasının; Qin ve arkadaşlarının (2020) 3,99±2,30 ve Alsen ve Eriksson (2016) 4,7±2,6 olarak buldukları uluslararası çalışmalardan farklı olduğu görülmekle beraber bu sonucun kültürel farklılık ve örneklemin hastalığa karşı verdiği yanıtta kaynaklandığı düşünülmektedir

Bu araştırma kapsamındaki hastaların HAÖ alt boyutlarından *Hastalık Hakkındaki Görüşler* alt boyutu bileşenlerinden Sonuçlar bileşeninin puan ortalamasının (22,59±2,65) en yüksek öte yandan Hastalığı Anlayabilme puan ortalamasının (10,92±3,07) en düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 4.3). Tekin'in (2016), Karadağ (2013) ve Bağçıvan ve ark. (2018)'nin, Karabulut ve gün (2019) aynı örneklem grubu ile yaptığı çalışmada hastaların *Hastalık Hakkındaki Görüşler* alt boyut bileşenlerinden aldıkları puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Alsen ve Eriksson'un (2016) miyokard infarktüsü tanısı olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların en düşük puanı (3,4±2,7) Hastalığı Anlayabilme bileşeninden aldığı görüldü. Gündüz ve Karabulutlu (2016) farklı bir örneklem grubu ile yaptığı çalışmada da bu araştırma bulgusuna benzer şekilde hastaların, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasını düşük bulduklarını belirtmektedir. Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasının düşük bulunması hastaların hastalıkları hakkında yeterince bilgilerinin olmadığını göstermektedir.

Hastalık Nedenleri alt boyutunun değerlendirildiği araştırmada en yüksek puan ortalamasının Risk Etkenleri bileşeninden (20,74±2,02), en düşük puan ortalaması Kaza/Şans bileşeninden (4,60±1,17) alındığı belirlendi (Tablo 4.3). Bu bulgu Karabulut ve Gün'ün (2019), Ciddi'nin (2010), Lukoseviciute ve Smigelskas (2020), çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdi. Araştırmanın bu bulgusu, hastaların hastalık nedenleri olarak daha çok sigara, alkol ve çevre kirliliği gibi risk etkenlerinden kaynaklandığını ve kaza yada şansın yaşadıkları sorunlar üzerinde etksinin az olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

5.3.2. Bireysel Özelliklere Göre HAÖ'nün Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

60 yaşın altındaki hastaların 60 yaş ve üzerindeki hastalara göre hastalık tipi alt boyutu ve hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme bileşeni puanının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4, Tablo 4.5, $p<0,05$). Lukoseviciute ve Smigelskas (2020) çalışmasında 65 yaş altı hastaların hastalığı anlayabilme bileşeninden aldığı puan ortalaması 65 yaş üstü hastalardan yüksek bulundu. Araştırmanın bu bulgusu, hastalığı anlayan bireylerin hastalığa dair belirtilerin hastalığı ile ilgili olduğunu düşündüklerini gösterir. Araştırmada bu sonucun çıkması 65 yaş üstü hasta bireylerin eşlik eden birden çok hastalık varlığının olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların **cinsiyetine** göre HAÖ'nün *Hastalık Tipi*, *Hastalık Hakkındaki Görüşler* ve *Hastalık Nedenleri* alt boyutları ve bileşenleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Sonuçlar, Döngüsel Süre, Duygusal Temsiller bileşenleri dışında tüm altboyut ve bileşenlerde erkeklerin puan ortalamasının kadınlardan daha fazla olduğu görüldü fakat cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6). Bu bulgu Öksüz'ün (2018) kalp krizi geçiren hastaların hastalık tipi puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmadığı sonucu ile benzer olduğu görüldü. Benzer şekilde Alsén'in (2009) miyokard enfarktüsü sonrası hastalık algısını incelediği çalışmada da erkeklerin Akut/Kronik Süre bileşeni puan ortalaması kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın bu bulgusu yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzer özelliktedir.

Eğitim durumuna göre yüksekokul fakülte mezunu olan hastaların; *Hastalık Tipi* puanının okuryazar olmayan ve ilkokul mezunlarına göre fazla ($p<0,05$), lise mezunu olan hastaların *Hastalık Hakkındaki Görüşlerden* Sonuçlar, Hastalığı Anlayabilme ve *Hastalık Nedenlerinden* Bağışıklık puanlarının okur yazar olmayanlara göre fazla ($p<0,05$), lise ve yüksekokul fakülte mezunu olan hastaların *Hastalık Nedenlerinden* Psikolojik Atıflar puanının diğer eğitim durumuna göre daha fazla ($p<0,05$) olduğu saptandı. Öte yandan ortaokul mezunların puanlarının Döngüsel Süre puanının yüksekokul/ fakülte mezunlarına göre fazla, okuryazar olmayanların Duygusal Temsiller puanının ilkokul mezunlarına göre fazla, ayrıca okuryazar olmayanların Risk Etkenleri puanının lise mezunlarına göre fazla olduğu görüldü (Tablo 4.5, $p<0,05$).

Benzer (Öksüz 2018) ve farklı hasta grubu (Irmak 2017) ile yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile Sonuçlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu çalışmada eğitim görülen süre durumu arttıkça beklenildiği gibi hastanın Hastalığını Anlayabilme ve hastalığının fiziksel, sosyal ve psikolojik Sonuçlarını kavradığını, hastalıklarının *ise stress ve kaygı gibi* Psikolojik Atıf ve Bağışıklık nedeni olduğuna inandıkları ve hastalık sürelerini Döngüsel algılamadıkları saptandı. Eğitim seviyesi arttıkça hastalığın kötü sonuçları olduğuna dair olumsuz düşünceler azalmaktadır. Bu çalışma bulgusu; hastaların eğitim seviyelerinin artmasının, hastaların hastalıklarını anlamaları ve hastalık nedenlerini daha çok bilimsel sebeblere temellendirmeleri ile ilişkili olduğunu gösterdi. Bu sonuca göre hastalığın bakım/tedavi sürecinde eğitim durumu yüksek olan hastaların hastalıklarını kontrol altına alırken daha başarılı oldukları ve bakım/tedavi daha fazla uyumlu olabileceklerini düşündürdü.

Hastaların **ekonomik durumunun** iyi olmasının, Kişisel Kontrol ve Duygusal Temsiller bileşen puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Duygusal Tepki puanının yüksek olması hastanın duygusal yönden hastalığa dair olumsuz düşüncelerinin olduğunu gösterdiği dikkate alındığında; ekonomik durumu kötü olan hastaların iyi olan hastalara göre daha fazla duygusal tepkiler taşıdığı saptandı. Araştırmanın bu bulgusuna benzer şekilde Karadağ (2019) farklı hasta grubu ile yaptığı çalışmada hastaların ekonomik durumu ile Kişisel Kontrol puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptamıştır. Ekonomik durumu iyi olan bireylerin daha düşük gelirli hastalara göre, hastalığın iç kontrol algısını gösteren Kişisel Kontrolü daha iyi yaptıkları söylenebilir. Bu sonuç ekonomik durumun artmasının, hastanın hastalığı kontrol edebilme ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada **yaşadığı yere** göre; köyde yaşayan bireylerin ilde yaşayan bireylere göre Süre (Akut/Kronik) puanının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Bu puanın yüksek olması hastalarda hastalıkları ile ilgili durumlarının kronik olduğu düşüncesinin yer aldığını göstermektedir. Ayrıca ilde yaşayan bireylerin kırsal kesimde yaşayanlara göre Tedavi Kontrolü konusunda daha iyi oldukları belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Bu araştırmanın yaşadığı yer ve hastalık algısına ilişkin bulgusu; Karabulut'un (2018) kalp hastaları ile yaptığı çalışmadaki, hastaların yaşam yeri ile Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme bileşenleri üzerinde farklılık saptandığı bulgusu ile benzerlik gösterdi. Bu çalışmada ilde yaşayan hastalarda Tedavi

Kontrolünün yüksek çıkması hastaların herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında sağlık imkanları konusunda (ölçeğin tedavi kontrolüne karşılık gelen) daha avantajlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma örneklemini oluşturan hastaların **evdeki hane halkı** sayısının fazla olması Döngüsel Süre puanının azalttığı görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Araştırmanın bu bulgusu ile ilgili çalışma bulunmamakla birlikte hastaların evde yaşayan birey sayısının fazla olması hastaların hastalıkların tekrarlanma riskini daha az gördüğünü düşündükleri söylenebilir.

Bu araştırmadaki ilgi çekici bulgulardan birisi hastaların AMİ tanısı öncesi **sigara içme durumu** Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller bileşenini etkilerken, **tanı sonrası sigara içmeye devam etme durumu** ise hastalık hakkındaki Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller dışındaki *Hastalık Hakkındaki Görüşleri* ve *Hastalık Tipi* puanını etkilemesi idi. Araştırmanın bu bulgusunda tanı öncesi sigara içme durumu, hastaların hastalık nedenlerinin risk etkeni olan sigaraya bağlı olduklarını düşünmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tanı sonrası sigara içen hastaların hastalıklarının tekrar etmeyeceği düşüncesi ve hastalığı deneyimlemelerinden dolayı hastalığa karşı duygusal yanıtlarının azalacağı düşüncesinin hakim olmasından ileri gelebileceği düşünüldü.

5.3.3. Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ'nün Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kalp krizi **tanısı 4 yıl** ve üzerinde olan hastaların daha az süredir tanısı olan bireylerden Psikolojik Atıflar puanının düşük ve Duygusal Temsiller puan ortalamasının yüksek olduğu ($p<0,05$) öte yandan 1 yıl olan kişilerin Döngüsel Süre puanının 4 yıl ve üzerinde olan hastaların puanından yüksek olduğu bunda istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiği gözlemlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Araştırmanın bu bulgusu hastalığı yeni deneyimleyen bireylerin hastalıklarının tekrarlayacaklarını düşündüklerini göstermektedir. Hasta bireyde farklı hastalıkların olmasına bağlı birden fazla ilaç kullanımı, ilaç yan etkilerini anlayamama ve ilaç etkileşimleri sebebiyle tedavi sürecinin etkilenmesi hastalık algısını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Tekin 2016).

Göğüs ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran hastaların duygusal temsiller puan ortalaması, göğüs ağrısı şikayeti ile hastaneye başvurmayan diğer bireylere göre yüksek bulunmakla beraber hastalık algılarının daha olumsuz olduğu saptandı (Tablo 4.8).Araştırmanın bu bulgusu ile ilgili literatürde çalışmaya rastlanılmamıştır.

Aynı zamanda bu araştırmada **ailesinde kalp rahatsızlığı öyküsünün** bulunması ile Sonuçlar ve Hastalığı Anlayabilme puanı arasında anlamlı bir ilişki görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Araştırmanın bu bulgusunda hastaların aile öyküsünde kalp rahatsızlığının bulunması hastalığın sonuçlarının kötü olacağı düşüncesinin yer alacağını gösterdi. Hasta bireylerin aile öyküsünde kalp rahatsızlığının bulunması daha önce hastalık durumunu deneyimlediğini göstermektedir. Chiou ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında ailesinde koroner kalp hastalığı olan bireylerin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olmasının baş etmeyi kolaylaştırdığı, hastalığa uyumu artırdığı, kişisel bakım becerisini artırdığı ve hastalık hakkındaki yanıtlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.

Eşlik eden hastalık durumu ile sadece Sonuçlar, Döngüsel Süre ve Duygusal Temsiller bileşenleri arasında farklılık saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Araştırmanın bu bulgusu hastaların başka kronik hastalık varlığından dolayı hastalıklarının sonuçlarının daha kötü olacağı ve bu sürecin tekrarlayacağı algısı olduğu düşünülmektedir. Kara (2019) farklı bir örneklem grubu olan akciğer rahatsızlığı olan hastalarda yaptığı çalışmada eşlik eden hastalık durumu ile Sonuçlar ve Duygusal Temsiller bileşeni arasında anlamlı farklılıklar saptandı. Araştırmanın bu bulgusunun, yukarıda belirtilen çalışma sonucuyla benzer olduğu saptandı.

5.4. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırma kapsamındaki AMİ olan hastaların, Miyokard Infarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği MIDAS'ın alt boyut ve toplam puan ortalamaları doğrultusunda (Tablo 4.10.) yaşam kalitesine, ayrıca bireysel özelliklere (Tablo 4.11.) ve hastalık özelliklerine (Tablo 4.12.) göre yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulguların tartışılmasına yer verildi.

Bu araştırmada hastaların **MIDAS'tan aldıkları toplam puan ortalamalarının** ($49,43\pm11,40$) olduğu saptandı (Tablo 4.10). MIDAS toplam puanın "0" olması en iyi sağlık durumunu, "100" olması ise en kötü sağlık durumunu ifade ettiği gözönüne alındığında, bu araştırmada ortalama puanının ($49,43\pm11,40$) olarak bulunması AMİ hastaların yaşam kalitesinin **orta düzeyde** olduğunu gösterdi. Yılmaz ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada ölçek toplam puan ortalamasının ($40,03$) olduğu ve Akçay Fırat ve Dedeli'nin (2016) yaptığı çalışmada toplam puan ortalamasının ($37,4$) olduğu çalışma

bulguları ile paralellik gösterdi. Thompson ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında toplam puanın (32,12) olduğu görüldü. Wang ve arkadaşları (2016)'nın hastaların yaş ortalaması (55,4 yıl), sigara içen hasta sayısının ortalaması (%53,9) ve eğitim durumunun yüksek olduğu çalışmasında MIDAS toplam puan ortalamasının düşük ve iyi olduğu belirlendi. Bu bulgu daha önce yapılan ulusal çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermekle birlikte diğer uluslararası çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Ulusal düzeyde yapılan çalışmaların Akut Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğunu gösterdi. Uluslararası çalışmaların sonuçlarında ise hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu gözlemlendi. Araştırmanın bu bulgusunun nedeni ulusal çalışmaya dahil edilen hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), sigara içme durumu ve politiko-ekonomik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada ayrıca hastaların, ölçek alt boyut puan ortalamalarından en yüksek *Beslenme Şekli* alt boyutundan (55.19 ± 22.65) ve en düşük *İlaç Yan Etkileri* alt boyutundan (22.99 ± 8.31) aldığı saptandı (Tablo 4.10). En yüksek puan ortalamasının beslenme şekli olduğu bu araştırma bulgularının aksine en yüksek puan ortalaması Fiziksel Aktivite (Akçay Fırat ve Dedeli 2016) ve Bağımlılık (Yılmaz ve ark. 2011) olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Wang ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise hastaların en yüksek puanı Fiziksel Aktivite en düşük puanı ilaç yan etkiler alt puanından aldığı görüldü. Ayrıca bu araştırmaya benzer şekilde en düşük puanın *İlaç Yan Etkileri* olduğu çalışma (Yılmaz ve ark. 2011) olmakla birlikte en düşük puanın Bağımlılık alt boyutundan alındığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (Akçay Fırat ve Dedeli 2016). Diğer çalışma bulgularından farklı sonuçlar olmasının nedenin bu araştırma örnekleminin bireysel özellikleri ve araştırmanın yapıldığı bölge ile ilişkili kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünüldü. Bu araştırmada alt boyut puan ortalamalarından alınan en yüksek puanın *Beslenme Şekli* alt boyutu olmasının hastaların AMİ sonrası beslenme konusunda yaşam kalitelerinin diğer boyutlara göre kötü olduğunu göstermektedir. En düşük puanın *İlaç Yan Etkileri*nde görülmesi hastaların AMİ sonrası kullandıkları ilaçların yan etkilerinin yaşam kalitesinde düşük miktarda olumsuz etki bıraktığını göstermektedir.

5.4.1. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş, cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre MIDAS toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.1). Sadece medeni durumdan evli olanların Duygusal Tepkiler puanının diğer (bekar, dul, boşanmış) olanlara göre düşük olduğu yani yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu belirlendi ($p<0.05$). Eroğlu Aygül'ün (2019) yaptığı çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi alt boyutlarından İlaç Hakkında Endişe alt boyutu puanı dışında anlamlı farklılıklar saptanmadı.

MIDAS ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı bulunan eğitim durumu, meslek, yaşam yeri, evde yaşayan/hane halkı birey sayısı, tanı öncesi sigara içme durumu, sigara kullanımına devam edilmesi ve alkol kullanımına ilişkin sonuçlar tartışılmıştır.

Araştırmada hastaların **eğitim durumlarına** göre yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları toplam puan incelendiğinde lise mezunu bireylerin yaşam kalitesi toplam puanı ilkokul ve ortaokul düzeyindeki bireylerden yüksek ve kötü, üniversite mezunu kişilerin yaşam kalitesi puan ortalaması lise mezunu kişilerden düşük olduğu ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görüldü ($p\leq 0,05$) (Tablo 4.11). Lise mezunu hastaların Duygusal Tepki, Beslenme Şekli ve İlaç Yan Etkileri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Bu araştırma bulgularına paralel olarak, Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden Fiziksel Aktivite ve Duygusal Tepki arasında anlamlı bir fark olduğu ve üniversite düzeyinde eğitim alan hastaların puan ortalamaları lise düzeyine göre düşük bulunmakla birlikte yaşam kalitelerinin iyi olduğunu gösterdi. Buna karşı MI hastaları ile yapılan bir çalışmada Eroğlu Aygül'de (2019) hastaların eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden İlaç Hakkında Endişe boyutu dışında diğer boyutlarda anlamlı fark saptanamamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim düzeyi değerlendirildiğinde hastaların yaşam kalitesinin lise düzeyi dışındaki gruplarda iyi olduğu görüldü.

Araştırmada hastaların **mesleklerine** göre yaşam kalitesi toplam puan ve ölçeğin tüm alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılık görüldü ($p\leq 0,05$ - $p\leq 0,01$) (Tablo 4.11). İşçi olan hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının diğer meslek

gruplarındaki hastaların aldıkları toplam puan ortalamalarından yüksek yani yaşam kalitelerinin kötü olduğu bulundu ($p \leq 0,01$) (Tablo 4.11). Araştırmanın bu sonucu hasta olan bireylerin ağır fiziksel güç gerektiren işlerde çalışmasının, yaşam kalitesine olumsuz yönde etki edebileceğini göstermektedir.

Yaşam kalitesi alt boyutları ile **yaşam yeri** arasında yapılan karşılaştırmada İlaç Hakkında Endişe alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve toplam puanda anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4.11). Yapılan karşılaştırmada ilde yaşayan AMİ bireylerin yaşam kalitesinin ilçede ve köy/ kasabada yaşayanlara göre yaşam kalitelerinin kötü olduğu saptandı. Araştırmanın bu bulgusu; ilde yaşayan insanların şehrin gürültüsü, trafik sorunları, iklim değişiklikleri sebebiyle yaşam kalitelerinin kötü olduğunu düşündürmektedir. Araştırmanın bu bulgusunun aksine, Üstündağ ve Kesebir (2013) yılında farklı bir örneklem grubu ile yaptığı çalışmada kırsal kesimde yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve bunun nedeninin hastalık durumunun bireyde damgalanma algısı oluşturmamasından kaynaklandığını belirtmektedir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi alt boyutlarını etkileyen bir diğer unsurun **hane halkı/ evde yaşayan birey sayısı** olduğu saptandı. Hane halkı/ evde yaşayan birey sayısının artması arttıkça hasta bireylerin alt boyutlardan; Fiziksel Aktivite, Güvensizlik, Bağımlılık puan ortalamalarında artış ($p \leq 0,05$) (Tablo 4.11) söz konusu olmakla birlikte yaşam kalitelerinde azalmanın görüldüğü saptandı. Evde yaşayan birey sayısının artması sağlık harcamalarını artıracığından bireyin maddi anlamda daha bağımlı yaşamasına yol açacağını ve bundan dolayı yaşam kalitesine olumsuz etki edeceği düşünülmektedir. Hane halkı sayısı bu araştırmanın yapıldığı bölge için önemli olup, yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünüldüğünden değişken olarak ele alınmış olup, daha önce yapılan çalışmalarda bu değişken ile yaşam kalitesinin aynı ölçek ile karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanılamamıştır.

Bu araştırmada **tanı öncesi sigara içme durumu** ile MİDAS alt boyutlarından ilaç hakkında endişe ve ilaç yan etkileri puan ortalaması hariç diğer alt boyutlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4,11). Sigara içen hastaların MİDAS puan ortalaması sigara içmeyen hastalara göre daha yüksek çıkmakla birlikte yaşama kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı. Hasta bireylerin **Tanı sonrası sigara içmeye devam etmeleri** yaşam kalitesinin daha da kötüye gideceğinin desteklemektedir. Uysal

(2009) çalışmasında sigara kullanmanın hasta bireylerin tedaviye yetersiz yanıt vermesine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olacağını saptadı.

Araştırma bulgularından **Alkol tüketimi** ile MİDAS alt boyutlarından sadece fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Alkol tüketen bireylerin puan ortalamasının tüketmeyen bireylere göre puan ortalaması yüksek çıkmakla birlikte kötü bulundu. Alkol tüketmenin kalp sağlığına olan kötü etkisi nedeniyle yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Canto ve ark. 2011; Demir ve Özer 2014; Uysal ve ark. 2009).

5.4.2. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma da 4 yıl ve üzeri süredir **tanı konan** bireylerin puanı 1, 2 ve 3 yıldır tanı konulmuş hastalara göre yaşam kaliteleri daha kötü olduğu belirlendi ($p<0.001$) (Tablo 4.12). Annaç (2018) yaptığı çalışma 1-3 yıl arası tanı konan hastalar ile 4 yıl ve üzeri süredir KAH tanısı olan hastalar arasında anlamlı farklılık saptandığı görüldü. Bu bulgu hastalıkla yaşama süresi arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı sonucunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesini arttırmak için bilgi/ eğitim/ danışmanlık ve destek hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Araştırmada **daha önce göğüs şikâyeti ile hastaneye başvuran** kişilerin Fiziksel Aktivite, Güvensizlik, Duygusal Tepki, Bağımlılık, Beslenme Şekli, İlaç Hakkında Endişe puanı anlamlı olarak daha önce göğüs şikayeti ile hastaneye başvurmayan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görüldü ($p\leq 0,05$) (Tablo 4.12). Çalışmanın bu bulgusunda alt boyut puan ortalamalarının yüksek çıkması hastanın yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Bu araştırmanın ilgi çeken bir bulgusuda; göğüs ağrısı şikayeti yaşayan hastaların yaşayacağı huzursuzluk nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesi bulgusudur. Bu bulgu hastaların iyileşmeler hatta iyileşmelerinin üzerinden uzun yıllar geçse bile göğüs ağrısı ile hastaneye başvurunun bir kaygı nedeni olarak halen etkisinde oldukları ve bununda yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir.

Eşlik eden hastalık durumunun varlığı ile alt boyutlar arasında yapılan analizler sonucu İlaç Yan Etkileri boyutu hariç diğer boyutlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<005$) (Tablo 4.12). Eşlik eden hastalığı olanlar eşlik eden hastalığı olmayanlara göre; Fiziksel Aktivite, Güvensizlik, Duygusal Tepki, Bağımlılık,

Beslenme Şekli, İlaç Hakkında Endişe alt puan ortalamaları daha yüksek yani yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda Akut Miyokard İnfarktüsüne eşlik eden hastalığın olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü görüldü. Aygül'ün (2019) aynı hasta grubu ile yaptığı çalışmada Fiziksel Aktivite alt boyutu ile eşlik eden hastalığı olanlar arasında anlamlı ilişki saptandı. Yılmaz ve ark.(2011)'in yaptığı çalışmada eşlik eden hastalık sayısı ile MİDAS'ın Güvensizlik ve Bağımlılık boyutları dışındaki boyutlarda anlamlı ilişki saptanmıştır ($p \leq 0,05$).

5.5. Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Algısı Ve Yaşam Kalitesi Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından *Hastalık Hakkındaki Görüşlerden* Kişisel Kontrol puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalaması ($r:0,242$, $p<0,05$) ve Yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:0,182$), Güvensizlik ($r:0,153$), Duygusal Tepki ($r:0,186$), Bağımlılık ($r:0,272$), Beslenme Şekli ($r:0,264$), İlaç Hakkında Endişe ($r:0,239$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,100$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4.13, $p<0,05$). Bu bulgu; Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmakla birlikte yaşam kalitesinin hem ruhsal boyutunu hem de fiziksel alanda etkinliğini artırmakta olduğu literatür bilgisi bulguları ile benzerlik gösterdi (Arslantaş ve ark. 2013, Kocaman ve ark. 2007). Araştırmanın bu bulgusu Kişisel Kontrol düzeyinin yüksek gözlemlendiği hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarıyla olumlu gelişmeler gösterdiği saptanmıştır.

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Duygusal Temsiller puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalaması ($r:0,660$, $p<0,05$) ve yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:0,542$), Güvensizlik ($r:0,622$), Duygusal Tepki ($r:0,533$), Bağımlılık ($r:0,534$), Beslenme Şekli ($r:0,552$), İlaç Hakkında Endişe ($r:0,412$) pozitif yönde, normal düzeyde ve İlaç Yan Etkileri ($r:0,164$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p \leq 0,01$). Duygusal Temsiller bileşeni hasta bireyin hastalık hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması ve kaygı düzeyinin yüksekliği ile açıklanmaktadır (Bağcıvan ve ark.2018, Öksüz 2018). Araştırmanın bu bulgusu Duygusal Temsiller puanının yüksek olmasının hastalığa özgü yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek hastanın yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermiştir.

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Döngüsel Süre puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalaması ($r:-0,225$, $p<0,05$) ve yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ($r:-0,155$), Güvensizlik ($r:-0,167$), Duygusal Tepki ($r:-0,166$), Bağımlılık ($r:-0,175$), Beslenme Şekli ($r:-0,255$), İlaç Hakkında Endişe ($r:-0,260$) ve İlaç Yan Etkileri ($r:-0,149$) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Döngüsel Süre ortalama puanının yüksek olması hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası olduğunu göstermektedir (Tekin 2016; Öksüz 2018). Hasta bireylerin bu alt boyuttan aldıkları yüksek puanın yaşam kalitesini düşürdüğü görülmektedir.

Sonuç Ve Öneriler

Araştırma sonucunda:

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, % 51'inin kadın hastalardan oluştuğu, % 59'unun 60 yaş ve üzeri olduğu, %76'sının ($n=230$) evli, %30,6'sının ($n=144$) ilkokul mezunu, %45,5'inin ($n=137$) hiç çalışmadıkları, %72'sinin ($n=216$) ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu, %40'ının ($n=121$) ilçede yaşadıkları, %37'sinin ($n=111$) hane halkındaki birey sayısının 7 birey ve üzerinde olduğu görüldü (Tablo 4.1),

Hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde, %24,3'ü ($n=73$) 1 yıldır MI tanısı konulduğunu, %52,8'i ($n=59$) daha önce göğüs şikâyeti ile hastaneye başvurdıklarını, %53,8' i ($n=162$) ailede kalp hastalığı ve %74,1'i ($n=223$) eşlik eden hastalığının olduğu belirlendi. AMİ tanısı konan hastaların %4,9'u ($n=11$) obezite, %36,3'ü ($n=81$) hipertansiyon, %25,6'sı ($n=57$) diyabetes mellitus, %26,5'i ($n=59$) kolesterol yüksekliği, %4'ü ($n=9$) uyku apnesi, %1,8' ($n=4$) psikiyatrik hastalıklar ve %0,9'u ($n=2$) ise kanser gibi eşlik eden hastalığının olduğunu belirtti (Tablo 4.2),

Hastaların hastalık algısı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; *Hastalık Tipi* ($6.65\pm1,93$) alt boyutunun iyi olduğu, *Hastalık Hakkındaki Görüş* alt boyutunun bileşenlerinden Akut/Kronik Süre ($14,94\pm1,50$), Sonuçlar ($22,59\pm2,65$), Kişisel Kontrol ($18,72\pm1,83$) ve Tedavi Kontrol ($15,98\pm2,22$) puan ortalamasının orta düzeyde, *Hastalık Nedenleri* alt boyutunda hastaların hastalık nedenlerinin ise daha çok Risk Etkenleri bileşenine bağlı olduğu belirlendi (Tablo 4.3),

Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların *Hastalık Tipi* alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, eğitim seviyesi az olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.4),

Tanı sonrası sigara içen hastaların *Hastalık Tipi* puan ortalaması içmeyen kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4),

HAÖ alt boyutlarından *Hastalık Hakkındaki Görüşler* puan ortalaması ile yaş, eğitim durumu, meslek, yaşam yeri, sigara içme durumu arasında anlamlı farklılıklar saptandı (Tablo 4.5),

HAÖ alt boyutlarından *Hastalık Nedenleri* ile yaş, eğitim durumu, meslekleri ve sigara içme durumları arasında anlamlı farklılıklar belirlendi (Tablo 4.6),

Ailesinde kalp hastalığı olan kişilerin *Hastalık Tipi* alt boyut puan ortalaması ailesinde kalp hastalığı olmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.7),

Bireylerin HAÖ alt boyutlarından *Hastalık Hakkındaki Görüşler* puan ortalaması ile kalp krizi tanı süresi, göğüs ağrısı şikayeti, ailede kalp hastalığı öyküsünün bulunması, eşlik eden hastalık arasında anlamlı farklılıklar saptandı (Tablo 4.8),

HAÖ alt boyutlarından *Hastalık Nedenleri* ile hastalık özellikleri karşılaştırıldığında kalp krizi tanı süresi ile ailede kalp hastalığı öyküsünün bulunması arasında anlamlı fark görüldü (Tablo 4.9),

Hastaların yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; genel toplam puan ortalamasının $49.43 \pm 11,40$ olduğu; Fiziksel Aktivite puan ortalaması ($48.52 \pm 10,92$), Güvensizlik puan ortalamasının ($50.89 \pm 12,89$), Duygusal Tepki puan ortalamasının ($45.17 \pm 12,62$), Bağımlılık puan ortalamasının ($45.23 \pm 15,44$) ve Beslenme Şekli puan ortalamasının ($55.19 \pm 22,65$) orta düzeyde saptandığı; İlaç Hakkında Endişe puan ortalamasının ($31.5 \pm 16,52$) ve İlaç Yan Etkileri puan ortalamasının ($22.99 \pm 8,31$) ise düşük düzeyde olduğu bulundu (Tablo 4.10),

Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların MIDAS puan ortalamaları, eğitim seviyesi az olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.11). İl merkezinde yaşayan hastaların kırsal kesimde yaşayan hastalara göre MIDAS puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4.11),

Hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde MIDAS alt boyutları ile kalp krizi tanı süresi, göğüs ağrısı şikayeti ve eşlik eden hastalık arasında anlamlı farklılıklar saptandı (Tablo 4.12).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerden Duygusal Temsiller ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel Aktivite, Güvensizlik, Duygusal Tepki, Bağımlılık, Beslenme Şekli, İlaç Hakkında Endişe pozitif yönde, normal düzeyde ve İlaç Yan Etkileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlendi (Tablo 4.13)

Hastalık Nedenlerinden psikolojik atıflar ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Duygusal Tepki ve İlaç Yan Etkileri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki görüldü (Tablo 4.13).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hasta bireylere ve ailelerine AMİ risk faktörleri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Hemşirelerin, hastaların yaşam kalitesi bileşenlerinden olan fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki, bağımlılık, beslenme şekli, ilaç hakkında endişelerini ve ilaç yan etkileri düzeyini etkileyen faktörlerle ilgili çalışmaları yapması önerilir.
- Eğitim seviyesi düşük olan hastaların yaşam kalitesi açısından eğitilmesi ve farkındalık yaratılması
- Hastaların hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yaşam kalitesini etkileyen psikolojik faktörlerin incelenmesi
- Hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik daha büyük örneklem gruplarıyla ile çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyoloji Dern. Arş*, **39(4)**, 1-5.
- Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Kaya, H. (2008). *Hemşirelik Süreci*. İçinde K. Babadağ, T.A. Aştı (Eds.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi* İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 8-20.
- Ades, P. A. (2001). Cardiac Rehabilitation And Secondary Prevention Of Coronary Heart Disease. *New England Journal of Medicine*, **345(12)**, 892-902.
- Ahraz, S. (2019). *Miyokard İnfarktüsü Geçiren Geriatrik Bireylerde Ağrı Ve Uyku Kalitesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans tezi, Gaziantep.
- Akçay, F.F. ve Dedeli, Ö. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **7(14)**, 153-161.
- Akdemir, N. ve Birol, L.(2004). *Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar*. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; p.3-61.
- Akgün G. (2016). *Karate, Kumite Sporcularında Solunum Kası Antrenmanının Fizyolojik (Solunum) Parametrelere Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Allender, S., Scarborough, P., Peto, V., ve Rayner, M. (2014). European Heart Network. European cardiovascular disease statistics 2012.
- Alleyna G.A.(2001). Healt And The Quality Of Life. *Rev Panom Salud Publica.s*; **9(1)**:1-6.
- Alpert J.S. ve Rippe J.M (Eds)(2003). *Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Sti, 1. Baskı, İstanbul, 2003: 215-248.
- Alsén, P.(2009). *Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction*. Göteborgs University. Institute Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses 2009. Göteborg.

- Alsén, P. ve Eriksson, M. (2016). Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, **25(3-4)**, 526-533.
- American Heart Association(AHA) 2015. *Angina (Chest Pain)*. [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/DiagnosingaHeartAttack/Angina-Chest-Pain_UCM_450308_Article.jsp#.WsUIBC5ubDf] (Güncellenme Tarihi: Temmuz 2015) (Erişim Tarihi:03.03.2018)
- Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*.(Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep).
- Armay Z., Özkan M., Kocaman N., ve Özkan S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, **10**, 192-200.
- Arslan, S. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6(3)**.
- Arslantaş D. ve ark.(2013).Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi, [http:// tip.ogu.edu.tr](http://tip.ogu.edu.tr). (Erişim tarihi:07.09.2013)
- Aslan E. F. (2014). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım*. Adana Nobel Kitabevi.
- Aştı, A. ve Karadağ, A. (2012). *Hemşirelik Esasları Kitabı*. Akademi Basın ve Yayıncılık İstanbul.
- Ay, F. (2011).*Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık
- Aygün F, ve Ural E. (2011).*Koroner Arter Hastalığının Tanısı ve Sınıflandırılması*. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s.761-772.
- Ayhan, H., İyigün, E., Taştan, S., ve Coşkun, H. (2010). Turkish Version Of The Reliability And Validity Study Of The Sexual Attitudes And Belief Survey. *Sexuality and Disability*, **28(4)**, 287-296.
- Badır A, Korkmaz FD.(2010). *Koroner Arter Hastalıkları*. Karadakovan, A., Aslan F. E (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana, Nobel Kitabevi, 510-12.

- Bağçıvan, G., Tanrıver, E. ve Kılıç, B. (2018).Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **21(2)**, 89-96.
- Baltacı D., Öztürk S., Durmuş İ., Kandiş H., Çelik Ş. (2011).Akut Koroner Sendrom Hastalarında Klinik Özelliklerin ve Transport Zamanının Akut Koroner Sendrom Sınıflamasına Göre Karşılaştırılması. *Düzce Tıp Dergisi* **13(2)**: 23-29.
- Baran, İ. (2005). *Kardiyoloji: Kalp Hastalıklarında Rehabilitasyon*. (Ed. Cordan, J., Yeşilbursa, D., Baran, İ. ve Güllülü, S.), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. Bursa:319-322.
- Barlow, J. H., Turner, A. P., ve Gilchrist, M. (2009). A Randomised Controlled Trial Of Lay-Led Self-Management For Myocardial İnfarction Patients Who Have Completed Cardiac Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **8(4)**, 293-301.
- Başaran, S., Güzel, R., ve Sarpel, T. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Journal of the turkish league against rheumatism*, **20(1)**, 55-63.
- Beswick A. D., Rees K., Wes, R. R., Taylor F. C., Burke M., Griebisch I., ve ark. (2005). Improving Uptake And Adherence İn Cardiac Rehabilitation: Literature Review. *Journal of advanced nursing*, **49(5)**, 538-555.
- Bilge A. ve Çam O.(2000). Bir Psikiyatri Kliniğinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi.1. *Uluslararası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, Antalya, 29 Ekim-2 Kasım.
- Birol, L. (2013).*Hemşirelik Süreci*, 10. Baskı. İzmir, Etki Matb. Yayıncılık Ltd. Şti.1-260.
- Bitigen A, ve Yaymacı B.(2011b) *Angina Pektoris Tanımı, Sınıflandırması ve Ayırıcı Tanısı*. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö. (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s:54-760.
- Bitigen A, Yaymacı B.(2011a). *Ateroskleroz. İçinde:Temel Kardiyoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s.749-753.
- Boylu, A. A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, **8(15)**, 137-150.

- Bulduk, B., Aktaş, M. C. ve Bulduk, M.(2017). Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, **3(1)**, 24-27
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., ve Wagner, C. M. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC)-E-Book. *Elsevier Health Sciences*.
- Canlı Ö. Z., ve Demir, Ş. (2012). Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **3(3)**, 19-32.
- Canto, J.G. ve ark. (2011). İlk Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Ve Mortalite Sayısı. *Jama* , **306 (19)**, 2120-2127
- Canto, J.G. ve ark.(2012). Miyokard İnfarktüsü Semptomlarının Sunumu Ve Hastane İçi Mortalite İle Yaş Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki. *Jama* , **307 (8)**, 813-822.
- Carpenito- Moyet, L.j. (2012) *Hemşirelik Tanıları* El Kitabı Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul
- Ceylan, Y., Kaya, Y. ve Tuncer, M. (2011). Akut Koroner Sendrom Kliniği İle Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, **18(3)**, 147-54.
- Chan, D. S., Chau, J. P., ve Chang, A. M. (2005). Acute Coronary Syndromes: Cardiac Rehabilitation Programmes And Quality Of Life. *Journal of Advanced Nursing*, **49(6)**, 591-599.
- Chiou, A. F., Hsu, S. P. ve Hung, H. F. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research*, **30**, 1-6.
- Ciddi, S. (2010).*Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Coşkun S., Tanrıverdi F., Yavuz G., Yavuz S.(2017).*Kardiyovasküler Aciller*. İçinde: *Paramedikler İçin Hastane Öncesi Acil Tıp*. Yavuz S., Yavuz G (Ed.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri s.327-371 .

- Coşkun, T. (2019). *Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin travma sonrası büyüme durumları, deneyimleri ve yaşamlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çamcı, G. (2012). *Miyokard İnfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çeçen, D. (2011). *Roper, Logan Ve Tierney' In Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda 'Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu 'Nun Geliştirilmesi Ve Hemşirelik Bakımına Etkisi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çelebi Ö.Ö., Diker E. ve Aydoğdu S. (2008). Kardiyak Troponinlerin Klinik Önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. **36(4)**. S:269-277.
- Çetinkaya, S. (2019). *Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum Ve Sosyal Destek Algısı*. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Demir M. (2008). *Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne
- Demir, Ş. ve Özer, Z. (2014). Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Assessment of Quality of Life in Cardiovascular Diseases*; **21 (1)**:182-191
- Demir, Y. (2011). *Uyku Ve Uyku İle İlgili Uygulamalar*. In: Ay F.A.,(Ed). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- Dilek F.(2008). *Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı, Edirne.
- Doğan, B. E. (2010) *Koroner Kalp Hastalarında Sağlık Ve Kalp Hastalığı Algısı*. Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Doğan, S.(2014). *İnmeli Hastalarda Depresif Belirtilerin Sağlıkla İlişkili .Yaşam Kalitesine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, İstanbul
- Doğu, O., ve Kaya, H. (2018). Compliance of the Web-based Distance Training and Consultancy on Individual's Treatment having Suffered Myocardial Infarction and its Effects on Well-being. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, **28(12)**, 953-959.
- Dural, G. ve Çıtlık, S.S. (2017). Miyokard İnfarktüsünde Ev Tabanlı Eğitim ve Yaşam Kalitesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **8(17)**: 86-94
- Durmaz, T., Özdemir, Ö., Özdemir, B. A., Keleş, T., Bayram, N. A., ve Bozkurt, E. (2009). Factors Affecting Quality Of Life İn Patients With Coronary Heart Disease. *Turkish Journal of Medical Sciences*, **39(3)**, 343-351.
- Efe, F. (2010). *Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Hemşirelik Eğitiminin Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Enar R.(Ed) (2004). *Akut Miyokard infarktüsü*: Geliştirilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri
- Enar, R. (ed) (2005). *Kanıtı Dayalı Akut Miyokard İnfarktüsü Kitabı*. Cilt I, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Enç, N., Umman, S., Ağırbaşı, M., Altıok, M., Şenuzun, F., ve Uysal, H. (2007). Perkütan Koroner Ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. *İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği*, **13**.
- Erdem, N. ve Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8(3)**, 1-9.
- Erkoç, Y. ve Yardım, N. (2011). *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları*, Anıl Matbaası: Ankara.
- Erol Ç.(Ed.) (2008) *.İç Hastalıkları* 1. cilt, 1. baskı, Özyurt matbaacılık, Ankara.
- Eser E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri Ve Ölçümü, Sağlıkta Yaşam Kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi*, **1(2)**, 1-5

- Eser, E. (2012). *Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri*. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 4 Mayıs 2012-İzmir: Konferanslar Konuşma Metinleri (s. 2-5).
- Fusher V., Walsh R.A., Harrington R.A. (2014). *Hurst's The Heart* Cilt 2. 13. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
- Global Sağlık Gözlemevi Verileri. <http://www.who.int/whosis/en>, Erişim tarihi:15 Ocak 2015.
- Gök H. (Ed).(2002). *Klinik Kardiyoloji*. Geliştirilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul, s; 273-275.
- Göz F., Göz M., Boran G.(2000). *Bir Grup Hastanın Koroner Kalp Hastalığına Yönelik Risk Faktörleri Yönünden Değerlendirilmesi*, Marmara Üniversitesi HYO 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya.
- Güleç S. (2009). Kalp Damar Hastalıklarında Global Risk Ve Hedefler. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma dergisi* **37**, 3-5.
- Gülsen, T.D.(2003). *Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Gündüz, F. ve Karabulutlu, E. Y. (2016). Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **19(2)**, 106-115.
- Hagger, M.S. and Orbell, S. (2003) A Meta-Analytic Review Of The Common-Sense Model Of İllness Representations. *Journal of Psychology & Health*, **18**: 141-184.
- Herdman, T. H., ve Kamitsuru, S. (2015). NANDA International, inc. *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones*, 2017.
- Hindistan, S. ve Nural, N.(2010). Miyokard İnfarktüsünde Kadın Ve Erkek Arasındaki Farklılıklar. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:3,Sayı:1
- http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905061638382019tbl_kilavuz61855.pdf Erişim Tarihi: 15.05.2019
- <http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 6 Nisan 2018

- <https://www.nursingworld.org/ana/>
- Irmak, B. (2017). *Lomber Disk Herni Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu
- Irmak, Z. ve Fesci, H. (2005). Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **12(1)**, 84-96.
- Kaplow, R. ve Hardin, S. R. (2007). *Critical care nursing: synergy for optimal outcomes*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Kara, A, (2019). *Koah'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Karabulut, İ,(2018). *Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Karabulut, İ. ve Gün, M. (2019). Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi. *Türk kardiyovasküler hemşirelik dergisi*, **10(21)**, 8-16.
- Karabulutlu E. Y. ve Karaman S. (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2(3)**, 271-284.
- Karadağ, S.(2013). *Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Deneyimine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Karadağ, Z.(2019). *Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısı*. Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Kars
- Karadovan, A. ve Yeşilbalkan, Ö. (2004). Öğrencilerin Nörolojik Hastalarda Saptadıkları Nanda Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 3.
- Katz, A. (2007). Sexuality And Myocardial Infarction. *AJN The American Journal of Nursing*, **107(3)**, 49-52.
- Kavradım, S.T. ve Özer, Z.C.(2016). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Roy Uyum Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı. *Kardiyoloji hemşireler dergisi*, **7(12)**, 24-35.

- Kaya, N.(2014). *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması*, Bölüm 10. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Ed: Aştı Atabek T, Karadağ A, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık,137-175
- Kelley, G. A., Kelley, K. S., ve Tran, Z. V. (2005). Aerobic Exercise, Lipids And Lipoproteins İn Overweight And Obese Adults: A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *International journal of obesity*, **29(8)**, 881.
- Kılıç, F.Z. (2018) *Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda İlk Üç Aydaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalık Algısı*. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa.
- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**: 271-280.
- Kocataş, S. Z., ve Atalay, M. (2000). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **5(1)**, 28-33.
- Kozan Ö. (Ed.) (2011). *Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavisi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: s.787-807
- Köşgeroğlu, N. ve Boğa, S. M. (2011). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM)'Ne Göre Zihinsel Engelli Bireylerin Sorunları Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4(1)**, 148-154.
- Kurt, Y., Özkan, Ç. G., ve Demirbağ, B. C.(2016). Bir Olgu: Akut Miyokard İnfarktüsünde NANDA Tanıları Ve NIC Girişimleri İle Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5(3)**, 138-146.
- LaRosa, J. H. ve LaRosa, J. C. (2000). Enhancing Drug Compliance İn Lipid-Lowering Treatment. *Archives of family medicine*, **9(10)**, 1169-1175.
- Leventhal H., Leventhal E. A., ve Contrada R. J. (1998). Self-Regulation, Health, And Behavior: A Perceptual-Cognitive Approach. *Psychology and Health*, **13(4)**, 717-733.

- Lukoševičiūtė, J., ve Šmigelskas, K. (2020). Causal item of Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) scale: The main categories. *Health Psychology Research*, 8(1).
- Mensah, G. A. and Brown, D. W. (2007). An Overview Of Cardiovascular Disease Burden In The United States. *Health affairs*, 26(1), 38-48.
- Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Di Mario, C. ve ark.(2013). 2013 ESC Guidelines On The Management Of Stable Coronary Artery Disease. *European heart journal*, 34(38), 2949-3003.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., Buick, L.(2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Journal Of Psychology And Health*, P;17:1–16.
- R. Acaroğlu, H. Kaya (Çev. Ed.), NANDA International Inc. *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017* içinde, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ISBN: 978-605-335-360-7. Orijinal kaynak: NANDA International Nursing Diagnoses: Definions & Classification 2015-2017, T. Heather Herdman, S. Kamitsuru (Ed.), Tenth Edition, Wiley Blackwell, ISBN: 978-1-118-91493-9.
- Nehir, S. ve Çam, O. (2010). Miyokard İnfarktüsu Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(3), 73-84.
- Nolan J., Greenwood J., Mackintosh A.(Eds)(2000). *Kardiyak Aciller*. (Çev. C. Tetikkurt). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Sti, İstanbul.
- Olgun, S., Kaptan, G., ve Büyükünall, S. K. (2016). Miyokard İnfarktüsu Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 1(1), 6-15.
- Onat, A. T., Can, G. ve Yüksel, H. (2017). Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. *İstanbul: Logos Yayıncılık*, 168
- Onat, A., Murat, S. N., Çiçek, G., Ayhan, E., Örnek, E., Kaya, H. ve ark. (2011). Türkiye’de Ölüm ve Koroner Hastalık İnsidansının Bölgesel Dağılımları: TEKHARF 2010 Taraması Sonuçları. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi*, 39(4): 263-268.

- Öksüz, E. S. (2018). *Kalp krizi geçiren hastalarda risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve hastalık algısının değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Öz, H.(2006). *Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral Ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özdemir, V. A. (2009). *Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Özen, A. T. ve Çelik, S. Ş. (2010). Koroner Anjiyoplasti Ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13(2)**, 60-67
- Özer, S. (2002). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Özer, S. ve Argon, G.(2005). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **p;21**: 63-77.
- Özkan, A.A. (2013). Akut Koroner Sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi*, **41(1)**: 1-3.
- Perry, P. Ve Hall, S. (2013). The Nursing Process And Critical Thinking in Potter AP, Perry AG, ed. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice, 4th ed. St. Louis: Mosby Company*.
- Petrie K. and Weinman J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, **6(6)**, 536-539.
- Qin, X., Chen, J., Suo, R., Feng, L., Zhang, Y. ve Jun, Y. (2020). The dissimilarity between myocardial infarction patients' and spouses' illness perception and its relation to patients' lifestyle. *Journal of Clinical Nursing*, **29(5-6)**, 887-898.
- Reiter, R. J. ve Tan, D. X. (2003). Melatonin: a novel protective agent against oxidative injury of the ischemic/reperfused heart. *Cardiovascular research*, **58(1)**, 10-19.

- Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Montazeri, A., Taheri Kharam, Z., Vaismoradi, M. ve Jordan, S. (2015). Miyokard enfarktüsü boyutsal değerlendirme ölçeğinin Farsça versiyonunun psikometrik özellikleri. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi* , **20 (8)**, 680-695.
- Roberts, S. L., Johnson, L. H. ve Keely, B. (1999). Fostering Hope In The Elderly Congestive Heart Failure Patient In Critical Care. *Journal of Geriatric Nursing*, **20(4)**, 195-199.
- Roper, N., Logan, W. ve Tierney, A. (2008). *Model in Practice*. Newyork:
- Roper, N., Logan, W. W., ve Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney Model Of Nursing: Based On Activities Of Living*. Elsevier Health Sciences.
- Sabuncu, N. (2009). Hemşirelik Süreci. İçinde: Sabuncu N. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Ankara, Alter Yayıncılık, 80-90.
- Samur, G. (2008). *Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Sinem Matbaacılık, Ankara. S:1-18.
- Sansoy V. (2003) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi* **16:5**:19-25.
- Sebrechts, E., Falger, P. R. J, ve Bar, F. (2000). Risk Factor Modification Through Nonpharmacological Interventions In Patients With Coronary Heart Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, **48(4-5)**, 425-441.
- Sevinç S. ve Akyol D. A.(2009).Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörü Dağılımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.**18(3)**: 46-51.
- Sevinç, S. (2016). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **7(14)**, 147-152.
- Sevinç, S. ve Eşer, İ.(2011). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.p;**19(3)**:135-44.
- Şendir, M. ve Büyükyılmaz, F.(2012).*Planlama*. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A. *Hemşirelik* (Çeviri editörleri). *Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık,190-200

- Şit, A. (2017). *Kardiyoloji Kliniğinde Kullanılan Nanda Hemşirelik Tanılarının Yaşam Modeline Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2017), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No.1056. Ankara 2017.
- Tekin H. ve Polat Ü. (2018). Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, **28(1)**.
- Tekin, H.(2016). *Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Telatar, T. G. ve Özcebe H.(2004).Yaşlı Nüfus Ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **7(3)**, 162-165
- Testa, M A. ve Simonson, DC. (1996). Assessment Of Quality-Of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine*, **334(13)**, 835-40.
- Thompson, D. R., Jenkinson, C., Roebuck, A., Lewin, R. J. P., Boyle, R. M., ve Chandola, T. (2002). Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Quality of Life Research*, **11(6)**, 535-543.
- Thompson, D.R., Jenkinson, C., Roebuck, A., Lewin, R.J.P., Boyle, R.M.,Chandola, T. (2002).Development And Validation Of Short Measure Of Health Status For Individuals With Acute Myocardial Infarction: The Myocardial Infarction Dimensional Assesment Scale (MIDAS). *Quality of Life Research* **11**,535-43
- Thygesen, K. ve ark.(2013). Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*,**(3)**: 129-145.
- Tosun, N. , Erkoç, Y. , Buzgan, T. , Keskinçiliç, B. , Aras, D. , Yardım, N. (2010). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı (2010-2014)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları: 9

- Tracy, J., Fowler, S., ve Magarelli, K. (1999). Hope And Anxiety Of Individual Family Members Of Critically Ill Adults. *Applied Nursing Research*, **12(3)**, 121-127
- Türk Kardiyoloji Derneği(2012). ESC Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu;**40(3)**:1-76
- Türkcan Düzöz, G. (2003). *Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi* ,Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Afyon
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (Erişim Tarihi: 26.04.2019)
- Türkmen, S.N. ve Çam, M.O. (2012). Miyokart Enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği Dergisi*, **3(3)**: 105-115.
- Uysal, H. (2009). *İlk Kez Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Bireysel Danışmanlığın Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
- Uysal, H., Özcan, Ş., Enç, N. (2009). Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, **37(8)**: 543-550.
- Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., Kalaça S., & Sözman K. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. *Ankara: Sağlık Bakanlığı*.
- Üstündağ, M. F. ve Kesebir, S. (2013). İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **24**, 1-9.
- Velioğlu, P. (1992) *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. TC. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 497 Eskişehir.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Esen Ofset, İstanbul.

- Vicdan, A. K., Karabacak, B. G., ve Alpar, Ş. E. (2015). 2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Sınıflandırılması. *Journal of Human Sciences*, **12(2)**, 1626-1636.
- Vural F, ve Eti Aslan F,(2014). *Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasında Düşleme ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi*. Türkiye Klinikleri, 6(1).
- Wang, W., Chow, A., Thompson, D. R., Koh, K., Kowitlawakul, Y. ve He, H. G. (2016). Predictors of health-related quality of life among patients with myocardial infarction. *Western journal of nursing research*, **38(1)**, 43-56.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Horne, R.(1996).The İllness Perception Questionnaire: A New Method For Assessing The Cognitive Representation Of İllness. *Journal of Psychology and health*, p;**11(3)**:431-445
- World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. WHO, 1997, WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.
- Yalçinkaya, M., Özer, F. G. ve Karamanoğlu, A. Y. (2007).Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6(6)**, 409-420.
- Yapıcı, A. (2006). *Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yardımcı, T. (2010). *İlk kez akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerin tıbbi yardım isteme konusunda nasıl karar verdiklerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Yıldırım, B. ve Özkahraman, K.Ş.(2013).Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*.29-35.
- Yıldız, F. T. ve Aydın, H. T.(2013).Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **17(1)**, 1-7.
- Yıldız, H. ve Pınar, R. (2004). Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **4**:209-17
- Yılmaz, E., Eser, E., Sekuri, C. ve Kültürsay, H. (2011). Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **11(5)**.

- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. ve ark.(2004). Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction İn 52 Countries (The Interheart Study): Case-Control Study. *The lancet*, **364(9438)**, 937-952.



FORMLAR

EK 1:Bireysel Tanıtıcı Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada Akut Miyokard İnfarktüsü (kalp krizi) Geçiren Hastalarda Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi amacıyla planlanmaktadır.

Araştırma kapsamında sizden hastalığınızla ilgili bilgiler istenecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiç bir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ()

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpasa Florence

Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Özkan sir

1)**Cinsiyetiniz:** 1)Kadın() 2)Erkek()

2)**Yaşınız:**

3)**Medeni Durumunuz Nedir?** : 1)Evli () 2) Diğer (boşanmış,eşi vefat etmiş)

4) **Eğitim Durumunuz Nedir?** 1) Okur-yazar değil () 2) İlkokul () 3) Ortaokul () 4) Lise() 5)Yüksek Okul/ Fakülte () 6) Lisansüstü()

5) **Mesleğiniz Nedir?** 1) İşçi () 2) Memur () 3) Serbest Meslek/ Esnaf () 4) Emekli () 5)İşsiz () 6) Çalışmıyor () 7) Ev Hanımı () 8) Diğer.....

6) **Ekonomik Durumunuz Nedir?** 1) İyi () 2) Orta () 3) Kötü()

7) Yaşamınızı Sıklıkla Nerede Devam Ettirirsiniz? 1) İl() 2) İlçe() 3) Köy/kasaba()

8) Evde sizinle beraber yaşayan kişi sayısı (siz dahil) nedir?

9) Sigara İçtiniz/ Kullandınız mı? 1)Evet () 2)Hayır () 3)Bıraktım()

10) Tanı Konulduktan Sonra Sigara İçme Durumu 1)Evet () 2)Hayır()

11) Alkol Kullanıyor Musunuz? 1)Evet() 2)Hayır()

HASTALIK ÖZELLİKLERİ:

1) Kaç yıldır Kalp Krizi/MI tanısı Konuldu ?yıl

2) Daha önce göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye başvurdunuz mu? 1)Evet () 2) Hayır()

3) Ailede Kalple İlgili Hastalığı Olan Birey/ Bireyler Var Mı? 1)Var() 2) Yok ()

4) Eşlik Eden Hastalığınız Var mı?: 1)Var () 2) Yok ()

EK 2: Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım	Bu belirti hastalığımla ilgilidir
1)Ağrı	Evet Hayır	-----Evet Hayır
2)Boğazda yanma	Evet Hayır	-----Evet Hayır
3)Bulantı	Evet Hayır	-----Evet Hayır
4)Soluk almada güçlük	Evet Hayır	-----Evet Hayır
5)Kilo kaybı	Evet Hayır	-----Evet Hayır
6)Yorgunluk	Evet Hayır	-----Evet Hayır
7)Eklem sertliği	Evet Hayır	-----Evet Hayır
8)Gözlerde yanma	Evet Hayır	-----Evet Hayır
9)Hırıltılı soluma	Evet Hayır	-----Evet Hayır
10)Baş ağrıları	Evet Hayır	-----Evet Hayır
11)Mide yakınmaları	Evet Hayır	-----Evet Hayır
12)Uyku güçlükleri	Evet Hayır	-----Evet Hayır
13)Sersemlik hissi	Evet Hayır	-----Evet Hayır
14)Güç kaybı	Evet Hayır	-----Evet Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek	1	2	3	4	5
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı	1	2	3	4	5
3. Bu hastalık uzun sürecek	1	2	3	4	5
4. Bu hastalık çabuk geçecek	1	2	3	4	5
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
6. Ciddi bir hastalığım var	1	2	3	4	5
7. Hastalığının yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var	1	2	3	4	5
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor	1	2	3	4	5
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor	1	2	3	4	5
10. Hastalığının ciddi maddi sonuçları var	1	2	3	4	5
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor	1	2	3	4	5
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var	1	2	3	4	5
13. Yaptığım şeyler hastalığının iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir	1	2	3	4	5
14. Hastalığının seyri bana bağlı	1	2	3	4	5
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez	1	2	3	4	5
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var	1	2	3	4	5
17. Yaptıklarım hastalığının sonucunu etkilemeyecek	1	2	3	4	5
18. Hastalığım zamanla iyileşecek	1	2	3	4	5
19. Hastalığının iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var	1	2	3	4	5
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak	1	2	3	4	5
21. Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir	1	2	3	4	5
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir	1	2	3	4	5
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez	1	2	3	4	5
24. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor	1	2	3	4	5
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor	1	2	3	4	5
26. Hastalığımı anlamıyorum	1	2	3	4	5
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum	1	2	3	4	5
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum	1	2	3	4	5
29. Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor	1	2	3	4	5
30. Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok	1	2	3	4	5
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)	1	2	3	4	5
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor	1	2	3	4	5
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum	1	2	3	4	5
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum	1	2	3	4	5

35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor	1	2	3	4	5
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor	1	2	3	4	5
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor	1	2	3	4	5
38. Hastalığım beni korkutuyor	1	2	3	4	5

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
1-Stres ya da endişe	1	2	3	4	5
2-Kalıtsal (ırsi)	1	2	3	4	5
3-Bir mikrop ya da virüs	1	2	3	4	5
4-Diyet -yemek alışkanlıkları	1	2	3	4	5
5-Şans ya da kötü talih	1	2	3	4	5
6-Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	1	2	3	4	5
7-Çevre kirliliği	1	2	3	4	5
8-Kendi davranışım	1	2	3	4	5
9-Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	1	2	3	4	5
10-Aile problemleri	1	2	3	4	5
11-Aşırı çalışma	1	2	3	4	5
12-Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	1	2	3	4	5
13-Yaşlanma	1	2	3	4	5
14-Alkol	1	2	3	4	5
15-Sigara içme	1	2	3	4	5
16-Kaza ya da yaralanma	1	2	3	4	5

17-Kişilik özelliklerim	1	2	3	4	5
18-Vücut direncimin azalması	1	2	3	4	5

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

2.

3

EK 3: Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirilme Ölçeği (MIDAS)

Kalp krizi geçirdiğinizden beri, son haftada aşağıda yazılı olan durumları hangi sıklıkla yaşıyorsunuz?	Asla	Ara sıra	Bazen	Sıklıkla	Daima
Fiziksel aktivite					
1. Fiziksel harekete (örneğin;ev işi veya alışverişe gitme) başlamadan önce iki kez düşündünüz mü?	1	2	3	4	5
2. Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
3. Günlük yaşamınızı etkileyen göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
4. Üzerinizde durgunluk/keyifsizlik hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
5. Gücünüz yokmuş gibi hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
6. Nefessiz kaldığınızı hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
7. Fiziksel hareket/egzersiz yaptığınız zaman göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
8. Kısıtlamalardan dolayı kendinizi kötü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
9. Daha fazla dinlenme gereksinimi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
10. Sosyal yaşamınızda bir azalma/değişiklik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
11. Ev ile ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
12. Hava durumundaki farklılıklar göğsünüzde ağrı oluşturdu mu?	1	2	3	4	5
Güvensizlik					
13. Tekrar kalp krizi geçirme korkusu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
14. Kendinizi her şeyden uzak kalmış gibi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
15. Kendinizi yalnız hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
16. Seyahate çıkma endişesi yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
17. Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
18. Güvende olmadığınızı hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
19. Kendinize olan güveninizde değişiklik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5

20. Ölüm korkusu yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
21. Geleceğe yönelik endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
Duygusal tepki					
22. Çabuk sinirlendiğinizi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
23. Kendinizi keyifsiz veya mutsuz hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
24. Kendinizi kötü huylu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
25. Kendinizi stresli/gergin hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
Bağımlılık					
26. Ailenizin ve arkadaşlarınızın aşırı koruyucu olduklarını hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
27. Özgürlüğünüzü/bağımsızlığınızı yitirdiğinizi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
28. Başkalarına güvenmek zorunda olduğunuzu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
Beslenme şekli					
29. Beslenmenizi önemsediniz mi?	1	2	3	4	5
30. Kolesterol seviyenizi önemsediniz mi?	1	2	3	4	5
31. Kilonuz ile ilgili endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
İlaç hakkında endişe					
32. İlaç kullanmaktan dolayı endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
33. Kullandığınız ilaçların yan etkileri ile ilgili endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
İlaç yan etkileri					
34. İlaçlarınızı kullandıktan sonra üşüdüğünüzü hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
35. İlaçlarınızı kullanmaya başladıktan sonra yan etkiler (örneğin, eller veya ayaklarda soğuma/gece tuvalete gitme ve bunun gibi başka şikayetler) yaşadınız mı?	1	2	3	4	5

EK 4: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ**HİLAL UYSAL <hilaluysal@istanbul.edu.tr>**

22 Şub 2019

10:09

Alıcı: ben

Sayın araştırmacı,

Öncelikle uyarlamasını yaptığım ölçeği çalışmanızda kullanmak istediğiniz için çok memnun oldum. Araştırmanızda **Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği - The Myocardial Infarction Dimensional Assesment Scale (MIDAS)**'ı **kullanabilirsiniz**. Ölçek ile ilgili tüm bilgileri ekte gönderiyorum.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Dr.Öğretim Üyesi Hilal Uysal

HİLAL UYSAL <hilaluysal@istanbul.edu.tr>, 21 Şub 2019 Per, 13:40 tarihinde şunu yazdı:

EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

12 Mar 2019 10:38

Nazmiye Kocaman Y <nazmiyekocaman@yahoo.com>

Alıcı: ben

SEVGİLİ ÖZKAN

İSTEDİKLERİNİZİ EKTE GÖNDERİYORUM. ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK-GÜVERLİLİK YAPTIĞIMIZ KRONİK HASTALIĞI OLAN YETİŞKİN POPULASYONDA KULLANMANIZDAN MEMNUN OLURUZ.

KOLAYLIKLAR DİLERİM...

Assoc. Prof. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM
University of Istanbul, Istanbul Faculty of Medicine,
Department of Psychiatry, Department of Consultation Liaison Psychiatry

34093 Capa - Istanbul, Turkey
Phone: +90 212 4142000 (600 line), Ext:32378,32283
Phone: +90 212 414 24 19, Ext:13
Phone: +90 212 533 63 69
Fax:+90 212 635 12 04
GSM: 0533 216 26 46
E-mail: nazmiyekocaman@yahoo.com

EK 6: KURUM İZİN BELGESİ

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 30/12/2019 14 13 - 36866945 - 514 10 - E 30406  00109028051
T.C. VAN VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
Sayı : 36866945-514.10 Konu : Bilimsel Çalışma İzni	
Sn.Özkan SİR KVC Servisi	
İLGİ: 36866945-000-14398 sayılı dilekçe	
İlgi dilekçeye istinaden talep ettiğiniz "Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli çalışma için 02.05.2019 tarihinde izin verilmiştir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.	
e-imzalıdır. Doç.Dr. Cihan ŞENGÜL Başhekim Yardımcısı	
Telefon: Faks No: Bilgi için: HİDİR ERTAŞ e-Posta: hidir.ertas@saglik.gov.tr İnternet Adresi: SÜREKLİ İŞÇİ Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden dadab050-72fd-4e87-af40-419bab1e9bd6 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Telefon No: 23650	

EK 7: ETİK KURUL KARAR FORMU

		KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
Versiyon No :12		Yayın Tarihi: 01.11.2014		Revizyon No :02	
				Revizyon Tarihi: 28.02.2017	
				Sayfa sayısı :1/1	

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Hastalık Algısı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Süphan Mahallesi Hava Yolu Kavşağı 1. Kilometre Galerici Sitesi Karşısı C/Blok 4.Kat. No:128 / VAN	
	TELEFON	0(432) 215 7601 Dahili 23650	
	FAKS	0(432) 212 1954	
	E-POSTA	vaneah.etikkurulu@saglik.gov.tr	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Özkan SİR					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi					
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI						
	DESTEKLEYİCİ						
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐				
		FAZ 2	☐				
		FAZ 3	☐				
FAZ 4		☐					
Gözlemsel ilaç çalışması		☐					
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐					
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐					
İlaç dışı klinik araştırma		☒					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		DİĞER İSE BELİRTİNİZ					
TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☒	ULUSLARARASI	☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: **SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu Başkanı**
İmza: **Uz.Dr. Cevdet ÇAKIR**

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ASLI GİBİDİR
SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu Başkanı

 TC Sağlık Bakanlığı Tıbbi ve Sağlık Hizmetleri Bakanlığı	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			 T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi ve Sağlık Hizmetleri Bakanlığı
	Versiyon No :12	Yayın Tarihi: 01.11.2014	Revizyon No :02	

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Hastalık Algısı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU			
	İLAN			
	YILLIK BİLDİRİM			
	SONUÇ RAPORU			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ			
	DİĞER:			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/09	Tarih: 02/05/2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uzm.Dr. Çayan ÇAKIR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Uzm.Dr.Çayan ÇAKIR	Kardiyoloji Uzmanı	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğ. Üyesi Sinemis ÇETİN DAĞLI	Halk sağlığı uzmanı	YYÜH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Harun ARSLAN	Radyoloji Uzmanı	YYÜH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğ. Üyesi Necatı ALMALI	Genel cerrahi uzmanı	YYÜH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Funda AYDIN	Analitik kimya	YYÜH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr. Ecz. Nojdar Gonca BOZKURT	Farmakoloji alanı. Doktora	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Av. Adem ŞAHİN	Avukat	İl.sag. Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr. Semra GÜMÜŞ	Aile Hekimliği	Tuşba İlçe Sağ. Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Coşkun ALPATA	Sivil	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Müh. Alper BOZAN	Biyomedikal	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr. Mustafa Şahin KILINÇER	Biyokimya Uzmanı	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Op.Dr. Yaser Said ÇETİN	KBB. Uzmanı	YYÜH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:

İmza:

Uzm.Dr. Çayan ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya kendi imzasını atmalıdır.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN
HASTALIK ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJINALLIK RAPORU

% 11	% 9	% 2	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	Submitted to Dokuz Eylul Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	acikerisim.nevsehir.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
5	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
7	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ÖZKAN	Soyadı	SİR
Doğ.Yeri	VAN	Doğ.Tar.	01.05.1993
Uyruğu	T.C	TC Kim No	69691115110
Email	Ozksr1243@gmail.com	Tel	05522551243

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	VAN YYÜ SAĞLIK YÜKSEK OKULU HEMŞİRELİK PROGRAMI	2017
Lise	VAN ABDURAHMAN GAZİ ANADOLU LİSESİ	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	HEMŞİRE	VAN SBÜ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2017-...
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
YÖK-DİL	İyi	İyi	İyi		70

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76,68	76,29	65,77
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MİCROSOFT WORD	İyi
MİCROSOFT EXCEL	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- 2017 Sağlık Bilimleri Fakülte Birinciliği
- Yüzüncü Yıl Üniversitesi Cerrahi Hemşireler Günleri(2015)
- Bahçeşehir Üniversitesi Hemşirelik Öğrenciler Kongresi
- Öhder 1. Uluslararası 4. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi (2017)

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- Din Felsefesi Alanında Araştırma Kitapları Okumak Ve Bu Alanda Yazı Yazmak
- Müzik Dinlemek
- Doğa Yürüyüşü Yapmak
- Yüzmek
- İnsanlara Yardım Etmek