

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

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERDE  
ÖLÜM KAYGISI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Fatma BURUNTEKİN**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Gamze MUZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2022  
NEVŞEHİR**



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

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERDE  
ÖLÜM KAYGISI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Fatma BURUNTEKİN**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Gamze MUZ  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2022  
NEVŞEHİR**

Doç. Dr. Gamze MUZ ve Dr. Öğretim Üyesi Rabiye ÇIRPAN danışmanlığında Fatma BURUNTEKİN tarafından hazırlanan “**Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**” başlıklı bu tez, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.../.../2022

## **JÜRİ**

Başkan : Doç. Dr.Pınar TEKİNSOY KARTIN .....

Üye : Doç Dr. Gamze MUZ .....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN .....

## **ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun.....tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2022

Enstitü Müdürü

## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu araştırmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Fatma BURUNTEKİN



## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimde, çıktığım uzun ve zorlu yolculuğumu keyifli ve öğretici hale getiren, bilgisiyle, deneyimleriyle ve özverisiyle yanımdan bir an bile ayrılmayan, yol göstericim, kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Gamze MUZ' a,

Bilgisinden, birikim ve deneyimlerinden yararlandığım ikinci tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN' a,

İhtiyaç duyduğum her an beni destekleyen, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen sevgili hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK ve Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN' e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Kendimi yetersiz hissettiğim her an, yalnız olmadığımı hatırlatıp elimden tutan dostlarıma,

Beni bugünlere getiren, başaracağıma inanıp her zaman yanımda olan canım aileme,

Tüm kalbimle teşekkür ediyorum...

Fatma BURUNTEKİN,

Temmuz 2022, NEVŞEHİR

# MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİREYLERDE ÖLÜM KAYGISI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

**Fatma BURUNTEKİN**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Temmuz 2022**

## ÖZET

Bu çalışma, miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Nevşehir Devlet Hastanesi anjiyo, kardiyoloji servisleri ve kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerinde Ağustos 2021- Mart 2022 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uyan miyokard infarktüsü tanılı 226 birey ile yürütülmüştür. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı, kurum izinleri ve katılımcıların bilgilendirilmiş olurları alınmıştır. Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan tanımlayıcı anket formu, günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (GYA), enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (EGYA) ve ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, ANOVA testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Ki-kare testi ile Spearman rho korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %65.5'inin erkek, yaş ortalamasının  $63.73 \pm 11.81$  olduğu, %87.6' sının bekar, %55.8'inin ilkokul mezunu, %55.3'ünün emekli olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %93.4'ünün daha önce kalp krizi geçirmediği, %79,2'sinin egzersiz yapmadığı ve %98,2'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin ölüm kaygısı puanları incelendiğinde; cinsiyet, meslek, sigara kullanma durumu ve daha önce kalp krizi geçirme durumu, hastalığı ile ilgili diyet ve egzersiz yapma, hastalık sonrası semptom yaşamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Araştırmaya alınan bireylerin günlük yaşam ve Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri puanları incelendiğinde; yaş, medeni durum, eğitim durumu ve hastalık sonrası semptom yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak; aktiviterinde bağımsız olan hastalarda orta düzey ölüm kaygısı olduğu, bireylerin enstrümental günlük yaşam, günlük yaşam aktiviteri leği ile ölüm kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p<0.05$ ) ve ölüm kaygısının günlük yaşam aktiviterini etkilemediği tespit edilmiştir.

**Anahtar kelimeler** : Miyokard enfarktüsü, ölüm kaygısı, Günlük yaşam aktiviteri  
**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Gamze MUZ; Dr. ğretim yesi Rabiye IRPAN  
**Sayfa Adedi** : 63 + xii



**DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEATH ANXIETY  
AND ACTIVITIES OF DAILY LIFE IN INDIVIDUALS WITH MYOCARDIAL  
INFARCTION**

**(M. Sc. Thesis)**

**Fatma BURUNTEKİN**

**NEVSEHIR HACI BEKTAŞ VELI UNIVERSITY  
INSTITUTE OF SCIENCES**

**July 2022**

**ABSTRACT**

This study was conducted as a descriptive study to determine the relationship between death anxiety and activities of daily living in individuals with myocardial infarction. The research was carried out with 216 individuals diagnosed with myocardial infarction who met the study criteria between August 2021 and March 2022 in Nevşehir State Hospital angiography, cardiology services and cardiology and internal medicine outpatient clinics. Ethics committee approval, institutional permissions and informed consent of the participants were obtained in order to conduct the study. The data of the study were collected using the descriptive questionnaire prepared by the researcher, the daily living activities scale, the instrumental daily living activities scale and the death anxiety scale. In the evaluation of the data; descriptive statistics, independent sample t test, ANOVA test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Chi-square test and Spearman rho correlation tests were used. When the socio-demographic characteristics of the participants are examined; 65.5% of the individuals were male, the mean age was  $63.73 \pm 11.81$  years, 87.6% were single, 55.8% were primary school graduates, 55.3% were retired. It was determined that 93.4% of the participants did not have a heart attack before, 79.2% did not exercise and 98.2% used their medications regularly. Death anxiety scores of the individuals participating in the study were examined; It was found that there was a statistically significant difference between the groups according to gender, occupation, smoking and previous heart attack status, diet and exercise related to the disease, and experiencing symptoms after the disease ( $p < 0.05$ ). The daily life and instrumental daily living activities scores of the individuals included in the study were examined; A statistically significant difference was found according to age, marital status, education level and post-disease symptom experience ( $p < 0.05$ ). As a result; It was

determined that independent patients had moderate death anxiety, there was no statistically significant relationship between the instrumental daily life, daily life activities scale and death anxiety ( $p<0.05$ ), and death anxiety did not affect daily living activities.

**Keywords** : Myocardial infarction, Death anxiety, Activities of daily living  
**Thesis Advisor** : Associate. Prof. Gamze MUZ; Assist. Prof. Rabiye IRPAN  
**Sayfa Adedi** : 63 + xii



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR ve SİMGELER .....	xi
1. BÖLÜM	
GİRİŞ .....	1
1.1. Problem Tanımı ve Amacı.....	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı ve Sınıflandırılması .....	3
2.2. Koroner Arter Hastalığının Fizyopatolojisi .....	3
2.3. Akut Koroner Sendromlar.....	4
2.3.1. Angina Pektoris.....	4
2.3.1.1. Stabil (Kararlı) Angina .....	5
2.3.1.2. Anstabil (Kararsız) Angina .....	5
2.3.2. Miyokard Enfarktüsünün Tanımı ve Etiyolojisi .....	5
2.3.3. Miyokard Enfarktüsünün Epidemiyolojisi.....	6
2.3.4. Miyokard Enfarktüsünün Tanısı .....	7
2.3.5. Miyokard Enfarktüsünün Sınıflandırılması .....	8
2.3.6. Miyokard Enfarktüsünün Semptom ve Bulguları .....	8
2.3.7. Miyokard Enfarktüsünün Risk Faktörleri .....	9
2.3.8. Miyokard Enfarktüsünün Tedavi .....	12
2.3.8.1. Miyokard Enfarktüsünde Acil Tedavi .....	12
2.3.8.2. Miyokard Enfarktüsünde Farmakolojik Tedavi.....	14
2.3.8.3. Miyokard Enfarktüsünde Reperfüzyon Tedavisi .....	14
2.4. Ölüm Kavramı ve Ölüm Kaygısı .....	15
2.4.1. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler .....	15

2.4.2.	Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi .....	17	
2.5.	Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Rolü .....	17	
3. BÖLÜM			
GEREÇ VE YÖNTEM .....			20
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	20	
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	20	
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20	
3.3.1.	Araştırmanın Evreni .....	20	
3.3.2.	Araştırmanın Örneklemi .....	20	
3.3.3.	Araştırmaya Alınma Kriterleri .....	21	
3.4.	Verilerin Toplanması .....	21	
3.4.1.	Veri Toplama Araçları .....	21	
3.4.2.	Ön Uygulama .....	22	
3.4.3.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	22	
3.4.4.	Verilerin Değerlendirilmesi .....	23	
3.4.5.	Araştırmanın Etik Boyutu .....	23	
4. BÖLÜM			
BULGULAR.....			24
5. BÖLÜM			
TARTIŞMA .....			33
6. BÖLÜM			
SONUÇ VE ÖNERİLER .....			37
KAYNAKLAR .....			39
EKLER .....			51
Ek-1:	Anket Formu .....	51	
Ek-2:	Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği .....	54	
Ek-3:	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği .....	55	
Ek-4:	Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	56	
Ek-5:	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul İzin Belgesi ..	58	
Ek-6:	Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	59	
Ek-7:	Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni .....	60	
ÖZGEÇMİŞ .....			61

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b>	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4.2.</b>	Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	25
<b>Tablo 4.3.</b>	Bireylerin Ölüm Kavramına Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı .....	26
<b>Tablo 4.4.</b>	Bireylerin GYA, EGYA ve Ölüm Kaygısı Ölçeğine Göre Bağımlılık ve Kaygı Durumlarının Dağılımı.....	26
<b>Tablo 4.5.</b>	Bireylerin GYA, EGYA ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan ve Ortalamalarının Dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.6.</b>	Bireylerin Enstrümantal ve Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ölüm Kaygıları Puanlarının Dağılımı .....	27
<b>Tablo 4.7.</b>	Ölüm Kaygısı Ölçeği ile GYA ve EGYA Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki .....	27
<b>Tablo 4.8.</b>	Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.9.</b>	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	30

## KISALTMALAR ve SİMGELER

<b>AHA</b>	: American Heart Association (AHA)- Amerikan Kalp Derneği
<b>AKS</b>	: Akut Koroner Sendrom
<b>AME</b>	: Akut Miyokard Enfarktüsü
<b>ANOVA</b>	: Analysis of Variance – Varyans Analizi
<b>AP</b>	: Angina Pectoris
<b>ASA</b>	: Asetil Salisilik Asit
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>BKO</b>	: Bel Çevresi ya da Bel/Kalça oranı
<b>CABG</b>	: Coronary Artery Bypass Graft (CABG) – Koroner Arter Bypass Cerrahisi
<b>CK-MB</b>	: Kreatin Kinaz Miyokard Bandı
<b>CPR</b>	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EGYA</b>	: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>EGYÖ</b>	: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>ESC</b>	: European Society of Cardiology (ESC) -Avrupa Kardiyoloji Derneği
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>GYÖ</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
<b>HDL</b>	: High - Density Lipoprotein (HDL) – Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>kg/m<sup>2</sup></b>	: Kilogram/ Metrekare
<b>KKH</b>	: Koroner Kalp Hastalığı
<b>kTn</b>	: Kardiyak Troponin
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>LDL</b>	: Low - Density Lipoprotein (LDL) – Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
<b>lt/dk</b>	: Litre/ Dakika
<b>mg/dL</b>	: Miligram/ Desilitre
<b>MI</b>	: Miyokard İnfarktüsü
<b>mmHg</b>	: Milimetre Civa
<b>NaCl</b>	: Sodyum Klorür

<b>NSTEMI</b>	: Non-ST Segment Elevesyonlu Miyokard İnfarktüsü
<b>Patent</b>	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
<b>PKG</b>	: Perkutan Koroner Girişim
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences - Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket
<b>STEMI</b>	: ST Segment Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TEKHARF</b>	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
<b>TK</b>	: Total Kolesterol
<b>TKD</b>	: Türk Kardiyoloji Derneği
<b>TURDEP</b>	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization (WHO) – Dünya Sağlık Örgütü

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Problem Tanımı ve Amacı

Kronik hastalıklar; sedanter yaşam şekli, obezite, alkol tüketimi ve tütün kullanımının artışına bağlı olarak gelişen ve gelişmekte olan dünya ülkelerinin en temel sağlık sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; yılda 41 milyon insan kronik hastalıklar nedeni ile yaşamını yitirmekte ve bu sayı dünyadaki tüm ölümlerin %71'ine karşılık gelmektedir [1]. Gelişen ve gelişmekte olan dünya ülkelerinde de büyük bir ekonomik risk faktörü olan kronik hastalıklar, düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkeleri daha ağır kayıplara uğratmaktadır [2].

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkin mortalite ve morbidite sebeplerinin başında kardiyovasküler sistem hastalıkları gelmektedir [2]. 2019 TÜİK verilerine göre; ölüm vakalarının %36.8'ini oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları, ülkemizdeki tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin ise %39.1'ini iskemik kalp hastalığı oluşturmuştur [3].

Koroner arter hastalığı dünyadaki birçok ülkede mortalite ve morbiditenin en önemli sebebidir. TEKHARF verilerine göre; ülkemizdeki koroner arter hastalığının mortalitesinin ise Avrupa ülkeleri arasında üst seviyelerde olması kaygı verici bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır [4].

Koroner arter hastalıkları (KAH); konjestif kalp yetersizliğinden miyokard infarktüsüne kadar birçok klinik durumu içinde barındıran geniş kapsamlı bir tanımdır. KAH elemanları arasında mortalitesi en yüksek olan ise ME' dir[5,6].

Son zamanlarda teknolojik gelişmelerin hızlanması ME tedavisindeki sağ kalım ve iyileşme oranlarını olumlu bir şekilde etkilemektedir [6,7]. Bunun yanı sıra taburcu olduktan sonra bireylerin yaşam kalitesi ve günlük yaşam işlevini olumsuz etkileyen; mobilizasyon korkusu, stres, ölüm kaygısı, depresyon, fonksiyonel işlevlerde yetersizlik, tekrar ME geçirme riski, psikososyal problemler de ME sonrası hastalığa uyum sürecini zorlaştırmaktadır [8-13]. Akut veya kronik stres etkisiyle organizmada artan adrenalin ve



noradrenalin salınımına bağlı; kan basıncında ve kalp hızında artış, kalp ritminde düzensizlik ve tekrar miyokard infarktüsü gelişme riskini de ortaya çıkarmaktadır [14,15]. Bu durum kişinin sosyal ilişkilerinin bozulmasına, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine ve günlük yaşam işlevini yerine getirmede yetersizlik yaşamasına sebep olabilmektedir [12,13].

ME geçiren bireyler, üzüntü, öfke, endişe, çaresizlik, korku ve özgüven kaybı yaşayabilmektedir. Buna bağlı olarak; sosyal, çevresel ve ailesel ilişkilerde bozulma, sosyal yaşamdan izolasyon ve yaşam kalitesinde bozulma gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır [14].

Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşirelerin, ME geçiren kalp hastaları için kişiye özel diyet ve egzersiz gibi konularda eğitim vermesi ve danışmanlık yapması; bireylerin hastalığa uyumunu arttırmakta, yaşanan kaygıyı azaltmakla birlikte yaşam kalitelerini arttırabilmektedir. Bir bireyin yaşam kalitesi ise; günlük yaşam aktiviteleri ve iyi olma duygusundan etkilenir [15-16].

Ülkemizde ME tanısı alan bireylerde yaşanan ölüm kaygısının günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisine ait yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmada ME geçiren bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı ve Sınıflandırılması

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedenlerinin başında yer alan KAH; çeşitli faktörler sebebiyle oluşan, çoğunlukla bir plak tarafından koroner kan akımının kısmen veya tamamen kesilmesi sonucu; miyokardın beslenememesiyle birlikte iskemik hale gelmesine neden olan hastalık olarak tanımlanır.

Koroner arter hastalığının ise ortaya çıkış biçimleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır;

- Konjestif kalp yetersizliği
- Ani ölüm
- Akut koroner sendromlar
- Sessiz iskemiler
- Kararlı (stabil) anjina pectoris
- Ritim – ileti bozuklukları [17,18,20].

#### 2.2. Koroner Arter Hastalığının Fiziopatolojisi

KAH oluşumunda iki farklı süreç vardır: ilki; sabit ve çok az tersine çevrilebilir olan, yıllar içinde damar lümenini kademeli olarak daraltan ateroskleroz, ikincisi ise; dinamik ve potansiyel olarak geri çevrilebilir olan, yavaş ilerlemeye ani ve beklenmedik bir şekilde nokta koyarak hızlı tam veya kısmi koroner tıkanmaya yol açan tromboz veya vazospazm veya her ikisinin birlikte görüldüğü süreçtir [19].

Aterosklerozdaki lezyonlar üç farklı aşamada gerçekleşir: *yağlı çizgilenme, fibröz aterom plakları ve komplike lezyonlar*. Aterosklerozun ilk kanıtı olan *yağlı çizgilenmeler*; endotelin intima tabakasında ortaya çıkmakta ve çocukluk çağında başlamaktadır. Aort gibi büyük arterler boyunca uzanan yağlı çizgilenmeler, ince sarı çizgiler olarak görülür ve her bir çizgi kolesterol ile dolu düz kas hücreleri ve makrofajları içerir. Ortalama 20 yaşa kadar artan bu çizgilenmeler tek başına semptoma yol açmazlar. Fakat zaman içinde aterom veya fibröz plak gibi aterosklerozun gelişmiş formuna dönüşebilir [19,20].

Aterosklerozun temel lezyonu olan *fibröz aterom plağı*; hücre içi ve dışı lipid birikimi, vasküler düz kas hücrelerinin proliferasyonu, skar dokusu formasyonu ve kalsifikasyon ile karakterizedir. Lezyon, bağ dokusu ve düz kas içeren fibröz başlık ile kaplanmış hücre dışı lipid çekirdeği ile intima tabakasının kalınlığı arttıkça griden inci beyazına dönüşür. Lezyon büyüdükçe arter lümenine doğru ilerler ve bunun sonucunda damarı tıkayabilir ya da kan akımını azaltacak trombüs formasyonuna zemin hazırlar [20].

Fibröz başlığın koparak açılması ve kanama, ülserasyon ve skar doku depozitlerinin meydana gelmesi ile *komplike aterosklerotik lezyon* oluşur. Kan akımının plak ve ülserasyon olan bölgelerde yavaşlaması ve türbülasyonu nedeni ile gelişen tromboz; aterosklerozun en önemli komplikasyonudur [20].

### **2.3. Akut Koroner Sendromlar**

Akut koroner sendromlar; koroner arterlerdeki kan akımının aniden azalması sonucu miyokard iskemisinin neden olduğu klinik tabloların tamamını ifade etmektedir [21,22].

Akut koroner sendromların genel sınıflaması ise;

1. Angina Pektoris (AP),
2. Non-ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (NSTEMI),
3. ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) şeklindedir [19,20,23].

#### **2.3.1. Angina Pektoris**

Angina Pektoris (AP); miyokardın oksijen ihtiyacı ile sunumu arasındaki dengesizlik sonucu oluşan miyokard iskemisine bağlı göğüs ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Göğüs ve çevresinde hissedilen bu ağrı; göğüste sıkışma, yanma, ezilme, ağırlık veya basınç hissi şeklinde tarif edilir. Ağrı sıklıkla retrosternal alanda görülür, sol kol ulnar bölge ve bazen de sağ kola yayılabilir [19,20,24].

Tipik Angina Pektoris; soğuğa maruziyet, fiziksel efor ve duygusal stres gibi kalbin iş yükünü artıran durumlarda dakikalar içinde artar ve yayılmadan önce maksimum noktasına ulaşır. Ağrının süresi genellikle 10 dakikadan azdır ve istirahat ile birkaç dakika içinde kaybolur [19,23].

### **2.3.1.1. Stabil (Kararlı) Angina**

Yokuş çıkmak, hızlı yürümek, merdiven çıkmak gibi özellikle miyokardın oksijen tüketiminin arttığı durumlarda ve duygusal baskı ile ortaya çıkan, istirahatle veya nitrogliserin alımı ile geçen angina için kullanılır. En büyük özelliği efor sırasında ortaya çıkmasıdır. Ağrının şiddeti, sıklığı ve süresinde önemli değişiklikler olmaksızın haftalarca aynı karakterde ortaya çıkabilen KAH' ın en masum şeklidir [19,24]. Tedavideki temel amaç ise; semptomları gidererek yaşam kalitesini artırmak, olası ME ve ölüm riskini engelleyerek yaşam süresini uzatmaktır. Bazı durumlarda ise; revaskülarizasyona ihtiyaç duyulabilir [24].

### **2.3.1.2. Anstabil (Kararsız) Angina**

İnfarktüs öncesi (preinfarction) angina olarak da bilinen kararsız angina; öncesinde bulunan angina pektorisin şiddeti veya sıklığının artması, süresinin uzaması veya önceden daha az efor ya da duygusal stres ile ortaya çıkması ile karakterizedir [19,25]. Anstabil angina; ortaya çıkan klinik tablo ve semptomların, AME öncesi semptomlar ile aynı olması ve AME' ye ilerleme olasılığının yüksek olması sebebiyle, koroner arter hastalarının hastaneye yatmasını gerektiren en önemli sebeptir [25]. Kararsız anginadaki ağrının; sürekli ve ciddi bir seyri olup;

1. İstirahat ya da minimal eforla bile oluşması ve 20 dakikadan uzun sürmesi,
2. Yeni gelişmesi ve şiddetli olması,
3. Daha önce hissedilen ağrılardan daha kötü, daha uzun ve daha sık olması özelliklerinden en az birini taşımasıyla karakterizedir [19,20,25].

ST segment yükselmesinin olmadığı miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız angina, kardiyak belirteçlerle birbirinden ayrılır. Miyokard hasarını gösteren kardiyak belirteçlerin yükseldiği durumların NSTEMI, yükselmediği durumların ise anstabil angina (AP) olduğu kabul edilir [20].

### **2.3.2. Miyokard Enfarktüsünün Tanımı ve Etiyolojisi**

Ateroskleroza bağlı oluşan koroner plağın çatlaması veya yırtılması akut ME' nü başlatan olaydır. Yırtılmayla birlikte trombosit aktivasyonu başlar. Ardından trombin oluşumu ve

trombüs gelişimine yol açar. Oluşan trombüs koroner arterlerin tıkanmasına ve böylelikle koroner kan akımının ani ve tam olarak kesilmesine sebep olur. Tıkanan koroner arterin beslediği ilgili miyokard alanında uzamış iskemiyeye bağlı hücre nekrozu görülür. Miyokard tabakasındaki bu geri dönüşsüz nekroza ME denir [17,20,26].

ME' nde altta yatan temel neden koroner plağın çatlaması veya yırtılması sonucu oluşan trombüstür. Ortaya çıkacak olan klinik tablo; etkilenen koroner damar tarafından beslenen kalp dokusunun miktarına, tıkanma süresine, etkilenen dokunun metabolik ihtiyacına, kollateral dolaşımın derecesine, nabız, kan basıncı ve kardiyak ritim gibi faktörlere bağlıdır [17,20].

### **2.3.3. Miyokard Enfarktüsünün Epidemiyolojisi**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2016 verilerine göre; iskemik kalp hastalığı ve inme dünya genelinde toplam 15.2 milyon ölüme sebep olmuştur. WHO'nun "Dünyanın en büyük katili" diye tanımladığı bu hastalıklar, son 15 yılda küresel ölüm nedenlerinde birinci sırada yer almıştır [27].

Avrupa'da ise; kardiyovasküler hastalıklar tüm ölümlerin kadınlarda %47'sini, erkeklerde ise %39'unu oluşturmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde kardiyovasküler hastalık sebebiyle 70 yaş altı ölümlerin 2010'dan bu yana; kadınlarda %9, erkeklerde %11 azaldığı görülmüştür. Ancak orta gelirli ülkelerde bu oran yalnızca %2'dir [28].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre; ülkemizde tüm ölüm nedenlerine bakıldığında, %38.4 ile birinci sırada dolaşım sistemi hastalıklarının geldiği görülmektedir. Dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle gerçekleşen ölümlerin ise %39.7'sini iskemik kalp hastalığı oluşturmaktadır [29].

Dünya genelinde koroner arter hastalığı tek başına, ölümün en sık nedenidir. Her yıl yedi milyondan fazla insan bu sebeple ölmekte ve bu, tüm ölümlerin %12.8'ine denk gelmektedir. Avrupa'da her altı erkekten birinin ve her yedi kadından birinin miyokard enfarktüsü sebebiyle öleceği tahmin edilmektedir [30].

1990 yılından itibaren 26 yıl boyunca, Türk Kardiyoloji Derneği öncülüğünde yürütülen, Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasına göre; Türk erişkinlerinin KAH mortalitesi ve prevalansı her iki cinsiyet için

de, Avrupa ülkelerinden fazla olduğu kanıtlanmıştır. Buna bağlı olarak, ülkemiz için koroner hastalıklardan koruyucu önlemlerin etkinliğinin artırılmasının önemi vurgulanmıştır [4].

#### 2.3.4. Miyokard Enfarktüsünün Tanısı

Miyokard enfarktüsü tanılmasında; kapsamlı öykü, ağrının prezentasyonu ve karakteri, elektrokardiyografik değişiklikler ve miyokardiyal hasarın biyokimyasal belirteçleri kullanılan önemli özelliklerdendir [17,19,31]. Amerika Kalp Derneği (AHA) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2013 yılı raporlarına göre; aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin varlığı ME tanısını karşılar:

- Kardiyak biyobelirteçlerden en az bir tanesinin değerinin 99. yüzdelik dilimin üst referans değerinden en az bir birim üstünde olmasıyla birlikte, biyobelirteç değerlerinde [tercihen kardiyak troponin (kTn)] yükselme ve/veya düşmenin saptanması ve aşağıdakilerden en az birinin varlığı:
  - İskemi belirtileri,
  - Yeni ya da yeni olduğu düşünülen anlamlı ST-segmenti değişiklikleri veya sol dal bloğu varlığı,
  - EKG’de patolojik Q dalgası varlığı,
  - Yeni canlı miyokard kaybının veya yeni bölgesel duvar hareketi bozukluğunun görüntüleme ile kanıtlanması,
  - Anjiyografi ya da otopside intrakoroner trombus belirlenmesi [32,33].

**EKG:** Göğüs ağrısı şikayetiyle gelen ve ağrının kardiyak kökenli olduğu düşünülen her hastaya; mümkünse görüldüğü ilk 5 dakika içinde, en geç 10 dakika içinde, standart 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) çekilerek iskemik değişiklikler açısından değerlendirilmelidir. EKG normal olabileceği gibi, ST segment yükselmesi, ST segment çökmesi veya T negatifliği de gözlenebilir [17,19]. EKG’nin tanı konulması yanında, lokalizasyonun belirlenmesi, risk belirleme ve tedaviyi yönlendirmede de ilave katkıları vardır [19].

**Kardiyak Belirteçler:** Atipik göğüs ağrısı bulunan hasta değerlendirmesinde, EKG değişiklikleri kadar, periferik kandan ölçülen biyokimyasal belirteçlerin de önemli

oldukları bilinmektedir. EKG’de spesifik olmayan değişiklikler gözlenin veya gözlenmesin erken tanı kardiyak belirteçlerin değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanları ise; kardiyak troponinler, CK-MB ve miyoglobindir [19,34].

**Kardiyak Troponinler:** Troponin I, Troponin C ve Troponin T olmak üzere 3 alt grubu vardır. Troponinler kalp kasının yapısal proteinleridir ve kardiyak hasara duyarlıdır. Düz kasta troponin izoformu bulunan Troponin C’nin kardiyak özgüllüğü yoktur. Troponin I ve Troponin T’nin izoformları ise yalnızca kardiyak miyositlerde bulunduğu için miyokardiyal hasara spesifiktirler ve tanı koymada önemli yer tutmaktadırlar [19,34-36].

**CK-MB:** Kreatin kinaz (CK), kas hücrelerindeki bir hücre içi enzimdir ve üç izoenzimi bulunur. Bunlardan biri olan kreatin kinaz miyokard bandı (CK-MB); miyokard hasarı için yüksek özgüllüktedir. Miyokard hasarı başlangıcından sonraki 4-8 saat içinde yükselmeye başlar ve 48-72 saat içinde normale döner [20].

**Miyoglobin:** Kalp ve iskelet kas hücrelerinde bulunan oksijen taşıyıcı bir proteindir. Enfarkte olmuş miyokarddan hızla salınır ve ilk bir saat içinde saptanabilir. Fakat; hem kardiyak hem de iskelet kaslarında bulunduğu için kardiyak hasara özgül değildir [20].

### **2.3.5. Miyokard Enfarktüsünün Sınıflandırılması**

Miyokard enfarktüsü; kardiyak belirteçlerin artışına ek olarak ST segment yüksekliği ile karakterize STEMI (ST elevasyonlu miyokard infarktüsü) ve kardiyak belirteçlerin artmasına rağmen ST segment yüksekliğinin görülmediği (normal EKG, ST çökmesi, T negatifliği) NSTEMI (Non-ST miyokard infarktüsü) olarak sınıflandırılır [19].

### **2.3.6. Miyokard Enfarktüsünün Semptom ve Bulguları**

AME geçiren hastaların çoğunluğunda bulunan ana semptom; ezici, sıkıştırıcı ya da göğüste baskı hissi yaratan ve sol kola yansıyan substernal göğüs ağrısıdır. Tariflenen ağrı ya da rahatsızlık hissi anjina pektoris benzerdir. Fakat; anjina pektoris’ ten daha ciddi ve daha uzun (çoğunlukla 20 dakikadan uzun) sürelidir. Bunun yanı sıra, bu ağrı nitrogliserin veya istirahatete cevap vermez. Ağrı; çene, boyun, omuz, sırt, epigastrik bölge ve sağ kola da yansiyabilir.

Göğüs ağrısının yanı sıra; yorgunluk, nefes darlığı, terleme, çarpıntı, baş dönmesi, bilinç bulanıklığı, hazımsızlık, bulantı ya da kusma da olabilir [17,19].

Artmış sempatik tonusa bağlı; hipertansiyon ve taşikardi, artmış parasempatik tonusa bağlı ise; hipotansiyon ve bradikardi görülebilir [19].

### **2.3.7. Miyokard Enfarktüsünün Risk Faktörleri**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Türk Kardiyoloji Derneği (TKD); tanımlanmış veya tanımlanmamış kardiyovasküler hastalıklarda, risk faktörlerindeki değişimin mortaliteyi ve morbiditeyi azalttığını belirtmiştir. Tanımlanan risk faktörleri; WHO' ne ait araştırmalarda ve birçok araştırmada, kronik hastalıklar ve ülkelerin risk faktörlerini önleme/kontrolüne yönelik programlar ve eylem planlarında değiştirilebilir/düzenlenebilir risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Değiştirilebilir/düzenlenebilir risk faktörleri ise; hipertansiyon, diyabet, dislipidemi (LDL  $\geq$ 130 mg/dl, HDL<40 mg/dl ve total kolesterol  $\geq$  200 mg/dl), tütün (sigara) kullanımı, dengesiz ve sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, alkol tüketimi, obezite ve psikososyal faktörlerdir [2,37,38,39].

#### **Değiştirilemeyen risk faktörleri**

**Yaş:** TEKHARF çalışması sonuçlarına göre; diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak, her yaşın KKH olasılığını erkekte %3.9, kadında %3.6 yükselttiği gösterilmiştir. Her 11 yılda yaşlanma, yaşlı nüfus oranı artmakta olan Türk toplumunda KKH riskini 1.5 kat arttırmaktadır [2,4].

**Cinsiyet:** Erkek cinsiyet KVH riskini arttırmaktadır. Kadınlarda hastalık erkeklere göre 7-10 yıl daha geç gelişmektedir. Bu farklılığı birçok çalışma östrojenle ilişkilendirmiştir. Yapılan araştırmalarda östrojenin vazodilatatör, antiinflamatuvar ve antiaterosklerotik özellikleri ile lipid profili üzerine olumlu etkileri ortaya konmuştur. Menapoz öncesi kadınlarda KVH riski erkeklere oranla daha düşükken, menapoz sonrası mortalitenin erkeklerle aynı oranda hatta daha yüksek olduğu görülmüştür [2,4,40].

**Aile öyküsü:** KAH' ın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer alan ailede KKH varlığı; birinci derece yakınardan erkekte 55 yaşından önce, kadında 65 yaşından önce KAH bulunmasıdır. Koroner aterotrombotik olayların tetikleyici mekanizmalarının kadınlar ve erkeklerde farklı olması hem genetik farklılıklara, hem de östrojenin etkisine



bağlanmaktadır. Fakat tek başına aile öyküsünün değerlendirilmesi yetersiz görülmektedir [39,40].

### **Değiştirilebilir/düzenlenebilir risk faktörleri;**

**Hipertansiyon;** Ateroskleroz gelişiminde başta gelen sebeplerden biri olan hipertansiyon (ortalama sistolik kan basıncının  $\geq 140$  olması veya ortalama diyastolik kan basıncının  $\geq 90$  olması ya da hipertansiyon tedavisi görüyor olmak) KKH risk faktörlerinin başında gelmektedir [41]. 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2' de (Patent2) hipertansiyon prevalansı %30,3 (erkeklerde %28.4 ve kadınlarda %32.3) olarak bulunmuştur [42]. Ayrıca; 52 ülkede miyokard enfarktüsü ile ilişkili değiştirilebilir risk faktörlerinin etkisini araştıran bir vaka kontrol çalışmasında, hipertansiyonun miyokard enfarktüsü ile önemli ölçüde ilişkili olduğu kanıtlanmıştır [43].

**Diyabet;** koroner kalp hastalıklarında bağımsız bir risk faktörüdür ve diyabetli yetişkin bireylerde, diyabetli olmayanlara kıyasla koroner arter hastalığı riski 2-4 kat daha fazladır. Hiperglisemi; glikozilasyon son ürünlerinin damar duvarında birikmesini arttırarak doğrudan toksik etki göstermekte ve endotel disfonksiyonuna yol açmaktadır. ME geçirmiş diyabetik olgularda; hastane içi mortalitenin, diyabetik olmayanlara göre %50 daha fazla olduğu saptanmıştır [44,45]. TURDEP-II verilerinin sonuçları baz alındığında; diyabet sıklık oranının %13.7 olması oldukça endişe verici bir durum olarak karşımıza gelmektedir [46].

**Dislipidemi;** kardiyovasküler hastalık riskini arttıran önlenemez/değiştirebilir risk faktörleri içinde en önemlisidir ve ateroskleroz patogenezinin temel faktörüdür. Yapılan araştırmalarda Avrupa ve Kuzey Amerika'da her iki yetişkinden birinin dislipidemik olduğu görülmüştür. Ülkemizde ise yapılan saha çalışmaları sonucu; erişkin nüfusun yaklaşık %80'inde dislipideminin varlığı söz konusudur [47].

Total kolesterol (TK) veya düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (LDL-K) seviyesiyle KAH riski arasında güçlü bir ilişki vardır. LDL-K ( $\geq 130$  mg/dl) ve total kolesterol ( $\geq 200$  mg/dl) düzeyi arttıkça KAH atak riski artar. Genellikle LDL-K' daki %1'lik artış KAH riskini %2-%3 oranında arttırmaktadır. Bununla birlikte yüksek dansiteli lipoprotein kolesterolün (HDL-K) 60 mg/dl'nin üzerinde olması KAH riskini azaltmaktadır [47,48].

**Sigara;** tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de KKH' nın güçlü bir risk faktörü olmasının yanı sıra; önlenemez ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir. Sigara içimi, trombositleri aktive ederek kalp hızını artırır ve kan basıncını yükseltir. Sigara dumanı içinde bulunan nikotin ve karbonmonoksit endotel hasarına yol açarak ateroskleroza hızlandırır. Sigara içme süresi ve günlük içilen sigara miktarı ME riskiyle doğrudan orantılıdır. Yapılan çalışmalar kardiyak ölüm riskinin sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla 2-4 kat arttığını kanıtlamıştır [4,49,50]. DSÖ'ne göre; her yıl sigara kullanımına bağlı 8 milyon insan ölmekte ve bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından kaynaklanmaktadır [51]. Sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre KKH ve ME' nden ölüm riski iki veya üç kat daha fazladır [52].

**Obezite;** hemen hemen tüm dünyada yaygın olarak görülen, önlenemez bir halk sağlığı problemidir. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması verilerine göre; erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obezdir. Obezitenin önemli bir kardiyometabolik risk faktörü olmasının yanı sıra, obez bireylerde hipertansiyon ve dislipidemiler daha sık görülmektedir [53]. Günümüzde obezite hastalığı, önlenemez ölümlerin en önemli nedeni olan sigaradan hemen sonra gelmektedir. Obezite varlığının tespitinde en çok kullanılan yöntem Beden Kütle İndeksi (BKİ) ölçümüdür. BKİ; vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesiyle hesaplanmaktadır (BKİ= Ağırlık (kg) / Boy (m<sup>2</sup>)). BKİ 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olan yetişkin bireyler obez olarak kabul edilir [47]. TURDEP-I' de toplumumuzda santral obezite prevalansı %34 iken, TURDEP-II'de %53'e yükselmiştir [46,47].

**Yetersiz Fiziksel Aktivite;** bir haftada 5 kez 30 dakikadan daha kısa süreli orta dereceli aktivite ya da bir haftada 3 kez 20 dakikalık ağır aktiviteden daha azı olarak tanımlanmaktadır [54]. Düzenli fiziksel aktivite KAH olan bireylerde kardiyovasküler olay riski %30-50, tüm nedenlere bağlı mortalitede ise %20-25 oranında azalma sağlanabilmektedir. Egzersiz, KAH' ı bulunan bireylerde oksijen tüketimi ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlar [55]. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması verilerine göre; boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından, erkeklerin %55'i, kadınların ise %69'u düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir [54].

**Dengesiz ve sağlıksız beslenme;** besin öğelerinin vücudun gereksinimi düzeyinde alınmaması (gereğinden az ya da çok alınması) ve buna bağlı olarak sağlık açısından

zararlı hale gelmesidir [56]. Küresel düzeyde, iskemik kalp hastalıklarının yaklaşık %31'inin, inme vakalarının ise yaklaşık %11'inin yetersiz meyve ve sebze tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Doymuş yağ, trans yağ ve tuzun fazla tüketilmesi, sebze, meyve ve balığın diyetle yetersiz alınması kalp ve damar hastalıkları riskini arttırmaktadır [53,54]. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması' na göre; ülkemizde en fazla tüketilen yağların; çiçek yağı, mısırözü, soya, fındık yağı gibi sıvı yağlar (%62.1) ve zeytinyağı (%27.6) olduğu ve bireylerin yaklaşık beşte birinin yemeğin tadına bakmadan tuz attığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin günlük sebze/meyve porsiyon tüketimine bakıldığında ise, yalnızca %13'ünün beş porsiyon ve üzerinde tükettiği görülmektedir [53].

**Alkol kullanımı;** yapılan araştırmalar sonucu, her yıl dünya genelinde 2.8 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır. Bu ölümlerin %50' den fazlası kalp-damar hastalıkları, diyabet, karaciğer sirozu ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyledir [54,57]. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'a göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %14.9' u alkol kullanmaktadır [58].

### **2.3.8. Miyokard Enfarktüsünde Tedavi**

Miyokard enfarktüsünün ideal tedavisi, etkin hastane bakımının olabildiğince erken dönemde sağlanması ile mümkün olmaktadır. Birçok çalışma ME' ne bağlı ölümlerin yarısının ilk iki saatte gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Tedaviye başlama süresi uzadıkça miyokard kas hasarı artmaktadır. Tedavide asıl amaç, mümkün olan en kısa sürede miyokardın reperfüzyonunu sağlamaktır. Tipik göğüs ağrısının 15 dakikayı geçmesi ve nitrogliserine yanıt vermemesi tanı koydurucudur. Hasta öyküsü, belirti ve bulgulara ek olarak en kısa zamanda elektrokardiyografi (EKG) çekilmelidir. Ciddi aritmiler gerçekleşebileceği için monitörizasyon sağlanmalıdır. EKG çekimi tekrarlanmalı ve öncekilerle karşılaştırılmalıdır. Risk sınıflaması yapılmalı ve erken reperfüzyon tedavisine başlanmalıdır [59,60].

#### **2.3.8.1. Miyokard Enfarktüsünde Acil Tedavi**

Göğüs ağrısı ile gelen ve ME tanısı alan hastada acil servis ve/veya hastane öncesi tedavi ilkeleri; ağrıyı kontrol altına almak ve hastanın anksiyetesini gidermek, enfarktüs alanını

olabildiğince sınırlamak, gelişebilecek aritmilere bağlı ölümü önlemek ve varsa komplikasyonları tedavi etmektir [59].

- Hasta yürütülmemeli, mümkün olduğunca az konuşurulmalıdır. Rahat ettiği pozisyonda oturur veya yarı oturur pozisyonda tutulmalıdır. Bu hem hastanın pozisyonunu korumak için efor harcamamasını hem de rahatlamasını sağlar.
- Hastanın bulunduğu ortam (ambulans ve/veya hastane) oda sıcaklığında bulunmalı, hasta sıcak ve soğuktan korunmalıdır. Sıkan giysileri varsa çıkartılmalıdır.
- AKS sonrası kardiyak arrest de dahil olmak üzere birçok komplikasyon görülebildiği için hasta monitörize edilmeli ve EKG izlemi yapılmalıdır. Kardiyak arrest olasılığına karşın CPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) koşulları hazır edilmelidir.
- Hipoksemi ve solunum güçlüğü varlığında, geri solumasız maske ile 4 lt/dk oksijen verilmelidir.
- 160 mg ve üzeri aspirin kullanımı hızlı antitrombolitik etki göstermektedir. Hasta günlük aspirin kullanıyor ise 160 mg, kullanmıyorsa 300 mg ASA (asetil salisilik asit- aspirin) çiğnetilmelidir.
- Vital bulgular sık takip edilmeli ve intravenöz yol açılmalıdır. Özellikle sistolik kan basıncı 100 mmHg'nin altında ise damar yolundan 250 cc %0,9 NaCl hızlı bir şekilde verilmelidir.
- Hastanın sistolik kan basıncı 100-120 mmHg ise tek doz, 120 mmHg üzerinde ise 5 dakika aralıklarla 3 doz sublingual nitrogliserin (isordil 5 mg, SL sprey 0,4 mg) verilmelidir.
- Nitrogliserine rağmen şiddetli göğüs ağrısı varlığında, sistolik kan basıncı 100 mmHg üzerinde ise hastaya 2-4 mg morfin sülfat verilmelidir.
- Mümkün olan en kısa sürede hastanın uygun tedavisini sağlayacak bir hastaneye transportu sağlanmalıdır [59,61].

### 2.3.8.2. Miyokard Enfarktüsünde Farmakolojik Tedavi

Miyokard enfarktüsünde tedavi yaklaşımı; hastanın anamnezine, fizik muayenesine, EKG bulgularına, semptomların süresi ve tekrarlanmasına bağlı olarak şekillenir.

Farmakolojik tedavide kullanılan antiiskemik ilaçların amacı; hastanın ağrısının giderilmesi, kalp hızı ve kan basıncının düzenlenmesi ve miyokardın oksijen tüketiminin azaltılmasıdır. Antiplatelet ilaçlar ise; trombosit agregasyonunu inhibe ederek, trombüs oluşumunu engeller. Antiplateletlere ilave olarak, indirek trombin inhibitörleri olan antikoagülanlar (heparin) da farmakolojik tedavi de kullanılır [60].

### 2.3.8.3. Miyokard Enfarktüsünde Reperfüzyon Tedavisi

Akut miyokard enfarktüsünde reperfüzyon tedavisi; farmakolojik reperfüzyon (fibrinolitikler) tedavisi ya da perkutan koroner girişimler (PKG) ile yapılmaktadır. Tedavinin amacı; koroner akımın yeniden sağlanması ve miyokard dokusunun reperfüzyonudur [30].

**Fibrinolitik Tedavi:** Akut tromboz durumunda, oluşan trombüsü ortadan kaldırmak amacıyla fibrin eritici ilaçların kullanılmasıdır. STEMI hastalarında semptomların başlangıcını takip eden 6-12 saat içinde, ardışık en az iki derivasyonda 1 mm ST-segment yüksekliği varlığı mevcut ise, reperfüzyon seçeneği olarak uygulanır [62].

**Perkutan Koroner Girişim (PKG):** Stentli veya stentsiz, en sık uygulanan koroner girişimdir. Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (ESC) kılavuzlarında, kapı-balon zamanı (ilk tıbbi temastan PKG' ye kadar) 90 dakikanın altında ise ilk tedavi metodu olarak PKG' yi önermektedir. Fibrinolitik tedavi ile karşılaştırıldığında PKG' nin AME hastalarında kardiyovasküler komplikasyonları azalttığı ve optimal tedavi olduğu ileri sürülmektedir. NSTEMİ' li hastalarda PKG ile erken (24-48 saat içinde) invaziv yaklaşım; AME, tekrarlayan AKS ve mortaliteyi kadınlarda %19 ve erkeklerde %27 azaltmaktadır [30,62].

**Cerrahi tedavi:** PKG sonrası dirençli belirtileri (iskemi/göğüs ağrısı) devam eden, başarısız PKG gerçekleşen, koroner anatomisi PKG için uygun olmayan, PKG ye uygun olmayan koroner tıkanıklığı olan, hemodinamik bozulma öngörülen bireylerde acil olarak koroner bypass cerrahisi (CABG) tercih edilmektedir[30].

## 2.4. Ölüm Kavramı ve Ölüm Kaygısı

Birçok dilde farklı kelimelerle ifade edilen ölüm, tüm dünyada aynı anlamı taşır. Bizim ülkemizdeki anlamı ise Türk Dil Kurumu'na göre; “Bir canlı hayatının tam ve kesin olarak sona ermesi, yok olma ve ortadan kalkma” şeklindedir [70]. Tüm canlı organizmaların ortak paydası olan ölüm, fizyolojik ve psikolojik olarak bireyin son aşamasıdır. Birey yaşamında attığı her adımın onu ölüme doğru götürdüğünü ve bunun kaçınılmaz olduğunu bilir. Bilinmeyen, ölümün nerede ve ne şekilde geleceğidir. Bu bilinmezlik bireyde korku yaratır ve birey kaygı duyar. Yaşanılan kaygı ise literatürde; “ölüm kaygısı” olarak geçmektedir [71,72].

Korku ve kaygı terimleri ise genellikle eşanlamlı olarak kullanılmalarına rağmen farklı kavramlardır. TDK'ya göre; gerçek veya beklenen bir tehlike varlığında kendini gösteren duygu korkudur. Kaygı ise; sebebi bilinmeyen, kötü bir şey olacaktıymış hissidir. Öztürk, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu kavramlarının birbirlerinden farklı olduğunu; ölüm kaygısının tamamen yok olma korkusu, ölüm korkusunun ise ölümün korkunç olduğu inancı ile kaygıdan daha somut bir kavram olduğunu ifade etmektedir [70,73].

### 2.4.1. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Yapılan araştırmalara göre ölüm kaygısı; bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, dini, mesleği, sosyokültürel özellikleri, fiziksel veya ruhsal hastalık varlığı ile ilişkilendirilmiştir [74-76].

#### Yaş

Genç bireylerin kendini ölüme uzak hissetmesi sebebiyle ölümü düşünmedikleri ve ölüm hakkında konuşmadıkları; yaşlı bireylerin ise kendilerini ölüme daha yakın hissettikleri ve yaşın ilerlemesiyle ölümü daha çok düşündükleri kabul edilir. Genç birey ölümü, sağlığı yitirme ve geleceğe dair planların gerçekleştirilememesi olarak görür ve kaygı duyar. Orta ve ileri yaş grubundaki birey ise ölümü; iş ve yakın çevresindekilere karşı olan sorumluluklarını tamamlayamamak olarak görür ve buna bağlı kaygı duyar [77,78].

Yapılan araştırmalara bakıldığında Templer yaş ile ölüm kaygısı arasında bir ilişkinin bulunmadığını söylerken, diğer bir araştırmacı ise yaş ile ölüm kaygısı arasında inişli çıkışlı eğrisel ya da doğrusal bir ilişki olabileceğini belirtmektedir [79,80]. Yapılan çalışmaların birçoğunda ise yaşlılarda ölüm kaygısının ergen ve genç yetişkinlere göre

daha düşük olduğu bulunmuştur [81,82]. Bu durum; ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan fiziksel problemler ve sosyal izolasyon gibi nedenlerle yaşlı bireyin yaşam korkularının ölümden daha fazla kaygı yarattığı ve zamanla ölümü kabullenmeye bağılı ölüm kaygısının azalması olarak yorumlanmaktadır [83].

### **Cinsiyet**

Yapılan bazı çalışmalarda cinsiyet değışkeni anlamlı bulunmasa da, birçok çalışma kadınlarda ölüm kaygısının erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Kadınlarda görülen yüksek ölüm kaygısı; sosyokültürel beklentiler ve dini inanış gibi diğeri bir değışkenle ilişkilendirilmiştir [78,84-88].

### **Medeni Durum**

Cinsiyet değışkeninde olduğu gibi bireyin evli ya da bekar olmasının ölüm kaygısı üzerine etkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında tam bir fikir birliğine varılamadığı görülmektedir. Araştırma sonuçları incelendiğinde bazı çalışmalarda eş ve çocuklara karşı sorumluluklarının fazla olması sebebiyle, evlilerin bekarlara göre ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuştur [87-89].

### **Meslek**

Yoğun bakım ünitesi, acil servis, bazı dini kurumların çalışanları gibi meslek mensupları diğeri meslek gruplarına nazaran ölümlerle daha sık yüz yüze gelmektedirler. Tanık oldukları ölüm anı sayısı veya hastalık, kaza gibi bir sebeple ölümlerle yüzleşme deneyimi ölüm kaygısının gelişmesinde önemli olmaktadır [90,93].

### **Sosyokültürel Özellikler ve Din**

Gelecek nesillere aktarılan maddi ve manevi bütünlüğü temsil eden kültür topluma özgüdür ve farklılık gösterir. Ölüm ve ölüme bakış açısı da topluma özgüdür. İçinde bulunulan kültürel yapı ölüme bakış açısını değıştiren etmenlerden biridir. Araştırmalar doğu toplumlarının ölüm kaygısının düşük olduğunu gösterirken, batı toplumlarında bu oranın daha yüksek olduğunu göstermektedir [90,91].

Sosyokültürel bir sistem olan din de toplumsal farklılıklar gösterir. İnanç, tutum ve davranış farklılıkları ölüme verilen tepkileri de farklı kılmaktadır. Genellikle her dinin hiçlik, ölmek ve yok olmak düşüncelerine karşı bireyi yaşayacağı kaygılardan koruduğu

söylenbilir. Yapılan araştırmalar din ve ölüm kaygısı arasında negatif veya pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir [88,92].

### **Fiziksel veya Ruhsal Hastalık Varlığı**

Fiziksel hastalık varlığında bireyin ölüm kaygısını en fazla yaşadığı iki dönem vardır. İlki; hastalığın artık son evresinde olduğunu öğrendiği dönemdir. Bu dönemde bireyde depresyon ve intihar düşünceleri görülebilir. İkinci dönem ise; iştahsızlık, yorgunluk, halsizlik, işlevsel yetersizlik ve hastalık nedeniyle sakat kalma durumlarının görüldüğü dönemdir. Hastalığın seyrinin bilinmemesi, semptomlarda yeterli düzelmenin olmaması, ölüm anında duyacağı ağır deneyimi gibi nedenler ölüm kaygısının düzeyini belirler [94].

Bireyler düşünce ve duyunun ağır oranda bozulduğu psikotik ataklar ya da ilaç yan etkisine bağlı anksiyete artışıyla ölüm kaygısını daha yoğun hissederler. Sebebi ne olursa olsun kontrolünü kaybettiğini hisseden bireyde ölüm kaygısı artabilir. Majör depresif bozukluk yaşayan birey ise ölmek istediği için ölüm kaygısı duymamaktadır [94,95].

### **2.4.2. Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi**

Günlük yaşam aktiviteleri terimi; bireyin bağımsız olarak kendine bakabilmesi ve yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel becerileri toplu olarak tanımlamak için kullanılır. Bu becerilere örnek olarak; beslenme, banyo yapmak, hareket etmek vb. verilebilir [96].

Ölüm düşüncesinin insan hayatına tartışılmaz bir etkisi vardır. Fakat; aşırı ve ölçsüz olan ölüm düşüncesi insan psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple ölüm düşüncesinin sınırlarının çizilmesi önemlidir. Aksi durumda ruhsal denge bozulur ve çevreye uyum zorlaşabilir [97,98]. Buna bağlı olarak kişi temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşayabilir ve çevresine bağımlı hale gelebilir.

### **2.5. Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Rolü**

Kardiyak rehabilitasyon; Kardiyovasküler hastalığı tanısı almış bireyin sağlık refahını en üst seviyede tutabilmek ve sürdürebilmek için verilen destek, uygulamaların ve bakımın hepsi olarak tanımlanmaktadır. Geniş kapsamlı bir kardiyak rehabilitasyon programı; kalp hastaları için kişiye özđu olarak kontrollü bir egzersiz planı, tıbbi değerlendirmeleri, risk profili belirlenmesi, eğitim ve danışmanlığı, ilaçlı ve ilaçsız tedavi girişimlerini ve koroner risk faktörleri ile ilgili davranış değişikliğini içerir. Profesyonel hemşirenin



eğitici rolü kapsamındaki hasta eğitimi, sağlıklı veya hasta bireylere, sağlıklı yaşam bilgi, beceri, tutum, davranış ve alışkanlıklarını kazandırmayı amaçlayan öğretim-öğrenme sürecidir [63,64].

Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği'nin yayınladığı “Çekirdek Bileşenleri/İkincil Önleme Programları Kılavuzu 2007” kılavuzuna göre kardiyak rehabilitasyon; hasta değerlendirmesi, beslenme önerileri, risk faktörleri yönetimi (diyabet tedavi ve yönetimi, lipidler, kan basıncı, sigara, kilo kontrolü), psikososyal müdahaleler, fiziksel aktivite ve egzersiz eğitiminden oluşmaktadır [67].

Tüm rehabilitasyon faaliyetlerinde olduğu gibi kardiyak rehabilitasyonda da multidisipliner ekip çalışması hayati önem taşımaktadır. Kapsamlı bir kardiyak rehabilitasyon ekibinin temel üyeleri; hekim, hemşire ve fizyoterapistlerdir. Eczacı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve ergoterapistler de bu kapsamlı ekibin geri kalanını oluştururlar [68,69].

Kardiyak rehabilitasyon dört faz/evreden oluşmaktadır.

- Evre I (Hastane İçi Denetimli Faz): Yatan hasta rehabilitasyonudur. Koroner yoğun bakım ünitesinden başlayıp, hasta taburcu oluncaya kadar geçen 1-2 haftalık süreyi kapsar. Kontrollü artışlarla yaptırılan egzersizlerle birlikte, hastanın güvenle yapabileceği egzersiz seviyesi belirlenir.
- Evre II (Hastane Dışı Denetimli Faz): Taburculuk sonrası erken dönem evde geçirilen süreyi kapsar. Bu süre ortalama üç aydır. Bir rehabilitasyon merkezinde, hekim kontrolünde nabız ve semptomların takibiyle yaptırılan egzersiz programını içerir.
- Evre III (Hastane Dışı Denetimsiz Faz): Evre II' den sonraki altı ayı kapsar. Sosyal yaşama, iş ve aktivitelere dönüş evresidir. Hasta nabız ve semptom takibini kendi yaparak planlı egzersiz programını uygular.
- Evre IV (İdame/Bakım Dönemi): Hayat boyu sürecek olan evredir. Daha önceki evrelerde kazandırılan yaşam şekli değişiklikleri ve egzersizlerin hasta tarafından idame ettirileceği dönemdir [68,69].

Tüm dünyada en önemli sağlık problemlerinden biri olan kardiyovasküler hastalıklarda, bireyin hastalığa uyumu ve davranış değişikliklerinin kazandırılması eğitimle mümkün olmaktadır. Hemşire, hasta bireyin bakım gereksinimlerini belirlediğinde aynı zamanda eğitim gereksinimlerini de belirlemiş olur [64,65]. Miyokard enfarktüsü tanısı alan bireylerin aktif yaşamlarına tekrar dönebilmeleri, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri ve istedik davranış değişiklikleri geliştirerek risk faktörlerini azaltmaları etkin eğitim programları ile mümkün olacaktır [66].



## 3. BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Miyokard Enfarktüsü geçiren bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Nevşehir Devlet Hastanesi anjiyo, kardiyoloji servisleri ve kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerinde yapılmıştır. Bu polikliniklere gelen hastalar ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinde nelere dikkat etmesi gerektiğine yönelik herhangi bir danışmanlık hizmeti almamaktadır. Kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerine genel olarak diyabet, hipertansiyon ve ME sonrası takip edilen bireyler başvurmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

##### 3.3.1. Araştırmanın Evreni

Nevşehir Devlet Hastanesinde bir yıllık sürede anjiyo, kardiyoloji, dahiliye servislerinde yatan veya polikliniklerinde muayene olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan ME geçirmiş tüm hastalar oluşturmaktadır.

##### 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini ise; 5.08.2021-30.03.2022 tarihleri arasında anjiyo, kardiyoloji, dahiliye servislerinde yatan veya polikliniklerinde muayene olan miyokard enfarktüsü geçirmiş 226 birey oluşturmuştur. G. Power-3.1.9.2 programı kullanılarak örneklem büyüklüğünün veri toplama aşamasından sonra yeterli olup olmadığı belirlemek için araştırmanın verilerinden yola çıkılarak çalışmanın gücü hesaplanmıştır [99]. Ölçekler arasındaki ilişkinin anlamsız bulunmasından dolayı diğer bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini gösteren regresyon analizi üzerinden güç hesaplanmıştır. %95 güven düzeyinde,  $\alpha=0.05$  ve etki değeri=0.182 değerleri baz alınarak çalışma sonrasında hesaplanan güç 0.99 olarak bulunmuştur.

### 3.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Okur-yazar olan,
- Sağlık bakım profesyonelleri ile etkili bir iletişim kurabilen,
- Psikiyatrik bir hastalığı veya belirgin bilişsel bozukluğu olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve onam alınmış hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

### 3.4. Verilerin Toplanması

#### 3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu (EK-I), Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-II), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-III), Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK-IV) kullanılarak toplanmıştır.

**Anket Formu (EK-I):** Konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan bilgi formu, bireylerin demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

**Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-II):** Katz ve ark. [100] tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenilirliği Yardımcı [101] tarafından yapılmıştır. Ölçek; temel günlük yaşam aktiviteleri olan banyo yapma, giyinme, tuvalete ihtiyacı, yemek yeme, hareket ve boşaltımı içermektedir [100,101]. Birey; yapamadığı her bir aktivite için 1 puan, aktiviteleri yardım alarak yapıyor ise 2 puan, kendi başına yapabiliyor ise 3 puan alır. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir [100, 102]. Bu çalışmada ölçek Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) katsayısı değeri 0.84 olarak hesaplanmıştır.

**Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-III):** Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenliğini Yardımcı [101] yapmıştır. Ölçek; telefon kullanma, alışveriş yapma, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme, toplu taşıma araçları ile yolculuk etme gibi aktivitelerin sorgulandığı toplam 8 sorudan oluşmaktadır. Bağımsız olarak yapılan her aktivite için 3 puan, yardım alınarak

yapılıyorsa 2 puan, hiç yapılamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. EGYA ölçeğinde 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir [101,103]. Bu çalışmada ölçek Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) katsayısı değeri 0.88 olarak hesaplanmıştır.

**Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK-IV):** Templer tarafından 1970 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Şenol tarafından yapılmıştır. Ölçek; bireylerin ölüme ve ölme riskine karşı oluşan korku ve kaygısını belirlemeye yönelik, toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Doğru-yanlış şeklinde yanıtlanan ölçeğin; ilk 9 maddesine verilen her bir evet yanıtı için 1 puan, hayır yanıtı için 0 puan; geriye kalan 6 maddeye verilen her bir hayır yanıtı için 1 puan, evet yanıtı için 0 puan alınmaktadır. 0-4 puan "hafif düzeyde", 5-9 puan "orta düzeyde", 10-14 puan "ağır düzeyde", 15 puan ise "panik düzeyde" ölüm kaygısı olarak değerlendirilmektedir [104]. Bu çalışmada ölçek Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) katsayısı değeri 0.64 olarak hesaplanmıştır.

### 3.4.2. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunun işlevliliğini belirlemek amacıyla Nevşehir Devlet Hastanesi anjiyo, kardiyoloji, dahiliye servislerinde yatan veya polikliniklerinde muayene olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun 10 miyokard enfarktüsü tanısı almış bireye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrasında anket formunda yer alan sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

### 3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri 5 Ağustos 2021- 30 Mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Nevşehir Devlet Hastanesi anjiyo, kardiyoloji, dahiliye servislerinde yatan veya polikliniklerinde muayene olan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve onamları alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Anket Formu (EK-1), Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-II), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-III) ve Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK-IV) araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme ile veriler toplanmıştır. Formların cevaplanma süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

#### **3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılım uygunluk normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlandığı durumda iki grup karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırması için ise ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılım olmayan durumlarda ise iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney u testi ikiden fazla grup karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis H test kullanılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile Spearman rho korelasyon analizi ile incelenmiştir.

#### **3.4.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce, Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurul onayı (Karar No: 2019.14.106) (EK-V) ve Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-VI) araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Ölçek kullanımı için yazarlardan e-posta aracılığı ile gerekli izinler alınmıştır (EK-VII, EK-VIII).

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=226)

Tanıtıcı özellikler		<i>n</i>	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	78	34.5
	Erkek	148	65.5
<b>Yaş</b>	Ort±SS	63.73±11.81	
<b>Medeni durum</b>	Evli	28	12.4
	Bekar	198	87.6
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar	32	14.2
	İlkokul	126	55.8
	Ortaokul	34	15.0
	Lise	27	11.9
	Üniversite	7	3.09
<b>Meslek</b>	Memur	6	2.7
	Emekli	125	55.3
	İşçi	13	5.8
	Serbest meslek	19	8.4
	Çalışmıyor	63	27.9
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	7	3.1
	Gelir gidere denk	194	85.8
	Gelir giderden fazla	25	11.1
<b>Evde kiminle yaşadığı</b>	Yalnız	9	4.0
	Aile ile	211	93.4
	Diğer	6	2.7
<b>Sigara kullanım durumu</b>	Kullanan	51	22.6
	Kullanmayan	80	35.4
	Bırakan	95	42.0
<b>Alkol kullanım durumu</b>	Kullanan	5	2.2
	Kullanmayan	148	65.5
	Bırakan	73	32.3

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; bireylerin %65.5’inin erkek, yaş ortalamasının 63.73±11.81 olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %87.6’sının bekar,

%55.8'inin ilkokul mezunu, %55.3'ünün emekli olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %85.8'inin geliri gidere denk olduğu, %97.8'inin sağlık güvencesinin olduğu, %93.4'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı; %98.7'sinin ihtiyacı olduğunda yardıma başvurduğu kimsenin var olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %65.5'inin alkol kullanmadığı ve %42'sinin sigarayı kullanmayı bıraktığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.2.** Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=226)

Hastalığa ilişkin özellikler		n	%
<b>Hastaneye yatma durumu</b>	Yatan	200	88.5
	Yatmayan	26	11.5
<b>Daha önce kalp krizi geçirme durumu</b>	Geçiren	83	36.7
	Geçirmeyen	143	63.3
<b>Uygulanan tedaviler</b>	Anjiyografi	226	100.0
	Stent takılması	151	66.8
	Trombolitik tedavi	30	13.3
<b>Komplikasyon gelişme durumu</b>	Gelişen	15	6.6
	Gelişmeyen	211	93.4
<b>Ailede başka kalp krizi geçiren varlığı</b>	Var	161	71.2
	Yok	65	28.8
<b>Diyete uyma durumu</b>	Uyan	146	64.6
	Uymayan	80	35.4
<b>Düzenli egzersiz yapma durumu</b>	Yapan	47	20.8
	Yapmayan	179	79.2
<b>Düzenli ilaç kullanım durumu</b>	Alan	213	94.2
	Almayan	13	5.8
<b>Hastalık sonrası semptom varlığı</b>	Var	156	69.0
	Yok	70	31.0
<b>Hastalık sonrası yaşanan semptomların günlük yaşamı etkileme durumu</b>	Etkilenen	150	96.2
	Etkilemeyen	6	3.8

Tablo 4.2'de araştırmaya alınan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %63.3'ünün daha önce kalp krizi geçirmediği ve %28.8'inin ailesinde kalp krizi öyküsünün olduğu, bireylerin tamamına anjiyografi yapıldığı, %66.8'ine stent takıldığı, %13.3'üne trombolitik tedavi uygulandığı, %93.4'ünde hastalık sonrası komplikasyon gelişmediği, %35.4'ünün diyetine uymadığı, %79.2'sinin egzersiz yapmadığı, %94.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %69'unda hastalık sonrası semptom geliştiği; %96.2'sinin yaşanan semptomların günlük yaşamlarını etkilediği görülmektedir.



**Tablo 4.3.** Bireylerin Ölüm Kavramına Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (N=226)

<b>Ölüm kavramına ilişkin bireylerin düşünceleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kader	144	63.7
Huzur rahatlık	10	4.4
Korkunç bir olay	4	1.8
Son	17	7.5
Ceza	2	0.9
Kurtuluş	23	10.2
Yeni bir yaşam	23	10.2
Diğer	3	1.3

Tablo 4.3’de araştırmaya alınan bireylerin ölüm kavramına yönelik düşüncelerinin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %63.7’sinin kader, %10.2’sinin kurtuluş ve %10.2’sinin ise yeni bir yaşam olarak ölümü ifade ettiği görülmektedir.

**Tablo 4.4.** Bireylerin GYA, EGYA ve Ölüm Kaygısı Ölçeğine Göre Bağımlılık ve Kaygı Durumlarının Dağılımı (N=226)

<b>GYA’ya Göre Bağımlılık Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kısmen Bağımlı	8	3.54
Bağımsız	218	96.46
<b>EGYA’ya Göre Bağımlılık Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kısmen Bağımlı	53	23.45
Bağımsız	173	76.55
<b>Ölüm Kaygısı Ölçeği’ne Göre Kaygı Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hafif	64	28.32
Orta	136	60.18
Ağır	26	11.50

Tablo 4.4’ te araştırmaya alınan bireylerin GYA, EGYA ve Ölüm Kaygısı Ölçeği’ ne göre bağımlılık ve kaygı durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği’ ne göre bireylerin %96.46’sının bağımsız olduğu; Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği’ ne göre ise bireylerin %76.55’inin bağımsız olduğu belirlenmiştir. Ölüm Kaygısı Ölçeği’ ne göre ise bireylerin %60.18’inde orta düzeyde ölüm kaygısı olduğu ve %11.50’inde ise ağır düzeyde ölüm kaygısı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.5.** Bireylerin GYA, EGYA ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan ve Ortalamalarının Dağılımı (N=226)

	Min	Mak.	Ort±SS
Günlük Yaşam Aktiviteleri	7.00	18.00	17.02±1.89
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	8.00	24.00	19.27±4.06
Ölüm Kaygısı	0.00	14.00	6.28±2.59

Tablo 4.5'te araştırma kapsamındaki bireylerin GYA, EGYA ve Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; Ölüm Kaygısı ölçeği puan ortalaması 6.28±2.59; Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği puan ortalaması 19.27±4.06 ve Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalaması 17.02±1.89 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.6.** Bireylerin Enstrümental ve Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ölüm Kaygıları Puanlarının Dağılımı

Ölçekler		Ölüm kaygısı			Test değeri	p*
		Hafif ölüm kaygısı	Orta ölçüm kaygısı	Ağır ölüm kaygısı		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Kısmen bağımlı	1 (1.6)	7 (5.1)	0(0.0)	1.707	0.479
	Bağımsız	63(98.4)	129(94.9)	26(100.0)		
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	Kısmen bağımlı	14 (21.9)	36(26.5)	3(11.5)	2.835	0.242
	Bağımsız	50(78.1)	100(73.5)	23(88.5)		

\*Ki-kare testi uygulanmıştır

Tablo 4.6.' da bireylerin enstrümental ve günlük yaşam aktiviteleri ile ölüm kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

**Tablo 4.7.** Ölüm Kaygısı Ölçeği ile GYA ve EGYA Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	GYA		EGYA		Ölüm Kaygısı	
	r	p	r	p	r	p
GYA	1	-	0.636	p<0.001	0.041	0.543
EGYA	0.636	p<0.001	1	-	0.105	0.117
Ölüm Kaygısı	0.041	0.543	0.105	0.117	1	-

r= Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.7’de Ölüm Kaygısı Ölçeği ile GYA ve EGYA Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloya göre ölçekler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; GYA ile EGYA Ölçeği arasında istatikselsel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=0.636$  ve  $p<0.05$ ). GYA ile Ölüm Kaygısı Ölçeği arasında ( $r=0.024$  ve  $p>0.05$ ) ve EGYA ile Ölüm Kaygısı Ölçeği arasında ise istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r=0.024$  ve  $p>0.05$ ) bulunmuştur.

**Tablo 4.8.** Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=226)

Sosyo-Demografik Özellikler	Ölüm kaygısı	GYÖ	EGYÖ
	Toplam Puan		
	$X\pm SS$	<i>Med(min-Max)</i>	<i>Med(min-Max)</i>
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	4.88±2.45	18.00(7.00-18.00)	20.00(10.00-24.00)
Erkek	7.01±2.36	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
<i>p</i>	<b><math>p&lt;0.001^a</math></b>	0.533 <sup>b</sup>	0.435 <sup>b</sup>
<b>Yaş grubu</b>			
40-49 <sup>1</sup>	5.83±2.39	18.00(15.00-18.00)	21.00(13.00-24.00)
50-59 <sup>2</sup>	5.78±2.70	18.00(13.00-18.00)	21.00(11.00-24.00)
60-69 <sup>3</sup>	6.25±2.76	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
70 ve üzeri <sup>4</sup>	6.87±2.33	16.00(7.00-18.00)	17.00(9.00-24.00)
<i>p</i>	0.084 <sup>c</sup>	<b><math>p&lt;0.001^d</math></b> <b>4&lt;1,2,3</b>	<b><math>p&lt;0.001^d</math></b> <b>4&lt;1,2,3</b>
<b>Medeni durum</b>			
Evli	6.39±2.51	16.00(7.00-18.00)	16.50(9.00-24.00)
Bekar	6.26±2.61	18.00(7.00-18.00)	21.00(8.00-24.00)
<i>p</i>	0.804 <sup>a</sup>	<b><math>p&lt;0.001^b</math></b>	<b>0.003<sup>b</sup></b>
<b>Eğitim durumu</b>			
Okuryazar <sup>1</sup>	5.56±2.85	17.00(7.00-18.00)	18.00(9.00-24.00)
İlkokul <sup>2</sup>	6.4±2.68	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Ortaokul <sup>3</sup>	6.24±2.39	18.00(12.00-18.00)	21.00(12.00-24.00)
Lise <sup>+4</sup>	6.53±2.18	18.00(14.00-18.00)	22.00(18.00-24.00)
<i>p</i>	0.384 <sup>c</sup>	<b><math>p&lt;0.001^d</math></b> <b>1&lt;2,3,4; 2&lt;4</b>	<b>0.001<sup>d</sup></b> <b>1,2&lt;3</b>

a:Bağımsız Örneklem t testi, b: Mann Whitney U testi; c: One-way Anova testi; d: Kruskal Wallis H Testi

**Tablo 4.9.** Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=226) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Ölüm kaygısı	GYÖ	EGYÖ
	Toplam Puan <i>X±SS</i>	<i>Med(min-Max)</i>	<i>Med(min-Max)</i>
<b>Meslek</b>			
Memur + İşçi <sup>1</sup>	6.84±2.29	18.00(15.00-18.00)	21.00(17.00-24.00)
Emekli <sup>2</sup>	6.82±2.37	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Serbest meslek <sup>3</sup>	6.84±2.77	18.00(15.00-18.00)	21.00(15.00-24.00)
Çalışmıyor <sup>4</sup>	4.86±2.56	18.00(7.00-18.00)	21.00(10.00-24.00)
<i>p</i>	<b>0.003<sup>c</sup></b> <b>4&lt;1,2,3</b>	0.055 <sup>d</sup>	0.100 <sup>d</sup>
<b>Sigara kullanım durumu</b>			
Evet <sup>1</sup>	6.76±2.18	18.00(15.00-18.00)	21.00(12.00-24.00)
Hayır <sup>2</sup>	5.55±2.71	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Bıraktım <sup>3</sup>	6.63±2.58	18.00(7.00-18.00)	20.00(9.00-24.00)
<i>p</i>	<b>0.007<sup>c</sup></b> <b>2&lt;1,3</b>	<b>0.006<sup>d</sup></b> <b>1&gt;2,3</b>	0.377 <sup>d</sup>

a:Bağımsız Örneklem t testi, b: Mann Whitney U testi; c: One-way Anova testi; d: Kruskal Wallis H Testi

Tablo 4.8’de bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Ölüm Kaygısı, GYÖ, EGYÖ Ölçekleri toplam puan/puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo’ya göre; erkeklerin kadınlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). 70 yaş üzeri bireylerin diğer yaş gruplarına göre Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanının daha az olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ölüm Kaygısı puanlarının ise bireylerin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bekar olan bireylerin Günlük Yaşam Aktivite ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okuryazar olanların ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre; ilkökul mezunu olanların ise lise mezunu olanlara göre daha düşük günlük yaşam aktiviteleri puanı aldığı tespit edilmiştir. Okuryazar ve ilkökul mezunu olanların ise ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite puanlarının olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmayan bireylerin ölüm kaygısının daha az olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Sigara kullanmayan bireylerin ölüm kaygısının daha düşük olduğu, sigara kullananların ise Günlük Yaşam Aktivite puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=226)

Hastalık Özellikler	Ölüm kaygısı	GYÖ	EGYÖ
	Toplam Puan		
	$X \pm SS$	<i>Med(min-Max)</i>	<i>Med(min-Max)</i>
<b>Hastaneye yatma durumu</b>			
Evet	6.2±2.6	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Hayır	6.88±2.5	18.00(14.00-18.00)	21.00(17.00-24.00)
<i>p</i>	0.206 <sup>a</sup>	0.098 <sup>b</sup>	0.068 <sup>b</sup>
<b>İlk MI geçirme süresi</b>			
1 yıldan az	6.14±2.67	18.00(7.00-18.00)	21.00(10.00-24.00)
1-5 yıl	6.73±2.58	18.00(12.00-18.00)	18.00(9.00-24.00)
6-10 yıl	6.00±2.33	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
10 yıl ve üzeri	6.31±1.93	18.00(12.00-18.00)	20.00(13.00-24.00)
<i>p</i>	0.518 <sup>c</sup>	<b>0.005<sup>d</sup></b> 1<2	<b>0.003<sup>d</sup></b> 1>2
<b>Daha önce kalp krizi geçirme durumu</b>			
Geçirdi	6.82±2.63	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Geçirmedi	5.97±2.53	18.00(7.00-18.00)	21.00(10.00-24.00)
<i>p</i>	<b>0.017<sup>a</sup></b>	0.900 <sup>b</sup>	0.561 <sup>b</sup>
<b>Stent takılması</b>			
Takılmadı	6.16±2.55	18.00(7.00-18.00)	21.00(8.00-24.00)
Takıldı	6.34±2.62	18.00(12.00-18.00)	20.00(10.00-24.00)
<i>p</i>	0.629 <sup>a</sup>	0.511 <sup>b</sup>	<b>0.009<sup>b</sup></b>
<b>Trombolitik tedavi</b>			
Uygulanmadı	6.24±2.58	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Uygulandı	6.5±2.7	18.00(7.00-18.00)	21.00(9.00-24.00)
<i>p</i>	0.617 <sup>a</sup>	<b>0.044<sup>b</sup></b>	0.324 <sup>b</sup>
<b>Komplikasyon gelişme durumu</b>			
Gelişti	6.93±3.22	16.00(13.00-18.00)	18.00(11.00-24.00)
Gelişmedi	6.23±2.55	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
<i>p</i>	0.313 <sup>a</sup>	<b>0.015<sup>b</sup></b>	0.727 <sup>b</sup>

a:Bağımsız Örneklem t testi, b: Mann Whitney U testi; c: One-way Anova testi; d: Kruskal Wallis H Testi

**Tablo 4.9.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=226) (**Devamı**)

Hastalık Özellikler	Ölüm kaygısı		
	Toplam Puan <i>X±SS</i>	GYÖ <i>Med(min-Max)</i>	EGYÖ <i>Med(min-Max)</i>
<b>Ailede başka kalp krizi geçiren varlığı</b>			
Var	6.17±2.41	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Yok	6.54±3.01	18.00(7.00-18.00)	21.00(10.00-24.00)
<i>p</i>	0.340 <sup>a</sup>	0.571 <sup>b</sup>	0.093 <sup>b</sup>
<b>Diyete uyma durumu</b>			
Uyan	5.99±2.27	18.00(11.00-18.00)	20.00(9.00-24.00)
Uymayan	6.81±3.04	18.00(18.00-18.00)	22.00(8.00-24.00)
<i>p</i>	<b>0.035<sup>a</sup></b>	0.051 <sup>b</sup>	<b><i>p</i>&lt;0.001<sup>b</sup></b>
<b>Düzenli egzersiz yapma durumu</b>			
Yapan	7.02±2.75	18.00(13.00-18.00)	22.00(12.00-24.00)
Yapmayan	6.08±2.52	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
<i>p</i>	<b>0.027<sup>a</sup></b>	0.176 <sup>b</sup>	<b><i>p</i>&lt;0.001<sup>b</sup></b>
<b>Düzenli ilaç kullanım durumu</b>			
Alan	6.23±2.61	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Almayan	7±2.27	18.00(13.00-18.00)	22.00(12.00-24.00)
<i>p</i>	0.303 <sup>a</sup>	0.102 <sup>b</sup>	0.097 <sup>b</sup>
<b>Hastalık sonrası semptom varlığı</b>			
Var	6.03±2.47	18.00(7.00-18.00)	20.00(8.00-24.00)
Yok	6.84±2.79	18.00(12.00-18.00)	21.00(13.00-24.00)
<i>p</i>	<b>0.037<sup>a</sup></b>	<b>0.049<sup>b</sup></b>	<b>0.004<sup>b</sup></b>

a:Bağımsız Örneklem t testi, b: Mann Whitney U testi; c: One-way Anova testi; d: Kruskal Wallis H Testi

Bireylerin hastalık özelliklerine göre Ölüm Kaygısı, GYÖ ve EGYÖ Ölçekleri toplam puan/puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.9’ da yer almaktadır. Tabloya göre; Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının bireylerin ilk ME geçirme sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). 1 yıldan az olanların 1-5 yıl arasında olanlara göre Günlük Yaşam Aktivite puanının daha az, Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite puanının ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin daha önce kalp krizi geçirmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve daha önce kalp krizi geçirenlerin ölüm kaygısı

puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının bireyin stent uygulaması yaptırmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve stent uygulaması yaptıranların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının kişinin trombolitik tedavi uygulanması ve bireyde komplikasyon gelişme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Trombolitik tedavi uygulananların ve komplikasyon gelişmeyenlerin puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diyetine uyan bireylerin ölüm kaygısı ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının daha düşük olduğu, bireyin hastalığı ile ilgili diyet yapmasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bireyin hastalığı ile ilgili egzersiz yapmasına göre Ölüm Kaygısı ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve egzersiz yapan bireylerin ölüm kaygısı ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ölüm Kaygısı, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının kişinin hastalık sonrası semptom yaşamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Semptom yaşamadığını ifade edenlerin Ölüm Kaygısı, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Tüm dünyada erişkin mortalite ve morbidite sebeplerinin başında koroner arter hastalıkları gelmektedir. KAH' nın mortalitesi en yüksek olanı ise ME' dür [2-6]. ME tanısı alan bireylerin yaşadığı yoğun panik, stres, ölüm kaygısı ve tekrar ME geçirme riski sağ kalım ve iyileşme oranını olumsuz etkilemektedir. Bu durum bireyin sosyal ilişkilerinin bozulmasına, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine ve günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yetersizlik yaşamasına sebep olmaktadır [1,17]. Çalışmamızın verilerine göre; bağımsız hastalarda orta düzey ölüm kaygısı olduğu bulunmuştur. Bireylerin EGYA, GYA ve ölüm kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ve sonuç olarak ölüm kaygısının günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda günlük yaşam aktivitesi ve ölüm kaygısının birlikte ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte literatürde ölüm kaygısı; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek gibi sosyo-demografik özelliklerle ilişkilendirilmiştir [74-76]. Çalışmamızda da buna paralel olarak cinsiyet, meslek gibi sosyo-demografik özelliklerin ölüm kaygısını etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı çıktığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre veriler incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Şafak' ın (2019) yapmış olduğu bir çalışmada araştırma bulgularına benzer şekilde cinsiyet faktörünün ölüm kaygısı üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur [105]. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde erkek bireylerdeki ölüm kaygısının yüksek olması, erkeğin toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde eş ve çocuklara karşı olan sorumluluklarını yerine getirememeye kaygısından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma durumuna göre veriler incelendiğinde, çalışmayan bireylerin ölüm kaygısının daha az olduğu ve ölüm kaygısı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Eke (2003)' nin farklı meslek gruplarıyla yaptığı bir çalışmada, meslek grupları arasında ölüm kaygısı puanları açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır [106]. Thorson ve Powell (1996)' ın 60 cenaze görevlisi ve 136 farklı meslek grubuyla yapmış olduğu bir diğer araştırmada ise; cenaze görevlilerinin ölüm kaygıları



kontrol grubundaki diğer meslek mensuplarından çok daha yüksek çıkmıştır [107]. Araştırmamızın sonucuna göre çalışan bireylerin ölüm kaygılarının daha yüksek olmasının nedeninin, çalışan bireylerin daha fazla ölüm anına tanıklık etmeleri ve ölümle yüzleşme deneyimlerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların sigara kullanma durumuna göre veriler incelendiğinde, ölüm kaygısı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve sigara kullanmayan bireylerin ölüm kaygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Kain ve Nelson (2001)'in ölüm kaygısı ve sigara arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları bir çalışmada, sigara içenlerde ölüm kaygısı görülebileceği bildirilmektedir [108]. Çalışmamızın sonuçlarına göre; sigara kullanan bireylerde ölüm kaygısının yüksek olmasının sebebinin, sigaraya bağlı gelişebilecek hastalıklar ve bu hastalıklar sebebiyle yaşanabilecek acı, ağrı, özbakımda yetersizlik/bağımlı olma ve tekrar ME geçirme endişesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin daha önce kalp krizi geçirmesine göre veriler incelendiğinde, daha önce kalp krizi geçiren bireylerin ölüm kaygısı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Psikososyal faktörler ve ME riski arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ME geçiren bireylerde son bir yılda kontrol grubuna göre stresli olay yaşama ve depresyonun daha sık olduğu bulunmuştur [109]. Başka bir meta-analiz çalışmasında, kaygının ölüm veya yeni kardiyovasküler olay riskini %36 oranında arttırdığı tespit edilmiştir [110]. Çalışmamızın sonucuna göre daha önce ME geçiren bireylerin ölüm kaygısı puanlarının ilk defa ME geçiren bireylere göre daha yüksek olmasının sebebinin bireyin yaşadığı ani ölüm ve yoğun panik hissini birden fazla yaşaması ve tekrar yaşayabileceği endişesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya alınan bireylerin hastalıkları ile ilgili diyet yapmasına göre veriler incelendiğinde, diyet yapan bireylerin ölüm kaygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde diyet ve kaygı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar sağlıklı beslenmenin depresif semptomları ve kaygıyı önemli ölçüde azalttığını göstermektedir [111-113]. Araştırmamızın sonucuna göre; diyet yapan bireylerin ölüm kaygılarının daha düşük olmasının sebebinin sağlıklı beslenmenin bireylerin fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarına olan etkisinden (örneğin; B12 eksikliğinde yorgunluk, depresyon görülmesi ve serotoninin stres yönetimi üzerine etkisi vb.) kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin hastalığı ile ilgili egzersiz yapma durumuna göre veriler incelendiğinde, egzersiz yapan bireylerin ölüm kaygısı puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçücü ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı bir çalışmada, kadın cinsiyetinde fiziksel aktivite düzeyinin anksiyete ile pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur [114]. Çalışma bulgularımızda ortaya çıkan egzersiz ile ölüm kaygısı puanı artışının muhtemel nedeni; egzersiz esnasında görülen hiperventilasyon ve taşikardinin bireylerin daha önce yaşadığı ME semptomları ile ilişkilendirmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin hastalık sonrası semptom yaşamasına göre veriler incelendiğinde, semptom yaşamadığını ifade edenlerin ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Roebuck ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ME sonrası hastaların nefes darlığı, göğüs ağrısı ve başka bir kalp krizi geçirme korkusu gibi semptomlar yaşayabileceği bildirilmektedir [115]. Çalışmamızın sonuçlarına göre hastalık sonrası semptom varlığı olan bireylerin ölüm kaygılarının yüksek olmasının sebebi bireylerin ME sonrası hastalığa ilişkin bilgi eksikliğine ve ME geçirdikleri esnada kazanmış oldukları deneyimlere bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışmada ME geçiren hastaların bağımsız olarak yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel becerilerin (beslenme, banyo yapmak vb.) ölüm kaygısı nedeniyle etkilenmediği bulunmuştur. Literatürde çalışmamızdan farklı olarak Dodson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, akut ME geçiren hastaların 1 yıl sonra bağımsızlık kaybı ve fiziksel kapasitelerinde düşüş yaşadıkları bildirilmiştir [116].

Araştırmaya alınan bireylerin yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada 70 yaş ve üzeri bireylerin GYA ve EGYA puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu ve yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tel ve arkadaşları (2011)'nin yaptıkları bir çalışmada, bireylerin yaşları arttıkça EGYA puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu ve GYA'ni sürdürmede zorluk yaşadıkları bildirilmektedir [117]. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde 70 yaş ve üzeri bireylerin GYA ve EGYA puanlarının daha düşük olmasının nedeni, ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik sorunlarda artma, özellikle kronik hastalıklar sebebiyle yaşanan kısıtlılıklar olabilir. Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre yapılan karşılaştırmada GYA ve EGYA puanlarının bireyin medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve bekar olan bireylerin GYA ve EGYA

puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda çalışmamızın aksine medeni durum ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır [118, 119]. Literatür ve çalışmamız arasındaki bu farkın, örneklem grubundaki bireylerin büyük bir kısmını (%87.6) bekarların oluşturmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerden okuryazar olanların ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre; ilkokul mezunu olanların ise lise mezunu olanlara göre daha düşük GYA puanı aldığı bulunmuştur. Aynı zamanda; okuryazar ve ilkokul mezunu olanların da ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük EGYA puanlarının olduğu bulunmuştur. Er ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi düştükçe günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımlılık düzeyinin arttığı tespit edilmiştir [120]. Çalışma sonuçlarına göre eğitim seviyesi arttıkça gruplar arası GYA ve EGYA puanlarında artma saptanmıştır. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlığı koruma ve temel öz bakım gereksinimlerini karşılamada daha bilinçli olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin hastalık sonrası semptom yaşamasına göre veriler incelendiğinde, semptom yaşamadığını ifade edenlerin GYA ve EGYA puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda ME sonrası fiziksel aktiviteyle ilişkili yorgunluk, çarpıntı, dispne vb. semptomlar nedeniyle bireylerin yaşadığı kaygının, günlük yaşam aktivitelerini yapmayı sınırlandırabileceği bildirilmiştir [121,122,123]. Çalışmamızın sonuçlarına göre GYA ve EGYA puanlarının yüksek olmasının sebebi fiziksel harekette kısıtlamaya götüreceği bir sebebin varlığının bulunmamasından kaynaklanmış olabilir.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Ölüm Kaygısı, GYA ve EGYA Ölçeği toplam puan ve puan ortalamaları incelendiğinde; Ölüm Kaygısı ölçeği puan ortalaması  $6.28 \pm 2.59$ ; Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalaması  $17.02 \pm 1.89$  ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği puan ortalaması  $19.27 \pm 4.06$  dır.
- Çalışmaya katılan bireylerin %11.50' sinde ağır düzeyde ölüm kaygısı olduğu, %60.18' inde orta düzeyde ölüm kaygısı olduğu saptanmıştır.
- Erkeklerin ölüm kaygısı düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu,
- 70 yaş üzeri bireylerin GYA ve EGYA puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu,
- Bekar olan bireylerin GYA ve EGYA puanlarının daha yüksek olduğu,
- Okur-yazar olan bireylerin ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre; ilkokul mezunu olanların ise lise mezunu olanlara göre GYA puanlarının daha düşük olduğu,
- Okur-yazar ve ilkokul mezunu olanların ortaokul mezunu olanlara göre EGYA puanlarının daha düşük olduğu,
- Çalışmayan, sigara kullanmayan ve diyet yapan bireylerin ölüm kaygılarının daha düşük olduğu,
- Daha önce ME geçiren ve egzersiz yapan bireylerin ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu,
- Hastalık sonrası herhangi bir semptom yaşamadığını ifade edenlerin ölüm kaygısı düzeylerinin, GYA ve EGYA puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- ME geçiren hastalarda bakımın, ölüm kaygısı düzeylerini etkileyen sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) ve hastalık özellikleri (daha önce kalp krizi geçirme durumu vb.) dikkate alınarak planlanması ve uygulanması,
- Hastaların ölüm kaygılarını artıran faktörlerin belirlenmesi ve bireye özgü etkin baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi,
- Kardiyak rehabilitasyon ekip üyeleri ile iş birliği yapılarak, hastaların ölüm kaygılarının ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizliklerinin nedenleri belirlenip bireysel eğitim planlarının oluşturulması,
- Daha büyük örneklem grubu ile randomize kontrollü klinik çalışmalar yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

1. İnternet: Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Nelerdir?” [https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021\\_\\_611284782296e\\_\\_bulasici\\_olmayan.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021__611284782296e__bulasici_olmayan.pdf)
2. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015” <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>
3. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019” <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
4. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Tekharf 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, 2017” <https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>
5. Bulut, M., “ST Yükselmeli Miyokard İnfarktüsünde Güncel Tanı ve Tedavi Yaklaşımları”, *Türkiye Klinikleri Journal of Emergency Medicine-Special Topics*, 2(2), 17-24, 2016.
6. Yüksel, S., Şahin, M., “ST yükselmeli akut miyokard infarktüsü tedavisi”, *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(3), 127-131, 2012.
7. Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., Rayner, M., “Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update”, *European Heart Journal*, 34(39), 3028-3034, 2013.
8. Staniute, M., Bunevicius, A., Brozaitiene, J., Bunevicius, R., “Relationship of healthrelated quality of life with fatigue and exercise capacity in patients with coronary artery disease”, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 338-44, 2014.
9. Akkaya, S., Polat, C., Ede, H., Öztürk, Ö., “Koroner anjiyografi laboratuvarlarına sevki yapılan hastalarda; depresyon, anksiyete ve koroner arter hastalığı ciddiyeti ilişkisi”, *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3),40-45, 2018.

10. Dias, D., Resende, M. V., Diniz, G., “Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit”, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18-25, 2015.
11. Yıldırım Kocaman, N., Öztürk, S., “Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar”, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(2), 60-68, 2016.
12. Çam, O., Nehir, S., “Miyokart infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 47-59, 2011.
13. Fırat Akçay, F., Dereli, Ö., “Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 153-161, 2016.
14. Bulduk, B., Aktaş, M. C., Bulduk, M., “Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar”, *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 24-27, 2017.
15. Keskin, G., Dülgerler, Ş., Engin, E., Bilge, A., Özer, S., & Peker, S., “Death Anxiety in the Elderly: Relation to Participation in Daily Life”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 2018.
16. Özer, Z. C., Şenuzun, F., Tokem, Y., “Miyokart enfarktüslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(8), 557-562, 2009.
17. Griffin, B. P., Topol, E. J. (ed), “Kardiyovasküler Hastalıklar”, Çeviri Editörü: Atalar, E. *Güneş Tıp Kitabevleri*, s. 1-5, 28-35, Ankara, 2010.
18. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Klavuzu” <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/37a7a.htm?wbnum=1303> .
19. Bitigen, A., Yaymacı, B., “Ateroskleroz, Angina Pektoris Tanımı, Sınıflandırması ve Ayırıcı Tanısı”, Temel Kardiyoloji, Editör: Kozan, Ö., *Güneş Tıp Kitabevleri*, s.749-752, 755-758, Ankara, 2011.
20. Porth, C. M., “Patofizyolojinin Temelleri”, Çeviri Editörleri: Tanrıöver, M., Sarı, A., *Palme Yayıncılık*, s. 446-456, Ankara, 2018.

21. İnternet: American Heart Association “Acute Coronary Syndrome” <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks/acute-coronary-syndrome>.
22. Yıldırım, A., Müderrisoğlu, H., “Akut Koroner Sendromlar I: Tanım ve Sınıflama”, *Türkiye Tıp Dergisi*, 10 (3), 99-102, 2003.
23. Yüce, İ., Kantarcı M., “Akut Göğüs Ağrısı”, *Türk Radyoloji Seminerleri*, 4, 263-271, 2016.
24. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Kronik Koroner Kalp Hastalığı” <https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304>
25. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Akut Koroner Sendromlar” <https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/7a852.htm?wbnum=1307>
26. Kurtul, A., “Akut Miyokard İnfarktüsünde Patofizyoloji Nedir? Klinik Bulguları Nelerdir?”, *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji*, 2(2), 1-6, 2009.
27. İnternet: World Health Organization “The Top 10 Causes of Death” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
28. İnternet: European Society of Cardiology “Act Now To Meet Global Heart Disease Targets” <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/Act-now-to-meet-global-heart-disease-targets>
29. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018” <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
30. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “ST-Segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Klavuzu, 2013” [https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_41\\_70\\_1\\_51.pdf](https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_1_51.pdf)
31. Badır, A., “Akut Miyokard İnfarktüslü Hastalarda Tanı Yöntemleri”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 22-28, 2000.
32. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı, 2013” [https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_41\\_70\\_129\\_145.pdf](https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_129_145.pdf)
33. Thygesen, K., Alpert, J. S., White, H. D., “Universal Definition of Myocardial Infarction”, *Circulation*, 116, s. 2634-2653, 2007.



34. Özcan Çelebi, Ö., Diker, E., Aydoğdu, S., “Kardiyak troponinlerin klinik önemi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36(4), 269-277, 2008.
35. Şahin, M., Kabalcı, M., Savcı, Ü., “Akut koroner sendrom tanısında kardiyak belirteçlerin kesme değerlerinin incelenmesi”, *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(3), 247-251, 2018.
36. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Persistan ST-Segment Yükselmesiz Akut Koroner Sendromlu Hastaların Tedavisi, 2002” [https://file.tkd.org.tr/link/ESC/persistan\\_st-segment.pdf](https://file.tkd.org.tr/link/ESC/persistan_st-segment.pdf)
37. İnternet: World Health Organization “Prevention of Cardiovascular Disease, 2007”, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43685/9789241547178\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43685/9789241547178_eng.pdf?sequence=1)
38. World Health Organization, “Global Status Report on noncommunicable diseases”, *WHO, Switzerland*, 9-105, 2014.
39. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Klavuzu (ESC), 2012” [https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_40\\_70\\_1\\_76.pdf](https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_40_70_1_76.pdf)
40. Alioğlu, E., “Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar”, Temel Kardiyoloji, ed. Kozan, Ö., *Güneş Tıp Kitabevleri*, Ankara, s. 1449-1451, 2011.
41. Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., Sindel, Ş., Erbay, B., Hasanoğlu, E., Çağlar, Ş., and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. “Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003”, *Journal of Hypertension*, 23(10), 1817-1823, 2005.
42. Şengül, Ş., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, Ü., Arıcı, M., Sindel, Ş., Karatan, O., Turgan, Ç., Hasanoğlu, E., Çağlar, S., Ertürk, Ş., on behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases, “Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012”, *Journal of Hypertension*, 34, 1208–1217, 2016.

43. Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et all (INTERHEART Study Investigators), “Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial İnfarction in 52 Countries (the INTERHEART study): case-control study”, *The Lancet*, 364, 937-952, 2004.
44. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Türkiye Diyabet Programı, 2014” [https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR\\_D1\\_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf](https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf)
45. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirilmesi, 2018” <https://tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604>
46. Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinçağ, N., Karıdağ, K., Genç, S., Telci, A., Canbaz, B., Türker, F., Yılmaz, T., Çakır, B., Tuomilehto, J., TURDEP-II Study Group, “Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults”, *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169-180, 2013.
47. İnternet: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği “Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2021” [https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20211026164301-2021tbl\\_kilavuzb66456ad2f.pdf](https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20211026164301-2021tbl_kilavuzb66456ad2f.pdf)
48. Kaminski, M. A., “Dislipidemi”, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı, ed. Griffin, B. P., Topol, E. J., *Güneş Tıp Kitabevleri*, Ankara, s. 564-568, 2010.
49. Grasso, A. W., “Lipid-Dışı Kardiyovasküler Risk Faktörleri”, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı, ed. Griffin, B. P., Topol, E. J., *Güneş Tıp Kitabevleri*, Ankara, s. 590-593, 2010.
50. Onat, A., Şenocak, M. Ş., “Türk koroner hastalarında risk faktörleri sıklığı, kümelenmesi ve bunların yol açtığı nisbi risk”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 20, s. 129-136, 1992.
51. İnternet: World Health Organization “Tobacco, 2022” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
52. Özol, D., Koçak, O. M., “Sigara Alışkanlığı İskemik Kalp Hastalıkları ve Tedavi Yaklaşımları”, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 8, 57-61, 2006.

53. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013” [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik\\_havayolu/raporlar/KRONIK\\_ARASTIRMA\\_TEMEL\\_BULGULAR.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik_havayolu/raporlar/KRONIK_ARASTIRMA_TEMEL_BULGULAR.pdf)
54. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025), 2017” [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/346695/BOH\\_TR.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf)
55. Çelik, M., Çelik, T., Yetkin, E., “Kararlı Angina Pektoris Tedavisi”, Temel Kardiyoloji, ed. Kozan, Ö., *Güneş Tıp Kitabevleri*, Ankara, s. 774-775, 2011.
56. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü “Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir?”, 2017” <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html>
57. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü “İçkinin Bir Kadehi Bile Tehlikeli, 2017” <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/i%C3%A7kinin-bir-kadehi-bile-tehlikeli.html>
58. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü “Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020” <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
59. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği “Akut Miyokard İnfarktüsünde Hastane Öncesi Yaklaşım ve Tedavi, 2002” <https://tkd.org.tr/kilavuz/k07/2bc68.htm?wbnum=1352>
60. Erol, M. K., “Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavisi”, Temel Kardiyoloji, ed. Kozan, Ö., *Güneş Tıp Kitabevleri*, Ankara, s.787-804, 2011.
61. Ekşi, A., Zoghi, M., Çertuğ, A., “AKS’ de hastane öncesi acil bakım”, Hastane Öncesi Acil Bakımda EKG ve Aritmi Yönetimi, *Ege Üniversitesi*, İzmir, s. 143-155, 2013.
62. Tintinalli, J. E., “Akut Koroner Sendromlar: Akut Miyokard İnfarktüsü ve Kararsız Anjina”, Tintinalli Acil Tıp: Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu, Çeviren (ler): Çete, Y., Denizbaşı, A., Çevik, A. A., Oktay, C., Atilla, R., Çeviri: Kartal M, *Nobel Tıp Kitabevi*, Ankara, s.373-380, 2013.

63. Bölükbaşı, N., “Kardiyak Rehabilitasyon”, Tıbbi Rehabilitasyon, Oğuz, H., Dursun, E., Dursun, N., *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul ,s.1253-1274, 2004.
64. Şenyuva, E., Taşocak, G., “Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci”, *İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15, 100-106, 2007.
65. Avşar, G., Kaşıkçı, M., “Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 67-71, 2009.
66. Doğu, Ö., Kaya, H., Gündüz, H., Parlak, Z., “Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylere Eğitim ve Danışmanlıkta Web Tabanlı Uzaktan Eğitim Önerisi”, *MN Kardiyoloji*, 22(4), 217-222, 2015.
67. Balady, G.J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., Franklin, B., Sanderson, B., Southard, D., American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, “Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on”, *Circulation*, 115(20), 2675-2682, 2007.
68. Öncü, G. T., “Kardiyak Rehabilitasyonun Tanımı, Ekip Çalışmasının Önemi ve Ekip Üyelerinin Rollerini”, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 35-40, 2016.
69. Sazak, Y., “Kardiyak Rehabilitasyon Ekip Çalışmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 217-226, 2020.
70. İnternet: Türk Dil Kurumu Sözlükleri <https://sozluk.gov.tr/>
71. Kızılkaya, M., Koştü, N., “Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (4), 69-74, 2006.
72. Tanhan, F., “Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi”, *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 184-200, 2013.
73. Öztürk, Z. K., “Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı”, *Çukurova Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, s. 7-11, Adana, 2010.

74. Pollack J., "Correlates of death anxiety: a review of empirical studies", *Omega*, 10(2), 97-121, 1980.
75. Softa, K. A., Uçukoğlu, H., Karahmetoğlu, U. G., Esen, D., "Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2), 67-79, 2011.
76. Karakuş, G., Öztürk, Z., Tamam, L., "Ölüm ve Ölüm Kaygısı", *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79, 2012.
77. Chuin, C. L., Choo, Y. C., "Age, gender, and religiosity as related to death anxiety", *Sunway Academic Journal*, 6, 1-16, 2010.
78. Kastenbaum, R. "Time and Death in Adolescence, in The Meaning of Death", Herman Feifel Ed., *Mc Graw-Hill*, 259-270, New York, 1959.
79. Templer, D. I., "The construction and validation of a death anxiety scale", *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177, 1970.
80. Gesser, G., Wong, P. T. P., Reker, G. T., "Death attitudes across the life span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP)", *Omega*, 18(2), 109-124, 1987.
81. Thorson, J. A., Powell, F. C., "Elements of death anxiety and meanings of death", *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 691-701, 1988.
82. Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., Spottswood, D., "Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects", *Death Studies*, 31(6), 549-561, 2007.
83. Singh, A., Singh, D., Nizami, S. H., "Death and dying", *Mental Health Reviews*, 5(2), 22-47, (2003).
84. Conte, H. R., Weiner, M. B., Plutchik, R., "Measuring death anxiety: Conceptual psychometric and factor analytic aspects", *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 775-785, 1998.
85. Viney, L.L., "Concerns about death among severely ill people", Personal meanings of death, Epting, F. R., Neimeyer, R. A. (Eds), *Hemisphere/ McGrawHill*, Washington, DC, s.143-157, 1984.

86. Keller, J. W., Sherry, D., Piotrowski, C., “Perspectives on death: a developmental study”, *Journal of Psychology*, 116(1), 137-142, 1984.
87. Turgay, M., “Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, s.130-135, İstanbul, 2003.
88. Yıldız, M., “Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi*, s. 66-69, İzmir, 1998.
89. Erdoğan, M. Y., Özkan, M., “Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 171-179, 2007.
90. Abdel-Khalek, A. M., Lester, D., Maltby, J., Tomas-Saboda, J., “The Arabic Scale of death anxiety: some results from east and west”, *Omega*, 59(1), 39-50, 2009.
91. Schumaker, J. F., Barraclough, R. A., Vagg, L. M., “Death anxiety in Malaysian and Australian university students”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 128, 41-47, 1988.
92. Şiraz, M. F., Değirmenci, A., Bozdaş, M. S., “Covid-19 pandemi sürecinde bireylerin duygusal özyeterlik ve pozitif dini tutumlarının ölüm kaygısı ile ilişkisi”, *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü e-Dergisi*, 4(2), 78-85, 2020.
93. Ertufan, H., “Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi”, *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi*, s.14-16, İzmir, 2008.
94. Kastenbaum, R., “Death anxiety”, *Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic*, ed. George Fink, Elsevier, Tempe AZ USA, 100-104, 2007.
95. Öngider, N., Eyüpoğlu, Ö. S., “Depresyon Tanısı Almış Hastalarda Ölüm Kaygısının Araştırılması”, *Klinik Psikiyatri*, 16, 34-46, 2013.
96. Katz, S., “Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living”, *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-727, 1983.
97. Karaca, F., “Ölüm Psikolojisi”, *Beyan Yayınları*, İstanbul, 2000.

98. Tanhan, F., Arı, A. F., “Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri”, *Yüüüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 34-43, 2006.
99. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., et al, “G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences”, *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191, 2007.
100. Katz, S., Ford, A.B., Maskowitz, R. W., Jackson, B.A., Jaffe, M. W., “Studies of illness in the aged: the index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function”, *JAMA*, 185, 914-919, 1963.
101. Yardımcı, E., “İstanbul’da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi”, *İstanbul Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 1995.
102. Shelkey, M., Wallace, M., “Katz Index of independence in activities of daily living”, *Journal of Gerontological Nursing*, 25(3), 8-9, 1999.
103. Lawton, M.P., Brody, E.M., “Assessment of older people: Selfmaintaining and instrumental activities of daily living”, *Gerontologist*, 179-186, 1969.
104. Şenol, C., “Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular”, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 1989.
105. Şafak, M., “Miyokard infarktüsü geçiren hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi”, *İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 28-29, İstanbul, 2019.
106. Eke, S., “Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması”, *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, s. 67-71, İstanbul, 2003.
107. Thorson, J. A., Powell, F. C., “Undertakers’ death anxiety”, *Psychological Reports*, 78, s. 1228-1230, 1996.
108. Kain, K., Nelson, L. J., “Cigarette smoking and fear of death: explaining conflicting results in death anxiety research”, *Omega*, 43(1), s. 43-61, 2001.

109. Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., et al. "Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study", *The Lancet*, 364(9438), s. 953-962, 2004.
110. Roest, A. M., Martens E. J., Denollet, J., de Jonge, P., "Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis", *Psychosomatic Medicine*, 72, s.563–569, 2010.
111. El Ansari, W., Adetunji, H., Oskrochi, R., "Food and Mental Health: Relationship between Food and Perceived Stress and Depressive Symptoms among University Students in the United Kingdom", *Central European Journal of Public Health*, 22(2), s.90-97, 2014.
112. Gillen, M. M., Markey, C. N., Markey, P. M., "An examination of dieting behaviors among adults: Links with depression", *Eating Behaviors*, 13(2), s. 88-93, 2012.
113. Smith-Marek, E. N., Durtschi, J., Brown, C., Dharnidharka, P., "Exercise and Diet as Potential Moderators Between Trauma, Posttraumatic Stress, Depression, and Relationship Quality Among Emerging Adults", *The American Journal of Family Therapy*, 44(2), s. 53-66, 2016.
114. Ölçücü, B., Vatansever, Ö., Özcan, G., Çelik, A., Pektaş, Y., "Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi", *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2015(4), s. 294-303,2015.
115. Roebuck, A., Furze, G., Thompson, D. R., "Helath-related quality of life after myocardial infarction: an interview study", *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), s. 787-794, 2001.
116. Dodson, J. A., Arnold, S. V., Reid, K. J., Gill, T. M., Zengin, M. W., Mesud, F. A., Spertus, J. A., Krumholz, H. M., İskender, K. P., " Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial infarction: Patients' Health status registry", *American Heart Journal*, 163(5), s.790-796, 2012.
117. Tel, H., Güler, N., Tel, H., "Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 2011.



118. Demir, M., “Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi”, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 57, Edirne, 2008.
119. Mercan, İ., “Ventrikül destek cihazı takılan hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi”, *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 36, Ankara, 2016.
120. Er, F., Mollaoğlu, M., “Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi”, *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 28(2), s.190-203, 2011.
121. Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P., Karlson, B. W., Brink, E., “Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies”, *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2192-2200, 2015.
122. Mollon, L., Bhattacharjee, S., “Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity score matched analysis”, *Health Qual Life Outcomes*, 15(1), 235, 2017.
123. Kütmeç-Yılmaz, C., Duru-Aşiret, G., Çetinkaya, F., Kapucu, S., “Kronik Obstürüktif Akciğer Hastalarında Yorgunluğun Günlük ve Enstrümental Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 114-121, 2017.

## EKLER

### Ek-1: Anket Formu

#### Sosyodemografik Özellikler

1) Yaşınız: .....

2) Cinsiyetiniz:

1. Kadın ( )                      2. Erkek ( )

3) Medeni durumunuz nedir?

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

4) Eğitim durumunuz nedir?

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

5) Mesleğiniz nedir?

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

6) Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Kötü ( )                      2. Orta ( )                      3. İyi ( )                      4. Çok iyi ( )

7) Sağlık güvenceniz nedir?

1. SSK ( )                      2. Bağkur ( )                      3. Emekli Sandığı ( )  
4. Sağlık güvencem yok ( )

8) Evde kiminle yaşıyorsunuz?

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

9) İhtiyacınız olduğu durumlarda yardıma başvurduğunuz kimseler var mı?

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

10) Sigara kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet ..... yıldır / günde ..... adet  
2. ( ) Hayır kullanmıyorum  
3. ( ) Bıraktım ..... yıl/ ..... ay önce

11) Alkol kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet (Ne sıklıkla belirtiniz.....)  
2. ( ) Hayır  
3. ( ) Bıraktım .....yıl/ .....ay önce

## Hastalığa İlişkin Özellikler

### 12) Daha önce hastaneye yattınız mı?

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

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

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

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

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

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

### 16) Uygulanan tedavi seçeneğini işaretleyiniz.

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

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

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

### 18) Gelişen komplikasyon tedavi edildi mi?

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

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

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

### 20) Hastalığınızla ilgili diyet yapıyor musunuz?

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

### 21) Hastalığınızla ilgili egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

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

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

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

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )

### 24) Hastalık sonrası göğüs ağrısı, çarpıntı, soluk almada güçlük, morarma vb. gibi semptomlar yaşadınız mı? (Cevabınız “HAYIR” ise 26. soruya geçiniz.)

1. Evet ( )                      2. Hayır ( )



## Ek-2: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Aşağıda kendi sağlığınıza karşı tutumlarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

<b>Yıkanma</b>	-Kendi basıma yıkanamıyorum	Bağımlı ( )
	-Yıkanırken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı ( )
	-Kendi basıma yıkanabiliyorum	Bağımsız ( )
<b>Giyinme</b>	-Kendi basıma giyinemiyorum	Bağımlı ( )
	-Giyinirken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı ( )
	-Kendi basıma giyinebiliyorum	Bağımsız ( )
<b>Tuvalet ihtiyacı</b>	-Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum	Bağımlı ( )
	-Tuvalet ihtiyacımı karşılarırken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı ( )
	-Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımsız ( )
<b>Transfer</b>	-Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum	Bağımlı ( )
	-Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı ( )
	-Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımsız ( )
<b>Kontinans</b>	-Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum	Bağımlı ( )
	-Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum	Kısmen bağımlı ( )
	-Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımsız ( )
<b>Beslenme</b>	-Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum	Bağımlı ( )
	-Yemeğimi yerken yardım alıyorum	Kısmen bağımlı ( )
	-Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımsız ( )

### Ek-3: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

<b>EGYA</b>	<b>Bağımsız</b>	<b>Yarı Bağımlı</b>	<b>Bağımlı</b>
Telefon kullanma	3	2	1
Ulaşım araçlarına binme	3	2	1
Alışveriş yapma	3	2	1
Yemek hazırlama	3	2	1
Ev isi yapma	3	2	1
Çamaşır yıkama	3	2	1
İlaçlarını tanıma ve kullanabilme	3	2	1
Para idaresi	3	2	1

#### Ek-4: Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve her biri açısından kendinizi değerlendiriniz. İfadelerin yanında yer alan DOĞRU veya YANLIŞ seçeneklerinden size uyanı (X) işareti ile belirtiniz.

ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ	Doğru	Yanlış
1. Ölmekten çok korkuyorum.		
2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.		
3. İnsanlar ölüm hakkında konuştuklarında bu beni tedirgin etmez.		
4. Bir ameliyat olmak zorunda kalmak fikri beni dehşete düşürür.		
5. Ölmekten hiç korkmam.		
6. Kanser olmakla ilgili özellikle bir korkum yoktur.		
7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.		
8. Zamanın hızla geçip gitmesi çoğu zaman beni sıkıntıya sokar.		
9. Acı içinde ölmekten korkarım.		
10. Ölümünden sonra hayat olması fikri beni fazlaca sıkıntıya sokar.		
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.		
12. Sık sık yaşam gerçekten ne kadar kısa diye düşünürüm.		
13. İnsanlar üçüncü dünya savaşından söz ettiklerinde tüylerim diken diken olur.		
14. Ölü bir beden görünümü benim için ürkütücüdür.		
15. Geleceğin beni korkutacak hiçbir şey taşımadığımı hissediyorum.		

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Ölüm Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi

Nevşehir İlinde yaşayan miyokard infarktüsü tanısı almış bireylerde ölüm korkusunun günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak tamamen kişinin kendi isteğine bağlıdır.

Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır.

Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır.

### **Katılımcı Onam Formu:**

Araştırmaya ilişkin gerekli açıklamalar yapılmış olup hiçbir baskı olmaksızın kendi isteğimle katıldığımı beyan ederim.

Katılımcının adı soyadı ve imzası:

Sorumlu Araştırmacı: Fatma Buruntekin



**Ek-5: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul İzin Belgesi**



**Ek-6: Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi**



## Ek-7: Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni

