

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN
ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Mustafa ŞAFAK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA

İSTANBUL, 2019

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN
ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Mustafa ŞAFAK

162038014

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN


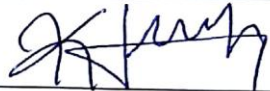
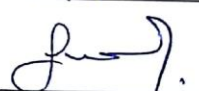
Adı ve Soyadı
Danışman

: Mustafa ŞAFAK
: Dr.Öğr.Üyesi Mehtap KIZILKAYA

Tez Savunma Tarihi: 04.01.2019
Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : "Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Dr.Öğr.Üyesi Mehtap KIZILKAYA (Aydın Adnan Menderes Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Gülzade UYSAL	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu çalışma, Miyokard İnfarktüsü geçirip anjio/stent işlemi yapılan hastaların yoğun bakımda ilk 24 saati geçirdikten sonraki ölüm korku düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve niteliksel olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Koroner Yoğun bakım servisinde yatmakta olan 295 hastadan oluşturmuştur. Veriler 15 soruluk sosyo-demografik özelliklere yönelik anket formu ve Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)'ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Cronbach's alfa iç tutarlık katsayısı, eşleştirilmiş gruplarda t-testi, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi, ki-kare, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U analizler ile çoklu gruplarda ileri analiz olarak Tukey HSD kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında ye alan hastaların ÖKÖ puan ortalaması $6,25 \pm 2,54$ olarak belirlenmiştir. Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde eğitim almanın endişe düzeylerini azaltacağını (%72,9) bu işlemi ameliyat olarak görmediklerini (%61,4) ifade etmişlerdir. Sağlık profesyonelleri tarafından Miyokard İnfarktüsü tanısıyla yatan hastalara işlemler hakkında bilgi verilmesi, ölüm kaygısı yaşayan hastaya uygun yaklaşımda bulunulması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Miyokard İnfarktüsü, Hasta, Ölüm kaygısı

ABSTRACT

DETERMINE THE DEATH ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

The aim of this study was to determine the level of death fear of patients having myocardial infarction and undergoing angio / stent operation after the first 24 hours in the intensive care unit. The population of this descriptive study consisted of 295 patients who were hospitalized in Coronary Intensive Care Unit of Mehmet Akif Ersoy Chest Cardiovascular Training and Research Hospital. The g-power program was used to determine the sample of the study. In this program, when 0.05 margin of error, 0.80 power and 0.50 influence quantity is taken, the minimum sample size is determined as 102. The data were obtained by a questionnaire of 15 questions for sociodemographic characteristics and the Death Anxiety Scale (DAS). Descriptive statistics (number, percentage, mean and standard deviation), internal consistency analysis (Cronbach's alpha internal consistency coefficient), parametric (t-test paired groups, t-test in independent groups, one-way analysis of variance) and non-parametric (chi-square, Kruskal Wallis and Mann Whitney U) analyzes and Tukey HSD for further analysis in multiple groups were used.

According to the findings of the study, the scores of the patients from the DAS ranged from 0 to 14 and the most frequent score is “6”. In addition, the mean score of the 295 patients was determined as 6.25 ± 2.54 . Most of the patients stated that training before the coronary angiography / stent operation would reduce the level of anxiety (72.9%) they did not regard this operation as a surgery (61.4%). It is recommended that healthcare professionals should inform the patients with Myocardial Infarction about the procedures and that the patient who has death anxiety should be treated appropriately.

Key words: Myocardial Infarction, Patient, Death anxiety

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten; tezimin her aşamasında benden yardımlarını, desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA' ya saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma boyunca yardımını ve desteğini hiç esirgmeden yanımda olan aileme ve bir an olsun sevgisini ve desteğini benden eksik etmeyen değerli arkadaşım Sema BOSTAN'a teşekkür ederim.

Mustafa ŞAFAK

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.


Mustafa ŞAFAK

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
ÖNSÖZ.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.MİYOKARD İNFARKTÜSÜ.....	5
2.1.1.Klinik Belirtiler.....	5
2.1.2.Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	5
2.1.3.Miyokard İnfarktüsünde Tanı.....	7
2.1.4.MI Tedavisi.....	7
2.2. MI'DA PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER.....	9
2.2.1 Anksiyete	9
2.2.2. Depresyon.....	10
2.2.3. Kaygı.....	11
2.3. ÖLÜM KAVRAMI.....	12
2.3.1. Ölüm Kaygısı	13
2.3.2. Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler.....	14
2.4.MI'DA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI.....	16

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	18
3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	18
3.3. Veri Toplama Araçları.....	19
Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	19
Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	19
3.4. Verilerin Analizi.....	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	20
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	20
4. BULGULAR.....	21
5.TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
KAYNAKLAR.....	36
EKLER.....	49
ÖZGEÇMİŞ	53

TABLULAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	21
Tablo 2. Hastaların ve Birinci Derece Akrabalarının Hastalık Geçmişleri.....	22
Tablo 3. Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri.....	23
Tablo 4: Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamasına ve Alınan Puanların Dağılımı.....	24
Tablo 5: Hastaların ÖKÖ Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	25
Tablo 6: Hastaların ÖKÖ Puan Ortalamalarının Hastalık Öykülerine Göre Karşılaştırılması.....	26

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMI: Akut Miyokard İnfarktüsü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

KAH: Koroner Arter Hastalığı

MI: Miyokard İnfarktüsü

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KVC: Kardiyovasküler Cerrahi

NSTMI: Non ST Elevation Myocardial İnfarction (ST elevasyonsuz kalp krizi)

STEMI: ST Elevation Myocardial İnfarction (ST elevasyonlu kalp krizi)

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEKHARF: Türkiye Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

ÖKÖ: Ölüm Kaygısı Ölçeği

PTCA: Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (Stent içi balon işlemi)

YY: Yüzyıl

1.GİRİŞ

Günümüz çağdaş tıbbının ve insanlığın en önemli ve güncel sorunlarından birisi olan kalp hastalıkları; hastanın beden imajında, duygusal yaşamında ve hayat tarzında önemli değişikliklere neden olan karmaşık bir hastalıktır (1,2).

Kalp ve damar hastalıkları toplumda sıklıkla karşılaşılan ve son 10 yılda nedeni bilinen ölüm olaylarının %42'sini oluşturan, ele alınması gereken ciddi bir sağlık sorunudur (3). Özellikle yaşam tarzındaki olumlu değişimler gibi koruyucu sağlık önlemlerinin uygulanması ile başta Amerika, Japonya olmak üzere pek çok ülkede kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler önemli oranda azalmıştır (4).

Tüm bu gelişmelere rağmen ülkemizde kalp ve damar hastalıkları nedenli ölüm oranı 1960'larda % 20 iken, 1990'larda % 40 - % 50 düzeyine çıkmıştır. Bu artışın, ülkemizin, Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinin yıllar önce vazgeçtiği yaşam tarzını benimsemiş ve sürdürüyor olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (4).

20.yy'ın başlarında kardiyovasküler hastalıklar (KVH), tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan azını oluşturmaktayken, bu oran zaman geçtikçe giderek artmış ve 21.yy'ın başından itibaren kardiyovasküler hastalık gelişmiş ülkelerde ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelere %25'inden sorumlu hale gelmiştir.2020 yılında 25 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle öleceği ve koroner hastalıkların dünyada en yaygın ölüm sebebi olacağı ön görülmektedir (5,6).

Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI), kardiyovasküler hastalıklar içinde morbidite ve mortalite sonuçları ile yaygın bir hastalık durumudur. Son 20 yıl içinde Miyokard İnfarktüsü'nün tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelere rağmen, hastane öncesi dönemdeki ilk saatlerde mortalite hala yüksektir ve ilk 1-2 saat içindeki ölümler toplam ölümlerin %50 sini oluşturmaktadır (6,7).

Miyokard infarktüsündeki mortalite oranlarının yüksek olması, hastalık olgusunu taşıyan kişilerde depresyon, anksiyete ve ölüm korkusuna sebep olduğu görülmektedir. Genel olarak ölüm kaygısı "*kişinin kendiliğinin yok olduğu duruma yönelik hissettiği negatif duygusal tepki*" olarak tanımlanır (8).

Sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmekte ve bu yeni rol, hastanın kendisine özgü anlamlar yüklemesi nedeniyle ruhsal durumunun etkilenmesine neden olmaktadır (9). Bu nedenle fiziksel hastalığı olan kişilerin psikolojik bakımı; “hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız” ve “sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir” anlayışını temel almaktadır (10,11).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve psikososyal bakımı bütünlemeye dönüktür. Klinik tıpta, genel hastane içinde psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu disiplin hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda insanın bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur. Temel amacı, tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, tanımak, tedavi etmek, hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenleri inceleyerek, hizmetleri rasyonel ve bütüncül kılmaktır (10).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi, dahili ve cerrahi ünitelerde bakım alan hastaların psikososyal bakımında rol almaktadır (11).

Bu çalışmada miyokard infarktüsü geçiren hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır;

1. MI geçiren hastaların ölüm kaygısı düzeyleri nasıldır?
2. MI geçiren hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ölüm kaygısı düzeyi arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Kalp ve damar hastalıkları içinde en sık rastlanan hastalıklardan biri miyokard infarktüsü (MI)'dür (12). Kalp kasındaki dokuların, yeterli kan akışının sağlanamaması sebebiyle ölmesi olayına miyokard infarktüs adı verilir (13). Bir kişinin MI geçirmesinin pek çok nedeni olabilir. Ağır fiziksel bir işte çalışmak (14) mevsimsel etkiler, uykusuzluk, gece geç saatlerde aşırı ve ağır yemek yeme, alkol ve sigara kullanılması (15), kan basıncındaki ani değişimler ve yaşanan ani duygusal gerilimler infarktüsü ortaya çıkarabilecek durumlardır (16). Ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan kişilerde, daha önce infarktüs geçirmiş olan kişilerde ve erkeklerde MI geçirme olasılığı daha yüksektir (17,18).

Miyokard İnfarktüsü, mortalite oranının yüksek olması, genellikle toplumun üretken yaş gruplarında daha sık görülmesi, akut dönem sonrası komplikasyonlara bağlı olarak ciddi sorunlara yol açması gibi nedenlerle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (19).

Miyokard İnfarktüsü geçiren vakaların 1/3 ü ölümle sonuçlanmaktadır. Miyokard İnfarktüsü'nde görülen ölümlerin çoğu (1/3-1/4), hastaneye ulaşmadan şikayetleri başladıktan sonraki ilk 1 saat içinde gelişse de, hastane için mortalite oranı %10-15'tir. (20,21). AMİ geçiren hastaların %50-60'ı hastaneden çıktıktan sonraki ilk bir yıl içinde yaşamlarını yitirmektedir. Bu nedenle AMİ geçiren hastalar hem kısa, hem de uzun dönemde risk altındadır (22). Hastaneye yatırılan hastaların %5-15 kadarı infarktüsün komplikasyonları (aritmi, kalp yetmezliği) sebebiyle kaybedilmekte ve %18'den fazlasında ise invazif değerlendirme ve yüksek olasılık ile girişim gerektiren post-infarktüs anjinası gelişmektedir. Geriye %75 kadar hospitalize edilmiş ve stabil durumda MI hastası vardır (23).

Amerikan Kalp Birliği verilerine göre, miyokard infarktüsünün toplumdaki görülme sıklığı %1.9-5.2'dir (24). Miyokard infarktüsü diğer dolaşım ve kardiyovasküler hastalıklarla karşılaştırıldığında ABD' de kadın ve erkeklerde ölümden en fazla sorumlu hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (25).

Türkiye de kalp hastalıkları ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. TÜİK 2017 verilerine göre ölüm vakalarının %39,7 si dolaşım sistemi hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıklarının %39,7 sini ise kalp hastalığı oluşturmaktadır. Ülkemizde ise

iskemik kalp hastalıkları tüm ölümlerin %21,7'sinden sorumludur ve ilk sırada yer almaktadır (26).

Ülkemizde yürütülen 2005 yılındaki TEKHARF takip çalışmasında yıllık tüm ölüm oranı bin yetişkinde 13,9 olarak belirlenmiştir. Toplam koroner mortalite ise binde 7,4 seviyesinde bulunmuştur. Ayrıca tüm ölümler bakımından, kentli katılımcılarla karşılaştırıldığında kırsal kesimde daha yüksek oranlar bulunmuştur. 45 ile 74 yaş kesiminde tüm ölümler ile koroner kökenli ölümler azalma eğilimindedir (27).

Kalp hastalıklarının oluşmasında ve ortaya çıkmasında psiko-sosyal faktörler önemli rol oynamaktadırlar. Bu durum kalp hastalıklarına biri olan Miyokard İnfarktüsü de görülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalardan birisi Uluslararası Kalp (İNERHEART) çalışmasıdır. Çalışma 52 ülkede 11.119 kalp hastası ve 13.648 kişiden oluşan kontrol grubuna psiko-sosyal risk faktörleri ile akut miyokard infarktüs riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmış ve bu çalışmada başlıca dört faktör sorgulanmıştır. Bunlar; işte stres, evde stres, parasal stres ve son bir yılda stresli bir yaşam olayının varlığı Akut MI geçiren hastalarda, bu dört faktörün varlığının oranı daha yüksek bulunmuştur (28). Bu dört faktörün yanı sıra, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda son bir yıl içinde kontrol grubuna kıyasla stresli olay geçirme ve depresyonun da daha sık olduğu tespit edilmiştir (29).

Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde stres yaratıcı, krize neden olacak etkisi ile ilgili çalışmalar kalp krizinin en ciddi zorlama yaratan hastalıklardan biri olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Miyokard İnfarktüsü hastalarında ilk bir-iki günde anksiyete ön planda iken, ikinci günde inkar ve tedaviyi reddetme, üçüncü ve sonraki günlerde ise depresyon sıklıkla görülmektedir. İnkâr ve tedaviyi reddetme davranışının anksiyete ile baş etmek için geliştirildiği, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir (30,32). Miyokard infarktüsünde akut dönemde ciddi emosyonel zorlanma vardır. Bunun temel sebebi ise ölüm korkusudur (31,33).

2.1.Miyokard İnfarktüsü

Miyokard İnfarktüsü'nün en sık görülen sebebi koroner arterlerdeki aterosklerotik daralmaların üzerine oturan trombotik bir tıkanmadır. AMİ, trombüsle tıkanan ya da ileri derecede daralan koroner arterin beslediği miyokard bölgesine yeterince kan akışının sağlanamaması ve buna bağlı uzun süreli bir iskemiye bağlı oluşan miyokard nekrozudur (34).

2.1.1.Klinik Belirtiler

Ağrının yeri, niteliği, yayılımı, süresi, şiddeti eşlik eden başka belirti ve bulguların varlığı araştırılarak en kısa sürede iskemik kökenli ağrı olup olmadığı saptanmıştır. MI ağrısının şiddeti değişiktir, hastaların çoğunda şiddetlidir ve bazı hastalarda tolere edilemez. Ağrı uzun sürelidir çoğunlukla 30 dakikadan fazla ve genellikle birkaç saat sürer. Sıkışma ve baskı tarzında olup çoğunlukla göğsüne birilerinin oturduğu şekilde tarif edilir, retrosternal lokalizasyonludur, sıklıkla ön göğsün her iki yanına yayılır ve genellikle sol taraftadır. Ağrı genellikle sol kolun ulnar yüzü boyunca aşağı doğru yayılır. Bazı olgularda MI ağrısı omuzlara, üst ekstremitelere, boyuna, çeneye ve interskapular bölgeye yayılır (35).

2.1.2.Etiyoloji ve Risk faktörleri

Akut Miyokard infarktüsü'nün en sık görülen sebebi oluşan plaklar nedeniyle damarlarda daralma ve hassas plak bölgelerinde çeşitli etkenlere bağlı olarak görülen yırtılmalardır (36). Ayrıca koroner arter spazmı, koroner arter diseksiyonu, koroner emboli, vaskülit nedeni ile de meydana gelebilir (37).

AMI'nin etyolojisinde hastaların çok büyük bir kısmında ateroskleroz yer almaktadır. Aterosklerotik plağın fissürü veya rüptürü sonucu gelişen tromboz tıkaçı kan akımını engelleyip miyokard nekrozuna sebep olur. Olayların başlamasında spazm, intimal hasar agregasyon üçlüsünde hangisinin öncelikli olduğu henüz belirlenmiştir. Araştırmalara göre, arterdeki intimal hasar koroner arter spazmina, koroner arter spazmı intimal hasara, intimal hasar trombosit agresyonuna, trombosit agresyonu koroner spazmı sebep olur (38). *“Ateroskleroz dışında etyolojide emboliler (kalsiyum,*

vegetasyon), vasospazm (kokain kullanımı, Prinzmetal angina), konjental koroner arter fistülleri, koroner diseksiyon (spontan, iatrojenik) gibi faktörler yer almaktadır”(38).

1960’lardan bu yana tıp dergilerinde bildiri olarak yayımlanan psikoloji konusunda yapılan araştırmalarda “A tipi” kişiliği üzerinde çalışmalar mevcuttur. A tipi kişilik özelliklerini; genellikle rekabeti seven, aceleci ve başarılma konusunda hırslı olarak tanımlanır. Angina pectoris hastaları üzerinde yapılan çalışmada, hastaların öfke kontrolü üzerine çalışma koşullarında MI durumlarından ve kontrolden sapma gösterdiği, A tipi kişilik özelliğinde olan çabuk kızan, körü körüne inkar etmeye ya da içten olmayan biçimde kabul etmeye eğilim gösteren ve aynı zamanda engellenmeye karşı oldukça tepkili oldukları, sürekli öfke ve içe yönelik öfke düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, A tipi insanların B tipi insanlara kıyasla koroner arter hastası olma ve kalp krizi geçirme risklerinin iki kat daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır (39).

Risk faktörleri değiştirilemeyen, değiştirilebilen faktörler olarak iki grupta toplanmaktadır.

Değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, etnik köken ve ailede erken yaşta KAH görülmesidir. Örneğin; kadınlarda Miyokard İnfarktüsü görülme olasılığı menopoz öncesinde erkeklere göre az iken, menopoz sonrası eşit orandadır (40-44).

Değiştirilebilen risk faktörleri; Hiperlipidemi (Total kolesterol’ün > 200 mg/dl ve LDL-K’ün > 100 mg/dl, HDL-K’ün < 40 mg/dl olması), sigara (tütün) kullanmak, hipertansiyon, diyabet/ glukoz toleransının bozulması, fiziksel aktivite azlığı veya yoksunluğu, sağlıksız ve dengesiz beslenme alışkanlığı, stres, “Tip A” kişilik bozukluğu ve aşırı alkol kullanımıdır (40,44).

Diğer risk faktörleri; Obezite, fizik aktivite azlığı, hipertrigliseridemi ve stresli kişilik yapısı sayılabilir. Bu klasikleşmiş risk faktörlerinin yani sıra son zamanlarda bazı yeni risk faktörlerinin de ortaya çıktığı görülmektedir. Yeni risk faktörleri arasında Hiperhomosisteinemi, lipoprotein (a) yüksekliği, faktör VII yüksekliği, infeksiyöz ajanlar vardır. Bu yeni risk faktörleri ile ilgili yapılan çalışmalar henüz yetersizdir (45).

2.1.3. Miyokard İnfarktüsünde Tanı

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre aşağıdaki üç kriterden en az ikisinin varlığı Miyokard İnfarktüsü için gereklidir.

İskemik Tipte Göğüs Ağrısı; miyokardın oksijen ihtiyacı ile beslenmesi arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Akut Miyokard İnfarktüsünde göğüs ağrısı değerlendirilirken, ağrının niteliği, lokalizasyonu, ve yayılımı, süresi ve hafifleten faktörler, kolaylaştıran faktörler ile ağrıya eşlik eden belirti ve bulgular dikkate alınmalıdır (24,40,43,48,49). Seri alınan elektrokardiyografi (EKG)'lerde patolojik Q dalgalarını içeren değişiklikler; Akut Miyokard İnfarktüsünün tanılanmasında basit ve kullanışlı bir yöntemdir. AMİ'nin tanılanmasında erken dönemde seri çekilen 12 derivasyonlu EKG'nin tanısallık değeri yüksektir. STEMI veya NSTEMI gibi AMİ sınıflandırması EKG bulgularına göre yapılmaktadır. ST segment değişiklikleri, miyokard iskemisinde ortaya çıkan belirleyicilerdir. ST segmentinde izoelektrik çizgiden >1mm çökme veya yükselme anlamlı olarak kabul edilmektedir (24,43,47,49).

Serum kardiyak enzimlerinde (kreatin kinaz-MB) yükselme ve düşme; akut miyokard iskemisinin klinik olarak yerleştiği dönemde CK-MB Troponin T veya Troponin I, Miyogloblin gibi biyomarkerlerin kandaki seviyesinin artmasıyla anlaşılabilir. Troponin düzeyindeki yükselme, patolojik olarak miyokard nekrozunun olduğunu göstermektedir (24,36,50).

2.1.4. MI Tedavisi

Tanısı kesinleşmiş miyokard İnfarktüsü bir hasta için acil tedavi ilkeleri şunlardır; göğüs ağrısının kontrol altına alınması (Morfin sülfat (sınıf I)), aspirin çiğnetilmesi (sınıf I), nitrat, beta bloke tedavisi gelir. AMI tedavisinde trombolitik tedavi veya perkutan koroner girişim göğüs ağrısını hızla azaltan en önemli yöntemlerdir (43,47,48).

Trombolitik tedavi: Tanısı kesin olgularda 90 dakika içinde trombolitik tedaviye başlanmalıdır. Koroner tromboliz için seçilecek ilaçlar; streptokinaz, urokinaz, doku plazmojen aktivatörü (d-PA) ve streptokinazın bir türü olan asetil plazminojen aktivatör kompleks (APSAC)'tir. Bu fibrinolitik ajanlar, kardiyak katerizasyon sırasında

doğrudan koroner artere verilebilir veya intravenöz yoldan enjekte edilebilir. Koroner trombolizi takiben, hastalar IV heparin ve aspirinle tedavi edilmelidir (51,52).

Miyokard infarktüsü tedavisinde temel amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek tedaviye uyum sağlamaktır. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerinin ve sorunların belirlenmesi, girişimlerin yapılması hastalığa uyumu arttırmada psikososyal eğitim önemli bir girişimdir. Psikoeğitim, bireye ve aileye, bireysel veya grup biçiminde, çeşitli eğitimsel ve psikososyal amaçlara yönelik bilgi verme ve uygulamaya dayanan bir öğretim programı olup, beceri geliştirmeyi hedefleyen psikososyal rehabilitasyon programını da içine alan önemli bir tedavi bileşenidir (53,54).

Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA): Günümüzde AMI tedavisinde erken dönemde koroner plağı açmaya yönelik koroner PTCA esas tedavidir. AMI sonrası ilk 4–6 saat içerisinde veya ağrısı devam eden hastalarda 24 saate kadar kateter laboratuvarlarının bulunduğu belli merkezlerde uygulanabilir (51,55). Genellikle femoral arter ya da ven yolu ile koroner anjiyografi yapılarak ve kontrast madde verilerek koroner arterler incelenir, plakların yer aldığı bölümler belirlenir. Floroskopi yardımı ile plak saptandıktan sonra kateterin balonu belirli bir basınçla şişirilip (48) indirilerek plak üzerine basınç oluşturma yolu ile plak parçalanmaya çalışılarak tıkalı damardan tekrar kan akımı sağlanıncaya kadar işlem sürdürülür. İşlem esnasında balonun şişirilmesine bağlı olarak kan akımı azalacağından hastada göğüs ağrısı şikayeti görülebilir (46). İşlem sonrasında hasta kanama, göğüs ağrısı, bulantı, kusma ve enfeksiyon belirti bulguları yönünden gözlemlenir. İşlem yapılan bölgedeki nabızlar düzenli olarak kontrol edilir.

Miyokard infarktüsü tedavi, bakım ve hastalığa yönelik eğitimle kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin, MI'a yönelik uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması gibi konularda eğitim programları düzenlemesi, MI geçiren bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ve anksiyetelerini azaltabilmekte ve yaşam kaliteleri belirli bir düzeyde arttırmaktadır (56,57).

2.2. MI'da Psikososyal Faktörler

Kalp hastalıklarının oluşumu ve seyrinde psikososyal risk faktörlerinin önemi büyüktür. Bunun temel nedeni ölüm korkusu ikinci nedeni ise, sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur. Hastalar en fazla kısıtlamaları ve ne yapamayacaklarını düşünerek kayıp duygusu yaşamakta ve bu durum depresyon görülmesine yol açmaktadır. MI sonrası görülen depresif semptomların klinik depresyondan daha çok kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin belirtisi olduğuna ulaşılmıştır (33,58).

MI sonrası yaşam, hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmaktadır. Hasta ve ailesi yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlemekte, hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşayabilmektedir (30,32,60). Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ve ya kaybetme korkusu yaşamaktadır. Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açabilir. Bu anlamda kalp ile birlikte benlikte de zedelenme yaşayabilir, istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünebilir (30,31). Benlik kavramında bozulma, bir kayıp tepkisine ve böylece depresyon gelişimine sebep olabilir. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemli rol oynar (30,32).

Koroner kalp hastalığı semptomatik olmaya başladığında anksiyete için önemli bir tetikleyicidir ve bireyde AMİ geçirme, sakat kalma ve ani ölüm korkusu ortaya çıkarır.

İki ya da daha çok anksiyete semptomu olan erkeklerdeki ani kardiyak ölüm riskinin, hiç anksiyete yakınması olmayanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Buna rağmen panik bozukluğu olan kadınlarda kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalitenin genel popülasyondan farklı olmadığı bulunmuştur (61,62).

2.2.1 Anksiyete

İçsel ve dışsal dünyanın neden olduğu bir tehlike varlığında veya bireyin tehlike olarak algıladığı herhangi bir olayla karşılaştığında yaşanan duygudur. Kişinin bir şey olacakmış gibi kendini tepki vermek için hazır durumda hisseder ve bedensel semptomlarda bu olaya eşlik eder (63). Bu sebeple Miyokard İnfarktüsü geçiren

bireylerde anksiyete beklenen bir tepkidir. Anksiyete Miyokard İnfarktüsünün erken dönemlerinde de ortaya çıkabilir. Bunun nedeni bireyin yaşamını tehdit eden ciddi tehlike karşısında kaygı, korku hissetmesini (64,65). Özellikle bu hastalarda gelişen anksiyete hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtı, hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi negatif yönde etkilemektedir (66,67). Kalp krizi geçirdikten sonra tekrar kalp krizi geçirme korkusu bireyin kaygı yaşamasına ve iyileşme sürecinin uzamasına sebep olmaktadır (68). Bazı hastalarda tehdit ortadan kalkmasına rağmen anksiyetenin devam ettiği ve tedavi sonrasında %20-30 hastada anksiyetenin ortadan kalkmadığı belirtilmiştir (69).

Ölüm karşısında anksiyete duymak, şaşırtıcı bir sonuç değildir. Anksiyete farklı aşamalarda varlık gösterebilir. Hafif anksiyete duyan hemşireler, çevrelerine karşı sürekli tetikte olup her türlü olayı dikkatle gözlemlerler. Orta düzey endişe duyan hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve hastalarla olan ilişkilerinde zayıflama ve kavrama becerilerinde düşüş yaşayabilirler. Hemşirenin çevresinde olanları kavrama becerisi zayıfladıkça, anksiyete düzeyi artmaktadır. Hemşire fiziksel ve duygusal açıdan huzursuzluk sergileyebilir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, bu gelişimleri iyi bilmeleri gerekmektedir (59,70).

Türk toplumunda yapılan bir çalışmada, KAH'lı kişilerde anksiyete ve depresyona karşı bir yatkınlık olduğu ve bunun hastalıklı damar sayısı ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Anksiyete bozuklukları ile kardiyak ölümlerin ilişkisinin araştırıldığı, geniş ölçekli ve toplum temelli bir çalışmada korku ve anı kardiyak ölüm arasında güçlü ilişki bulunmuştur (71).

2.2.2. Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygusu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirti içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (72).

Akut miyokard infarktüsü (AMİ) geçiren hastalarda Major depresyon sık görülür (DSM-5-TR). AMİ sonrası gelişen depresyonun hayat kalitesi üzerindeki olumsuz etkisine dair kanıtlar bulunmaktadır. AMİ geçiren hastalarda depresyonun yaygınlığı

çalışmadan çalışmaya geçmekte olup, AMİ sonrası depresif belirtilerin yaygınlığı %30-40, majör depresyon yaygınlığı ise %15-20 olarak kayda geçmiştir (73-75).

Son on yıl içerisinde yapılan büyük ölçekli ve iyi kontrollü pek çok çalışmada sağlıklı kişiler ileriye dönük olarak izlenmiş, depresyonun hem ilk miyokard infarktüsü, hem de kardiyovasküler mortalite açısından bağımsız ve önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. İskemik kalp hastalığına sahip bireylerde depresyonun ileride ortaya çıkacak kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini 3 ile 4 kat arttırdığı belirlenmiştir. Depresyonu olan kalp hastalarında AMİ'ye bağlı ölüm riskinin depresyonu olmayan kalp hastalarına kıyasla 3.5 kat daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (76).

Bazı araştırmalarda akut koroner sendromlara eşlik eden depresyonun akut olaydan aylar, hatta yıllar sonra bile mortalite riskinde ortalama 3 kat artışla ilişkili olduğu ve bu riskin depresyonun şiddetiyle korelasyon gösterdiği saptanmıştır (77).

Kalp krizi geçirdikten sonraki aylarda hastaların hissettiği ruhsal sıkıntı, genellikle krizin kendisi kadar şiddetlidir. Bu sebeple, hasta yatırıldıktan 3-4 gün sonra depresyon belirtileri gözlenmeli, psikolojik girişimlere başlanmalıdır. Anksiyete ve depresyon, uzun süreli kısıtlama ya da ölüm kaygılarında artabilir ve İnfarktüsü geçiren hastaların %50'sinden çoğunda haftalar-aylar boyunca sürebilir. Bu evrede ve daha sonra taburcu olmadan önce hastanın korkularını ve içindeki duygularını anlatmasını sağlamak önemlidir (78).

2.2.3. Kaygı

Kalp ve damar hastalıklarında kaygı, sıklıkla meydana gelen, yaşam kalitesini azaltan, yeti yitimine, gereksiz sağlık harcamalarına ve tekrar hastaneye yatmaya sebep olan bir sorundur (26). Yapılan araştırmalar, fazla kaygının kalp hastalığı riskini arttırdığı görüşünü desteklemektedir. Kalp krizi geçirdikten sonra da, kalp krizi geçirme endişesi bireyin kaygı yaşamasına ve iyileşme sürecinin gecikmesine sebep olabilmektedir (79).

2.3.ÖLÜM KAVRAMI

Ölüm ve yaşam birbirinden çok farklı kavramlar olarak düşünülse de kimi görüşe göre yaşam ve ölüm bir bütünü oluşturmakta, ölüm yaşamın amacı olarak kabul edilmekte ve yaşamı tamamlamaktadır. Bu yüzden ölüm, sadece anlamsız bir son olarak değil, yaşamın bütünlemesi ve onun en gerçek yönüyle, amacı olmasıyla, uyumlu olduğu görülmektedir (80). Doğrudan yaşanmayan ancak gerçekleştirildiğinde ise var olmayacağımız; yaşamın tam ve kesin olarak bitmesi anlamına gelen ölüm, tüm dönem ve kültürlerle yaşamın önemli bir olayı olarak kabul edilmiştir (81).

Farklı toplumlarda, kültürlerde ve disiplinler içinde bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel konumuna bağlı olarak değişiklikler gösteren pek çok farklı şekilde ölüm kavramı tanımlanmıştır (82,83). Ölüm birçok kişiye göre stres kaynağı olurken, birçok kişi için de stresten uzaklaşma aracıdır. Kimine göre yok olma olarak algılandığında, bazılarının göre sonsuz yaşamın başlangıcı olarak düşünülmektedir (84).

Meslekleri gereği ölen bir hastaya ilk yaklaşımda bulunması gereken kişiler hemşirelerdir. Ancak, hemşirelerin ölüme ve ölümcül hasta ile yüz yüze gelmekten korktukları, ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri, ölümcül hastaların bakım sorumluluklarını aldıklarında ise sıklıkla kendilerini savunmak durumunda oldukları yapılan araştırmalarla saptanmıştır (85,86)

Ölüm olgusuyla ilk karşılaşan hemşirenin yaşadıkları duyguların genel olarak üzüntü, çaresizlik ve korku olması bize, ölümü kabul etmede zorlandığını düşündürmektedir. Ölüme karşı yüksek kaygı duyan ya da bunu inkar eden hemşirenin, ölümü yaklaşan hasta ve ailesine verilen bakımı olumsuz etkilemekte, bu durumda hastanın fiziksel bakımına odaklanmalarına, psikososyal ile ilgili gereksinimlerini göz ardı etmelerine neden olmaktadır (87).

Ölüm kaçınılmaz bir son olarak görülse de, birçok kişi ölümün ne zaman geleceği ve ölümler neler yaşanacağı bilinmez bir süreçtir. Aynı zamanda ölüm en temel kaygı kaynaklarından biri olarak düşünüldüğünden (88), insanların genellikle hayatlarından dışladığı ve hakkında konuşmak istemedikleri bir olgudur (89). Ancak;

ölümcül bir hastalığa yakalanmak, birinin ölümüne tanıklık etmek gibi bazı durumlarda insanlar ölümlü oldukları gerçeği ile daha çok yüzleşmek zorunda kalırlar (90).

2.3.1 Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı, bireyin ölüm veya ölme ile ilişkili endişe, kaygı veya korku deneyimleri; birinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin duygu; var olamamanın yaygın korkusu ya da olmamayı yaşama korkusu; bilinçsizlikte yerleşen bir ölüm korkusu, kesin kavramsal form gelişmeden önce hayatın erken bir zamanında şekillenen bir korku, kötü ve tanımlanmamış olan bir korku olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır (91,92).

Ölüm düşüncesi insanın hemen hemen her zaman karşılaşabileceği bir durumdur. Fakat aşırı, ölçsüz, patolojik biçimde olan ölüm düşüncesi bireyin psikolojisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple bireyin kaygı düzeyinin artmaması ve yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmesi için ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Bununla beraber zihinde tam anlamıyla bastırılmayan, bazı zamanlarda belirli ölçülerde hatırlanan ölüm, insan hayatına katkıda bulunmaktadır (93).

Miyokard infarktüsü sonrası yaşam, hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmakta, yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlenmekte, hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşandığı gözlenebilmektedir. Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da ölüm korkusu yaşayabilmektedir (30,32).

Ölüm kaygısı evrensel bir duygu olarak düşünülse de, kişinin kendi ölümüne yönelik tutumunun, bunu ne kadar şiddetli yaşadığı ve bununla mücadele etme şeklinin kişiden kişiye göre değiştiği düşünülmektedir (94).

Literatürdeki bir araştırma da ölüm kaygısının çok boyutlu bir kavram olduğunu ortaya çıkarmıştır. Araştırmalarda en fazla üzerinde durulan boyutları, belirsizlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, geride kalanlar için endişelenme, denetimi kaybetme korkusu, acı duyma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusudur (13).

2.3.2.Ölüm Kaygısını Etkileyen Faktörler

Ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, genellikle ölüm kaygısı ile ilişkili olan çok boyutlu bir yapının olduğu fark edilmiştir.

Yaş; İnsanlar yaşlandıkça, ölüme de yaklaştıklarını düşünürler. Bu yüzden de, ölüme istatistiki olarak yakın oldukları düşünölen yaşlı kişilerin ölümlle ilgili kaygılarının ve korkularının daha da fazla olması beklenir. Uçdeğer yaş gruplarının da katıldığı, Chuin ve Choo'nun (2010) Malezyalı 320 kişi ile yaptıkları çalışmada ölüm kaygısı düzeyinde genç yetişkinler (17-39) ile orta yetişkinler ve yaşlı yetişkinler (39-70) arasında bir fark bulunmamıştır (95).

Çalışmaların çoğu yaşlılarda ölüm kaygısının ergenlere ve genç erişkinlere göre düşük düzeyde saptandığını bildirmektedir. Tek başına řu anki yaş değil; yaşam öyküsü sağlık durumu, sosyoekonomik durum ve yaşlanma sürecine uyumun da bu kaygı düzeyinin belirlenmesine rolü olduğu belirlenmiştir (96). Bazı çalışmalar ise yaşlı bireylerin daha genç olanlara oranla daha çok ölüm kaygısı yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Suhail ve Akram'ın (2002) 135 kişi ile yaptıkları araştırmada yaş ortalaması 58.15 olan grubun, yaş ortalaması 23.23 olan gruba oranla ölüm kaygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (97).

Sonuç olarak literatürde ölüm kaygısı ve yaş arasındaki ilişkiye dair tutarsız bulgular mevcuttur. Bunun sebeplerinden biri de ölüm kaygısı ile yaş arasındaki ilişkinin mediatör ve modaretör değişkenler tarafından etkilenmesidir (17).

Cinsiyet; Ölüm kaygısının etkilediği düşünölen faktörlerden biri de cinsiyettir. Kadınların ve erkeklerin ölüm kaygısı seviyelerinde anlamlı bir farklılık bulamayan çalışmalar olmasına rağmen (84,98) yapılan çalışmalarda genellikle kadınların erkeklere oranla daha çok ölüm kaygısı yaşadıklarını ortaya koymuştur (97,99-101). Robinson ve Wood (1984) erkeklerin ölüm kaygısı düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (102). Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılık, Abdel-Khalek'in de (2005) belirttiği üzere geleneksel cinsiyet rolleri ile ilişkili olabilir. Birçok toplumda kadının duygularını normal olarak görölürken, erkeklerin duygularını ifade etmesi normal olarak karşılanmamaktadır (99). Bu yüzden de, kadınların erkeklere kıyasla ölüm kaygılarını daha kolay ifade edebilecekleri düşünölmektedir.

Sosyokültürel Özellikler v Din; Her kültürün ölüm kaygısına karşı kendine özgü olarak geliştirdiği inanç, tutum ve davranışları vardır. Araştırmalar her kültürün ölümü dile getirme ve anlam yükleme konusunda farklılıklar gösterdiğini ve bazı kültürlerin ölüm kaygısını hafifletmede daha etkin olduklarını ortaya koymuştur. Batı toplumlarının hasta ve yaşlılarına sahip çıkmadığı, bu kültürdeki bireylerin ölümün farkındalığından uzak kaldığı belirtilmiştir. Literatürdeki bir çalışma da doğu toplumlarında ölüm kaygısının daha düşük olduğunu desteklemektedir (103).

Literatürde araştırılan bir diğer konu da, insanların dine olan bağlılıklarının ölüm kaygısı üzerindeki etkisidir. Araştırmalar dindarlık ve ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişkiye rastlanmıştır (104,106). Bazı araştırmalar da dindarlık ve ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışken (95,107), bir grup araştırmada ise ölüm kaygısı ve dindarlık arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (108,109).

Medeni Durum; Psikososyal bir varlık olan insanın toplumsal ilişkiler kurma ve yaşanan zorlu olaylar ile baş etme konusunda aile ve eşin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (63). Erdoğan ve Özkan (2007)'ın yaptıkları çalışmada evli olanlarda bekar olanlara kıyasla ölüm kaygısının daha yüksek olduğu saptanmış olup, bunun evli bireylerin eş ve çocuklarına karşı olan sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (98).

Diğer Faktörler; Yapılan çalışmalara bakıldığında yaş cinsiyet gibi demografik değişikliklerin yanında eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, yaşanan yer, medeni durum, kişilik özellikleri gibi birçok farklı değişkenin ölüm kaygısını etkilediğini gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Literatürde eğitim durumu ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma mevcuttur. Erdoğan ve Özkan (2007) eğitim düzeyi arttıkça kişilerin ölüm kaygısı düzeylerinin de azaldığını saptamıştır (98).

Kişilik özellikleri olarak duygulardan kolay etkilenen, kendine ve çevreye güveni az olan, topluma uyumu az olan ve gergin bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (110). Bununla birlikte bireyin ekonomik sorunları genel kaygı düzeyini artırabilir, genel kaygının ölüm kaygısını artırdığı düşünüldüğünde maddi sorunlar ölüm kaygısının gelişiminde önemli olabilir gibi görünmektedir (111).

2.4. MI'da Hemşirelik Yaklaşımı ve Psikolojik Bakım

Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda, hemşirenin sorumluluklarının, ilk değerlendirme, tedavinin planlanması, hasta eğitimi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi şeklinde olduğu belirtilmektedir. Elde edilen raporlarda, tedaviler sırasında hastanın tedaviye uygunluğu, hazır oluşu, tedavi etkinliği, kendi kendine tedaviye katılımı, yan etkiler, tedaviye uyum ve fiziksel, bilişsel ve psikososyal durumu ile ilgili konularda sorunlar ortaya çıktığı ve bu sorunların önlenmesi/giderilmesinde hemşirenin önemli rolü olduğu ifade edilmektedir (112).

Psikolojik bakım, ciddi bir hastalık ya da yaralanmaya karşısında tepki gösteren ve bu durumla baş etmeye çalışan hastaya, doğrudan yardım etmeyi ve sürekli destek sağlamayı içeren psikososyal tedavi hizmetidir (87, 113). Psikolojik bakımın amacı, kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duyguların rahatça ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek; psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak; hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir (114).

Fiziksel hastalığı olan hastalara psikososyal bakım veren ve sözü geçen hastalarla çalışan hemşirelere rehberlik ve eğitim veren bu işlevler sırasında da kişilerarası ilişkilerin tedavi edici yönünü kullanan psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık alanı olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleridir (11).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin sundukları psikososyal tedavide amaç, anksiyete ve korkunun belirti ve bulguları değerlendirmektir (huzursuzluk, takipne, taşikardi, korku ifadesi). Hastanın korku düzeyi tanımlayıp, ağrı atakları esnasında hastaya güven ve cesaret vermek hastanın anksiyete düzeyinin düşmesinde etkilidir. Hemşire hastanın duygularını ifade etmesine izin verip ona destek olmalıdır. Mümkün olduğunca hasta yalnız bırakılmamalı, hastanın durumu uygunsa yardımcı olması için aile üyelerine izin verilmelidir (11, 115-118)

Hemşireler ölümle ilgili kendi duygularının ve düşüncelerinin farkında olmalıdırlar. Ayrıca bakım verdikleri hastaların ölüm olgusu ile ilgili duygularının farkında olmalı ve hastaların yaşadıkları kaygı düzeyini sorgulamalıdırlar. Hemşireler, bunu yaparken hastaların umut mekanizmalarına da saygı göstermelidirler (45, 111,119).

Hasta ile iletişime geçerken yumuşak ve sıcak göz teması açık iletişimi desteklerken, bireyin el kol hareketleri ve duruşu kişinin içinde bulunduğu ruhsal durumu hakkında önemli ipuçlarını elde etmek mümkündür (120-123). Bununla birlikte dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, destek, anlayış, empati gibi mesajlar iletilmekte ve güçlü bir terapötik etki sağlayarak korku, anksiyete, kontrol kaybı gibi duygular azaltılmaktadır (124,125).

Hemşirelik girişimleri, sağlık bakım kaynaklarının kullanılmasını azaltırken, uyumun artırılmasında ve sağlık sonuçlarında önemli iyileşmelerin sağlanmasında etkili olmaktadır (126).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmış bir çalışmadır.

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Şubat - Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hastane 260 yataklı olup acil, KVC yoğun bakım, ameliyathane ve poliklinik birimlerinde hizmet vermektedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Şubat - Temmuz 2018 tarihleri arasında Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne, MI tanısı ile başvuran, acil dışında yatarak tedavi gören, ilk 24 saat sonrası alınan ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 295 hasta örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini belirlemede g-power programı kullanılmıştır. Bu programda 0.05 hata payı, 0.80 güç ve 0.50 etki büyüklüğü alındığında minimum örneklem büyüklüğü 102 olarak belirlenmiştir (127). Çalışmaya katılmayı kabul eden kriterlere uygun hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve 13 soruluk sosyo-demografik bilgi formu ile elde edilmiştir. Formlar hastaların rahat oldukları zaman diliminde doldurmaları istenmiş, anket bitiminde araştırmacı tarafından teslim alınmıştır. Veri toplama yaklaşık 10 dakika kadar sürmüştür.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler, Sosyo-demografik bilgi formu (Ek-1) ve Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ile elde edilmiştir (Ek-2).

Sosyo-demografik Bilgi Formu: Formda; hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 11 soru, hastalık bilgi ve endişe düzeylerini ölçmek için 2 soru yer almaktadır. Sosyo-demografik özellikler için, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, mesleki durum, sosyal güvence, ekonomik durum, yaşam şekli, kendisinin ve ailesinin hastalık geçmişi ile ilgili sorular yer almaktadır

Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği: Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Templer (1970) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de Şenol (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, doğru-yanlış şeklinde ikili likert ölçeği olarak düzenlenmiştir. Doğru yanıtlara 1 puan verilirken, yanlış yanıtlar puanlanmaya alınmamaktadırlar. Puan Aralığı 0–15 arasında olan testte, puanlar bu aralıkta yükseldikçe ölüm kaygısı açısından da yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmaktadır, 7 ve üzeri puan alanların anksiyetesi olduğu kabul edilmektedir.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS Statistics 21 programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma), iç tutarlık analizi (Cronbach's alfa iç tutarlık katsayısı), parametrik (eşleştirilmiş gruplarda t-testi, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi) ve parametrik olmayan (ki-kare, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U) analizler ile çoklu gruplarda ileri analiz olarak Tukey HSD kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Templer'in ölüm kaygısı ölçeği(ÖKÖ) puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması çalışmanın sınırlılığıdır. Elde edilen sonuçlar çalışmanın yürütüldüğü hastaneye genellenebilir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 02.08.2017 tarihinde Etik Kurulu onayı almıştır (Ek-3). Etik kurulu onayı aldıktan sonra çalışmanın yapılacağı kurumdan gerekli izin alınmıştır (Ek-4). Veri toplama işlemi öncesinde, araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya istekli ve gönüllü olan hastaların sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama sırasında hastaların ihtiyaç duydukları sorular yanıtlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=295)

Değişkenler		N	%
Yaş Grubu (ED= 20; EY= 98; ort= 59,99; SS=13,49)	≤ 55 yaş	107	36,3
	56-65 yaş	92	31,2
	≥ 66 yaş	96	32,5
Cinsiyet	Kadın	91	30,8
	Erkek	204	69,2
Medeni Durum	Bekar	31	10,5
	Evli	264	89,5
Çocuk Varlığı (n: 275; ED= 1; EY= 10; ort= 3,40; SS=1,63)	≤ 2 çocuk	91	30,8
	3 çocuk	77	26,1
	≥ 4 çocuk	107	36,3
Öğrenim Durumu	Okuryazar Değil	38	12,9
	Okuryazar	31	10,5
	İlköğretim	107	36,3
	Orta Öğretim	104	35,3
	Yüksek Öğrenim	15	5,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	105	35,8
	Çalışmıyor	190	64,2
Sosyal Güvence	Var	275	93,2
	Yok	20	6,8
Gelir Durumu (ED=0 ; EY= 7000) n= 220; ort= 2313,6; SS=816,8)	Yok	75	25,4
	300-2000 TL	118	53,6
	≥ 2001 TL	102	34,6
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	21	7,1
	Anne ve baba ile	12	4,1
	Eş ve çocuklar ile	262	88,8

N=sayı, %= yüzde; ED= en düşük; EY= en yüksek; ort= ortalama; SS= standart sapma

Tablo 1’de yer alan bulgulara göre araştırmaya katılan hastalar 20-98 yaş arasında (ortalama 59,99±13,49) ve erkek (%69,2) olup evlidir (%89,5). Hastaların 36,3’ü 4 ve üzeri çocuk sahibidir. oğunluğu ilköğretim mezunu (%36,3) olan hastaların (%33,2) alışmıyor olduğu belirlenmiştir. Hastaların %93,2’si sosyal güvence sahibidir. Hastaların (%25,4) aylık geliri olmadığını belirtmiştir ve %88,8’i eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4-2: Hastaların ve birinci derece akrabalarının hastalık geçmişleri (n=295)

Değişkenler		n	%
Hastanın Hastalık Geçmişi	Hipertansiyon	106	35,9
	Diyabet	81	27,5
	Kolesterol	30	10,2
	Kalp	35	11,9
	Diğer(apandist,prostat,sezeryan,guatr,astım)	66	22,4
Annenin Hastalık Geçmişi	Hipertansiyon	30	10,2
	Diyabet	45	15,3
	Kalp	47	15,9
	Diğer(kanser,azlaimmer,kolestrol)	7	2,4
Babanın Hastalık Geçmişi	Hipertansiyon	27	9,2
	Diyabet	15	5,1
	Kalp	54	18,3
	Diğer(kolestrol,kanser,alzaimer,guatr)	22	7,5

Tablo 2’de hastaların ve birinci derece akrabalarının(anne, baba) hastalık geçmişlerine yer verilmektedir. Bulgulara göre hastaların özgeçmişlerinde en sık hipertansiyon (%35,9) yer alırken, birinci derece yakınlarında ise kalp rahatsızlığı sıklıkla öne çıkmaktadır (anne=%15,9; baba=%18,3; kardeş=%13,6).

Tablo 3: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=295)

DEĞİŞKENLER		N	%
Herhangi bir nedenden dolayı daha önce hastanede yatma durumu	Yatan	192	65,1
	Yatmayan	103	34,9
Herhangi bir nedenden dolayı daha önce ameliyat olma durumu	Ameliyat olan	152	51,5
	Ameliyat olmayan	143	48,5
Aile/yakın çevrenizde kalp hastalığı olma durumu	Var	175	69,3
	Yok	120	40,7
Evet cevabı veren hastaların yakınlık derecesi (n=175)	Eş ve çocuk	7	4,0
	Anne, baba, kardeş	141	80,6
	İkinci dereceden akraba	19	10,9
	Tanıdıklar (komşu vs.)	8	4,6
Aile/yakın çevrenizde koroner anjiyografi/stent işlemi olma durumu	Var	161	54,6
	Yok	134	45,4
Koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında bilgi alma durumu	Var	116	39,3
	Yok	179	60,7
Evet cevabı veren hastaların bilgi aldığı kaynaklar (n=116)	Hastane	57	49,1
	Medya	13	11,2
	Aile üyeleri	41	35,3
	Tanıdıklar	5	4,3
Koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ihtiyacı durumu	Var	271	91,9
	Yok	24	8,1
Evet cevabı veren hastaların koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında nasıl bilgi almak istediği (n=271)*	Sözel olarak	218	80,4
	Yazılı olarak	22	8,1
	Görsel olarak	9	3,3
	Birden fazla yöntem ile	22	8,1
Koroner anjiyografi/stent işlemi ile ilgili istenen eğitim/ konuları (n=295)	Koroner anjiyografi nedir?	176	59,7
	Koroner anjiyografi nasıl yapılır?	117	39,7
	Koroner anjiyografi işlemi sonrası risk nedir?	171	58,0
	Koroner anjiyografiye alternatif teknik ve yöntemler neler?	123	41,7
Koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında kendisine hangi konularda eğitim/açıklama yapılmasını isteme durumu (n=271)	Koroner anjiyografi nedir?	176	64,9
	Koroner anjiyografi nasıl yapılır?	117	43,2
	Koroner anjiyografi işlemi sonrası risk nedir?	171	63,1
	Koroner anjiyografi alternatif teknik ve yöntemler neler?	123	45,4
Koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde kendinizi endişeli hissetme durumu	Endişeli Hissediyor	111	37,6
	Endişeli Hissetmiyor	184	62,4
Evet cevabı veren hastaların endişe nedenleri (n=111)*	Hastalık bulunması	41	36,9
	Ağrı/acı duyma	36	32,4
	Ölüm korkusu	40	36,0
	Kalbe/vücuda zarar gelmesi	23	20,7
Koroner anjiyografi/stent işlemi öncesi eğitim ile endişe düzeyinin azalma durumu	Eğitimle azalan	215	72,9
	Eğitimle azalmayan	80	27,1
Anjiyo işleminin ameliyatı olup olmadığını düşünme durumu	Ameliyat olduğunu düşünen	114	38,6
	Ameliyat olduğunu düşünmeyen	181	61,4

* birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 3'te hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Hastaların çoğunlukla herhangi bir nedenden dolayı daha önce de hastanede yatmış oldukları (%65,1) ve ameliyat oldukları (%51,5) belirlenmiştir.

Hastalar çoğunlukla çevrelerinde kalp hastalığı olan kişilerin olduğunu (%69,3) ve bu kişilerin sıklıkla anne, baba veya kardeşleri (%80,6) olduğunu ifade etmektedirler. Yine çoğunlukla hastaların ailesinde ya da yakın çevresinde koroner anjiyografi/stent işlemi olan kişiler vardır (%54,6). Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında bilgi almadığını (%60,7) ifade ederken bilgi almış olan 118 hastanın (%39,3) çoğu bilgi kaynağının hastaneler olduğunu (%49,1) iletmişlerdir. Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ihtiyacı olduğunu (%91,9) belirtmiş olup, eğitime ihtiyaç duyan hastaların (n=271) çoğunlukla sözel olarak bilgi almak istediği (%80,4) saptanmıştır. Hastaların koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ya da açıklama yapılmasını istediği konular incelendiğinde; en sık koroner anjiyografi/stent işleminin ne olduğuna yönelik eğitim ve açıklama gereksinimi ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastaların çoğunun koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde kendisini endişeli hissetmediği (%62,4) ancak endişeli hissettiğini ifade eden 11 hastanın (%37,6) ise en sık hastalık bulunması (%36,9) konusunda yaşadığı saptanmıştır. Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde eğitim almanın endişe düzeylerini azaltacağını (%72,9) ve bu işlemi ameliyat olarak görmediklerini (%61,4) ifade etmiştir

Tablo 4: Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamasına ve Alınan Puanların Dağılımı (n=295)

	X	SS	min	max	α
ÖKÖ	6,25	2,54	0	14	,60

Tablo 4’te hastaların ölüm kaygısı ölçeği aldığı puan ortalamasına ilişkin analiz sonuçları verilmektedir. Hastaların ÖKÖ’den aldıkları puanlar 0 ile 14 arasında değişmekte olup, puan ortalaması $6,25 \pm 2,54$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 5: Hastaların ÖKÖ Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=295)

DEĞİŞKENLER		Ort (SS)	Test ve Anlamlılık
Yaş Grubu	≤ 55 yaş ^a	5,48(2,03)	F=8,201 p<,001*** b,c>a
	56-65 yaş ^b	6,67(2,83)	
	≥ 66 yaş ^c	6,71(2,56)	
Cinsiyet	Kadın	8,44(2,38)	t=11,169 p<,001***
	Erkek	5,27(1,93)	
Medeni Durum	Bekar	5,59(1,62)	z=1,487 p=,137
	Evli	6,32(2,61)	
Çocuk Varlığı	≤ 2 çocuk	6,07(2,61)	F=0,726 p=0,485
	3 çocuk	6,52(2,68)	
	≥ 4 çocuk	6,40(2,48)	
Öğrenim Durumu	Formal öğrenim görmemiş ^a	7,45(2,58)	F=12,932 p<,001*** a>b,c
	İlköğretim ^b	6,23(2,78)	
	Orta ve Yükseköğretim ^c	5,57(1,85)	
Çalışma Durumu	Emekli ^a	5,41(2,20)	F=44,710 p<,000*** c>a,b †
	Çalışan (işçi-memur) ^b	5,36(1,94)	
	Ev hanımı/erkeği ^c	7,99(2,52)	
Sosyal Güvence Durumu	Var	6,10(2,42)	z=3,115 p=,002**
	Yok	8,35(3,23)	
Gelir Durumu	0 ^a	8,11(2,30)	F=33,105 p<,000*** a>b,c †
	900-2000 TL ^b	5,74(2,34)	
	≥ 2001 TL ^c	5,48(2,25)	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	5,33(1,66)	KW=,3,235 p=,198 z=,1,775 p=,076
	Anne ve baba ile	6,25(2,38)	
	Eş ve çocuklar ile	6,32(2,59)	
	Yalnız değil	6,32(2,58)	

p<,01; *p<,001

ort= ortalama; SS= standart sapma; F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA); t= bağımsız gruplarda t-testi (independent samples); z= Mann Whitney U; KW= Kruskal Wallis. †= Post hoc Tukey HSD sonucu

Tablo 5'te hastaların ÖKÖ'den elde ettiği puan ortalamalarının bireysel özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) göre karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlara yer verilmektedir. Hastaların medeni durumunun, sahip oldukları çocuk sayısının ve birlikte yaşadığı kişilerin ÖKÖ'den elde ettikleri puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır (p>0,05). Diğer yandan **yaş gruplarına** göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında çok ileri düzeyde fark olduğu (p<,001) ve bu farkın 55 yaş ve altındakilerin diğer iki gruptaki hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynakladığı belirlenmiştir. **Cinsiyete** göre yapılan karşılaştırmalarda kadın hastaların puan ortalamasının (ort=8,44±2,38) erkek hastalarinkine (ort=5,27±1,93) göre istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla (p<,001) yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların **öğrenim durumlarına** göre yapılan karşılaştırmalarda okur-yazar değil ve okuryazar gruplarının birleştirilmesinden oluşan formal öğrenim görmemiş hastaların puan ortalamalarının formal öğrenim gören (ilk, orta ve yükseköğrenim) istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla yüksek olduğu

saptanmıştır ($p<,001$). Benzer şekilde hastaların **çalışma durumuna** göre yapılan karşılaştırmada da ev hanımı/erkeği olan hastaların puan ortalamasının ($ort=7,99\pm2,52$) hem işçi yada memur olarak çalışanlar hastalardan ($ort=5,36\pm1,94$), hem de emeklilerden ($ort=5,41\pm2,20$) istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla ($p<,001$) yüksek olduğu belirlenmiştir. **Hastaların sosyal güvenceye** sahip olma durumunun gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark oluşturduğu ($p<,01$) ve sosyal güvencesi olmayanların puan ortalamasının ($ort=8,35\pm3,23$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların **gelir düzeylerine** göre yapılan karşılaştırmada ise gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ve bu farkın hiçbir geliri olmadığını ifade edenlerin ($ort=8,11\pm2,30$) diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 6: Hastaların ÖKÖ Puan Ortalamalarının Hastalık Öykülerine Göre Karşılaştırılması (n=295)

Değişkenler		n	Ort(SS)	Test ve Anlamlılık
Herhangi bir nedenden dolayı daha önce hastanede yatma durumu	Evet	192	6,56(2,61)	t=2,866 p=,004
	Hayır	103	5,68(2,30)	
Herhangi bir nedenden dolayı daha önce ameliyat olma durumu	Evet	152	6,78(2,60)	t=3,019 p=,003**
	Hayır	143	5,80(2,40)	
Aile/yakın çevrede kalp hastalığı olma durumu	Evet	175	6,52(2,59)	t=2,214 p=,028*
	Hayır	120	5,86(2,42)	
Aile/yakın çevrenizde koroner anjiyografi/stent işlemi olma durumu	Evet	161	6,34(2,54)	t=,756 p=,451
	Hayır	134	6,14(2,54)	
Koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında bilgi alma durumu	Evet	116	6,11(2,31)	t=,033 p=,974
	Hayır	179	6,34(2,58)	
Koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde kendinizi endişeli hissetme durumu	Evet	111	7,41(2,60)	t=6,290 p<,000***
	Hayır	184	5,55(2,23)	
Koroner anjiyografi/stent işlemi öncesi eğitim ile endişe düzeyiniz azalma durumu	Evet	215	6,48(2,53)	t=2,609 p=,010*
	Hayır	80	5,63(2,46)	
Anjio işlemini ameliyat olarak görme durumu	Evet	114	6,63(2,61)	t=2,056 p=,041*
	Hayır	181	6,01(2,47)	

* $p<,05$; ** $p<,01$; *** $p<,001$

ort= ortalama; SS= standart sapma; t= bağımsız gruplarda t-testi (independent samples).

Tablo 6'da hastaların ÖKÖ'den elde ettiği puan ortalamalarının hastalık öykülerine göre karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlara yer verilmektedir. Hastaların daha önce hastanede yatmış olması, ailesinde ya da yakın çevresinde koroner anjiyografi/stent işlemi olan kişi varlığı, işlem hakkında bilgi almış olma durumları ve işlem hakkında eğitim ihtiyacı hissedip hissetmemelerinin ÖKÖ puan ortalamaları

üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>,05$). Diğer yandan daha önce ameliyat olanların (ort=6,78±2,60), ailesinde ya da çevresinde kalp rahatsızlığı olanların (ort=6,52±2,59) işlem öncesinde kendisini endişeli hissedenlerin (ort=7,41±2,60), işlem öncesinde eğitim almanın endişelerini azaltacağını düşünenlerin (ort=6,48±2,53) ve anjio işlemini bir ameliyat olarak görenlerin (ort=6,63±2,61) diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı farklarla yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<,05$; $p<,01$; $p<,001$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, MI geçiren hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatürden yararlanarak yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastalar 20-98 yaş arasında (ortalama $59,99 \pm 13,49$) ve erkek (%69,2) olup evlidir (%89,5). Hastaların çoğu çocuk sahibi (n:275) olup çocuk sayıları 1 ile 10 arasında değişmektedir. Çoğunluğu ilköğretim mezunu (%36,3) olan hastaların evhamını (%33,2) olup, sosyal güvence sahibidir (%93,2). Toplamda 75 kişi (%25,4) aylık geliri olmadığını belirtmiş olmakla birlikte geriye kalan hastaların aylık gelirleri 300 TL ile 7.000 TL arasında değişmekte olup ortalama $2313,6 \pm 816,8$ TL olarak hesaplanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu eş ve çocukları ile birlikte (%88,8) yaşamaktadır (Tablo 1).

Hastaların ve birinci derece akrabalarının (anne, baba) hastalık geçmişlerine yer verilmektedir. Bulgulara göre hastaların özgeçmişlerinde en sık hipertansiyon (%35,9) yer alırken, birinci derece yakınlarında ise kalp rahatsızlığı sıklıkla öne çıkmaktadır (anne=%15,9; baba=%18,3; kardeş=%13,6)(Tablo 2).

Bu çalışmaya katılan hastaların çoğunlukla herhangi bir nedenden dolayı daha önce de hastanede yatmış oldukları (%65,1) ve ameliyat oldukları (%51,5) belirlenmiştir. Hastalar çoğunlukla çevrelerinde kalp hastalığı olan kişilerin olduğunu (%69,3) ve bu kişilerin sıklıkla anne, baba veya kardeşleri (%80,6) olduğunu ifade etmektedirler. Yine çoğunlukla hastaların ailesinde ya da yakın çevresinde koroner anjiyografi/stent işlemi olan kişiler vardır (%54,6). Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında bilgi olmadığını (%60,7) ifade ederken bilgi almış olan 118 hastanın (%39,3) çoğu bilgi kaynağının hastaneler olduğunu (%49,1) iletmişlerdir. Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ihtiyacı olduğunu (%91,9) belirtmiş olup, eğitime ihtiyaç duyan hastaların (n=271) çoğunlukla sözel olarak bilgi almak istediği (%80,4) saptanmıştır. Hastaların koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ya da açıklama yapılmasını istediği konular incelendiğinde; en sık koroner anjiyografi/stent işleminin ne olduğuna yönelik eğitim ve açıklama gereksinimi ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastaların çoğunun koroner anjiyografi/stent

işlemi öncesinde kendisini endişeli hissetmediği (%62,4) saptanmıştır. Endişeli hissettiğini ifade eden 11 hastanın ise en sık hastalık bulunması konusunda (%36,9) kaygı yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların çoğu koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde eğitim almanın endişe düzeylerini azaltacağını (%72,9) ve bu işlemi ameliyat olarak görmediklerini (%61,4) belirtmişlerdir (Tablo 3).

Çalışmamızda hastaların çoğu işlem öncesi bilgi kaynağının hastane olduğunu belirtmişlerdir. Literatüre incelendiğinde çalışma bulgumuza benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Özbayır ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmaya göre, hastaların % 68.93'üne ameliyat öncesi dönemde ameliyatla ilgili açıklama yapıldığı saptanmıştır (128). Yine açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi ilişkisini ele alan bir başka araştırmada hastalara ameliyat hakkında kimden bilgi almak istersiniz diye sorulmuş %95,1'i hekimden bilgi almak istediklerini, %4,9'u hem hekimden hem hemşireden bilgi almak istedikleri şeklinde iletmişlerdir (129).

Hastaların ölüm kaygısı ölçeği aldığı puan ortalamasına ilişkin analiz sonuçları verilmektedir. Hastaların ÖKÖ'den aldıkları puanlar 0 ile 14 arasında değişmekte olup, puan ortalaması $6,25 \pm 2,54$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Literatürde bu bulguya benzer bir sonuç mevcuttur. 'Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı' nı inceleyen bir çalışma da ÖKÖ puan ortalaması 7.7 ± 3.8 0-15 bulunmuştur (138).

Bu çalışmaya katılan hastaların ÖKÖ'den elde ettiği puan ortalamalarının hastaların medeni durumunun, sahip oldukları çocuk sayısının ve birlikte yaşadığı kişilerin ÖKÖ'den elde ettikleri puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Diğer yandan yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında çok ileri düzeyde fark olduğu ($p < ,001$) ve bu farkın 55 yaş ve altındakilerin diğer iki gruptaki hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynakladığı belirlenmiştir. Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda kadın hastaların puan ortalamasının ($ort=8,44 \pm 2,38$) erkek hastalarinkine ($ort=5,27 \pm 1,93$) göre istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla ($p < ,001$) yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların öğrenim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda okur-yazar değil ve okuryazar gruplarının birleştirilmesinden oluşan formal öğrenim görmemiş hastaların puan ortalamalarının formal öğrenim gören (ilk, orta ve yükseköğrenim) istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,001$). Benzer şekilde hastaların çalışma durumuna göre yapılan

karşılaştırmada da ev hanımı/erkeği olan hastaların puan ortalamasının ($ort=7,99\pm 2,52$) hem işçi yada memur olarak çalışanlar hastalardan ($ort=5,36\pm 1,94$), hem de emeklilerden ($ort=5,41\pm 2,20$) istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla ($p<,001$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumunun gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark oluşturduğu ($p<,01$) ve sosyal güvencesi olmayanların puan ortalamasının ($ort=8,35\pm 3,23$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların gelir düzeylerine göre yapılan karşılaştırmada ise gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ve bu farkın hiçbir geliri olmadığını ifade edenlerin ($ort=8,11\pm 2,30$) diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği öngörülen değişkenlerden ilki yaştır. Genel beklenti yaşın artmasına paralel olarak, yani ömrün sonuna gelindikçe ölüm kaygısının artacağıdır. MI geçiren hastalarla yürüttüğümüz çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerde ise bu duruma ters bulgular elde edilmiştir. Genel yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında çok ileri düzeyde fark olduğu ($p<,001$, Tablo 5) ve bu farkın 55 yaş ve altındakilerin diğer iki gruptaki hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Literatürde de bizim çalışmamıza paralel çalışmalar mevcuttur (130). Şenol tarafından yapılan bir çalışmada, 60-64 yaş grubundaki yaşlıların ölüm kaygısı düzeyi, 65-69, 70 ve yukarı yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (131). Bir diğer çalışmada yaşlılık döneminde değişik düzeylerde görülen ölüm kaygısının, yaşlı nüfus içinde yaş artışı ile birlikte artmadığı, aksine yaş arttıkça azaldığı ve bir süre sonra belli bir düzeyde sabit seyrettiği saptanmıştır (93). Özen'in (2008) çalışmasında ölüm kaygısı gençlerde %40, orta yaşta %25, yaşlılarda %10 oranında olduğunu, çoğunlukla yaşlı bireylerin genç ve orta yaş erişkinlere göre daha az ölüm kaygısı taşıdıkları, ayrıca ölüm kaygısının yaşlılarda belli bir yaştan sonra negatif doğrusal bir seyir izlemektedir (132). Bu durumun sebebinin yaş ilerledikçe ölümü kabullenmenin artması olarak düşünülebilir.

Bununla birlikte literatürde yaş artıkça ölüm kaygısının arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Bunlar; Suhail ve Akram'ın 135 kişi ile yaptıkları araştırmada, yaş ortalaması 58.15 olan gurubun, yaş ortalaması 23.23 olan guruba oranla ölüm kaygısı düzeyi daha yüksek saptanmıştır (97). Benzer şekilde, Mandavat ve Kachhava

299 Hindistanlı katılımcı ile yaptıkları araştırma da 70 yaş üzerindeki kişilerin genç olanlara oranla daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermişlerdir (100).

Literatürde ölüm kaygısı ve yaş arasındaki ilişkiye dair değişik bulgular vardır. Bunun pek çok nedeni olabilir. Bu nedenlerden biri, ölüm kaygısı ve yaş arasındaki ilişkinin aracı ve düzenleyici değişkenler tarafından etkilenmesidir (133). Bu çalışmada ise yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında çok ileri düzeyde fark olduğunu ($p<,001$, Tablo 5) ve bu farkın 55 yaş ve altındakilerin diğer iki gruptaki hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynakladığını düşündürmüştür.

Ölüm kaygısı ve cinsiyet konusunda yapılan çalışmaların çoğunda, kadınların erkeklere göre daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları ortaya konulmuştur (103). Bizim çalışmamızda da; Karaca (2000), Suhail ve Arkam (2002)'ın yaptığı çalışmalara benzer şekilde cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda kadın hastaların puan ortalamasının ($ort=8,44\pm 2,38$) erkek hastalarinkine ($ort=5,27\pm 1,93$) göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farkla ($p<,001$, Tablo 4) yüksek olduğu saptanmıştır. Yazıcı'nın (1994) yaptığı çalışmada, kadın yaşlılarda erkek yaşlılara oranla ölüm kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (83). Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılık, Abdel Khalek'in de (2005) belirttiği üzere geleneksel cinsiyet rolleri ile ilişkili olabilir (99). Kadınların ölüm kaygı düzeyi erkeklere oranla daha yüksek olduğu ve kadınların tehdit edici durumlar ile insanların ihtiyaçlarına daha duyarlı ve duygulu oldukları rapor edilmiştir. Bunun nedeni olarak kadınların duygularını daha kolay ifade etmeleri ve bu konuda kadınların toplum tarafından destekleniyor olmaları gösterilmiştir. Erkekler, toplumsal rol ve öğrenmelerinin bir sonucu olarak duygularını bastırmaktadırlar. Ayrıca duygularını ifade etmeleri konusunda erkekler, kadınlara oranla toplum tarafından daha az cesaretlendirilmekte hatta yadırganmaktadır (63).

Literatürde ölüm kaygısı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (70,134,135). Bu çalışmaların birinde Mc Lennan ve arkadaşlarının, Nijeryalı ve Avustralyalı öğrenciler üzerinde ölümün inkarı ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmaya Nijeryalı 65 erkek ve 27 kadın, Avustralyalı 84 kadın ve 30 erkek olmak üzere toplam 206 üniversite öğrencisi alınmış (130). Araştırmada, öğrencilerin milliyetlerinin ve cinsiyetlerinin ölüm kaygı puanına etki etmediği bildirilmiştir. Ayrıca, Nijeryalı ve Avustralyalı olmaları açısından kız ve

erkek öğrencilerin ölüm kaygı puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı rapor edilmiştir. Araştırmada hem Nijeryalı (ölüm kaygısı ortalama puanları erkek 38,83; kadın 38.6) ve hem de Avusturyalı (ölüm kaygısı ortalama puanları erkek 37,0; kadın 38.4) öğrencilerin ölüm kaygısı puan ortalamaları cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında kadın ve erkeklerin ölüm kaygısı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (130). Bu konuyla ilgili kültürün etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Ölüm kaygısını etkilediği düşünülen durumlardan biri de eğitim düzeyidir. Literatürde ölüm kaygısı ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmadan elde ettiğimiz verilere göre hastaların öğrenim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda okur-yazar değil ve okuryazar gruplarının birleştirilmesinden oluşan formal öğrenim görmemiş hastaların puan ortalamalarının formal öğrenim gören (ilk, orta ve yükseköğrenim) istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla yüksek olduğu saptanmıştır ($p<,001$, Tablo 5).

Çalışma bulgusuna benzer şekilde Softa ve ark.'nın (2011) yaptıkları çalışmada eğitim durumuna göre ölüm kaygısı puan ortalaması olarak önemli bir fark bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (85) ($p>0,05$). Ölçek bazında değerlendirdiğimizde üniversite mezunu olan yaşlılarda “hafif düzeyde” ölüm kaygısı yaşarken okur-yazar olan yaşlılarda “orta düzeydedir.” Eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azalması karşılaşılan olaylarda stresle baş etmede önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (86). Erdoğan ve Özkan (2007) eğitim düzeyi arttıkça kişilerin ölüm kaygısı düzeylerinin de azaldığını tespit etmiştir (84). Eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısının azalmasının temel nedeninin eğitim düzeylerine bağlı olarak bireylerin çalışma alanlarında ve gündelik yaşamlarındaki yoğunluktan dolayı ölümü hatırlama düzeylerini düşürdüğü düşünülebilir (89).

Erdoğan ve Özkan (2007)'de yaptıkları bir çalışmada katılımcıların gelir seviyeleri ile ölüm kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Alt ve üst sosyo - ekonomik düzeyde olan katılımcıların, orta düzeyde olan katılımcılara oranla daha çok ölüm kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir (84). Bununla paralel olarak yaptığımız çalışmada hastaların sosyal güvenceye sahip olup olmamasının gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark oluşturduğu ($p<,01$) ve sosyal güvencesi olmayanların puan ortalamasının ($ort=8,35\pm3,23$) daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Hastaların gelir düzeylerine göre yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın hiçbir geliri olmadığını ifade edenlerin ($ort=8,11\pm 2,30$) diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Literatürdeki araştırmaların bazılarında medeni durum ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel bir ilişki gösterilmemişken (136); çalışmaların çoğunda evli olanların ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuştur (104,111). Öte yandan bu çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde; hastaların medeni durumunun, sahip oldukları çocuk sayısının ve birlikte yaşadığı kişilerin ÖKÖ'den elde ettikleri puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 5).

Bireylerin çocuk sahibi olma durumlarıyla depresyon, ölüm kaygısı ve bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır (84). Bireylerin çocuk sahibi olmaları ya da olmamaları depresyon, ölüm kaygısı ve bağımlılık düzeylerini etkilememektedir.

Hastaların daha önce hastanede yatmış olması, ailesinde ya da yakın çevresinde koroner anjiyografi/stent işlemi olan kişi varlığı, işlem hakkında bilgi almış olma durumları ve işlem hakkında eğitim ihtiyacı hissedip hissetmemelerinin ÖKÖ puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>,05$) (Tablo 6). Diğer yandan daha önce ameliyat olanların ($ort=6,78\pm 2,60$), ailesinde ya da çevresinde kalp rahatsızlığı olanların ($ort=6,52\pm 2,59$), işlem öncesinde kendisini endişeli hissedenenlerin ($ort=7,41\pm 2,60$), işlem öncesinde eğitim almanın endişelerini azaltacağını düşünenlerin ($ort=6,48\pm 2,53$) ve anjio işlemini bir ameliyat olarak görenlerin ($ort=6,63\pm 2,61$) diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı farklarla yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<,05$; $p<,01$; $p<,001$) (Tablo 6).

Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi'ni inceleyen bir çalışmada (138) ise anestezi deneyimi sorgulanmış, fakat anestezi deneyimi olanlarla olmayanlar arasında herhangi bir preoperatif anksiyete ölçeği skorunda farklılık saptanmamıştır. Bu durum, çalışmaya katılanların anestezi deneyimlerinin gerçekleştiği zamanla ilgili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Araştırma Hastanesi'nde MI tanısı almış hastaların ölüm kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması (59,99±13,49) olup, %69,2'si erkektir.
- Hastaların özgeçmişlerinde en sık hipertansiyon (%35,9) yer alırken, birinci dereceden yakınlarında ise kalp rahatsızlığı sıklıkla öne çıktığı bulunmuştur. (anne=%15,9; baba=%18,3; kardeş=%13,6) (Tablo 2).
- Hastaların %65,1'inin herhangi bir nedenden dolayı daha önce de hastanede yatmış oldukları ve %51,5'inin ameliyat oldukları (%51,5) belirlenmiştir (Tablo 3).
- Hastaların %60,7'si koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında bilgi almadığını ifade ederken, bilgi almış olanların %49,1'i bilgi kaynağı olarak hastaneleri göstermiştir (Tablo 3).
- Hastaların %91,9'u koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ihtiyacı olduğunu ifade etmiş, eğitime ihtiyaç duyan hastaların %80,4'ünün çoğunlukla sözel olarak bilgi almak istediği belirlenmiştir (Tablo 3).
- Diğer yandan hastaların koroner anjiyografi/stent işlemi hakkında eğitim ya da açıklama yapılmasını istediği konular incelendiğinde %59,7'si koroner anjiyografi/stent işleminin ne olduğuna yönelik eğitim almak istediğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3).
- Hastaların %62,4'ünün koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde kendisini endişeli hissetmediği, endişeli hissettiğini ifade eden hastaların ise %36,9'u hastalık bulunması konusunda endişe yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 3).
- Hastaların %72,9'u koroner anjiyografi/stent işlemi öncesinde eğitim almanın endişe düzeylerini azaltacağını ve %61,4'ü bu işlemi ameliyat olarak görmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3).
- Hastaların ÖKÖ ortalaması 6,25±2,54 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4).
- Çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda grupları arasında çok ileri düzeyde fark olduğu (p<,001) ve bu farkın 55 yaş ve altındakilerin diğer iki gruptaki hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynakladığı belirlenmiştir (Tablo 5).
- Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda kadın hastaların puan ortalamasının (ort=8,44±2,38) erkek hastalarinkine (ort=5,27±1,93) göre istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla (p<,001) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5)

- Hastaların çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmada da ev hanımı olan hastaların puan ortalamasının ($ort=7,99\pm2,52$) hem işçi ya da memur olarak çalışanlar hastalardan ($ort=5,36\pm1,94$), hem de emeklilerden ($ort=5,41\pm2,20$) istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farkla ($p<,001$) yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5).
- Hastaların sosyal güvenceye sahip olup olmamasının gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark oluşturduğu ($p<,01$) ve sosyal güvencesi olmayanların puan ortalamasının ($ort=8,35\pm3,23$) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5)
- Hastaların gelir düzeylerine göre yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın hiçbir geliri olmadığını ifade edenlerin ($ort=8,11\pm2,30$) diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 5).
- Hastaların daha önce hastanede yatmış olması, ailesinde ya da yakın çevresinde koroner anjiyografi/stent işlemi olan kişi varlığı, işlem hakkında bilgi almış olma durumları ve işlem hakkında eğitim ihtiyacı hissedip hissetmemelerinin ÖKÖ puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>,05$)(Tablo 6).
- Çalışmaya katılan hastalardan daha önce ameliyat olanların ($ort=6,78\pm2,60$), ailesinde ya da çevresinde kalp rahatsızlığı olanların ($ort=6,52\pm2,59$), işlem öncesinde kendisini endişeli hissedenenlerin ($ort=7,41\pm2,60$), işlem öncesinde eğitim almanın endişelerini azaltacağını düşünenlerin ($ort=6,48\pm2,53$) ve anjio işlemini bir ameliyat olarak görenlerin ($ort=6,63\pm2,61$) diğer gruplardan ÖKÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklarla yüksek bulunmuştur ($p<,05$; $p<,01$; $p<,001$) (Tablo 6).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- MI tanısıyla yatan hastaların yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmesi,
- Sağlık profesyonellerine ölüm kaygısı yaşayan hastaya yaklaşım konusunda periyodik olarak eğitimler verilmesi,
- Daha büyük örneklem grubu ile benzer çalışmaların yapılması,
- Yapılan nicel araştırmaların nitel araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Benevicius, R. "Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients", *Depression Anxiety*, 2007, 24; 455-460.
2. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S ve ark. Olmaz "Hastanede yatan kalp hastalarında depresif belirtilerin bazı değişiklikler yönünden incelenmesi", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2009, 12; 90-98.
3. Onat A, Keleş İ, Başar Ö, Yıldırım B, Erer B, Ceyhan K, Eryonucu B, Sansoy V. "Prevalence of coronary mortality and morbidity in the Turkish adult risk factor study: 10 year follow-up suggest coronary "Epidemic". *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 2001, 29: 8-19.
4. Aksoy L, Küpeli S, Kasım AB, Kuşkonmaz B, Kartal U, Öziş E, Yıldız N, Bilir N. "Prevalance of Coronary Heart Disease Risk Factors Among Women in Köstence", *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2002, 32; 403-407.
5. Sakin T. *Cerrahpaşa tıp fakültesinde oluşturulan populusyondakardiyovasküler risk faktörlerinin araştırılması, demografik özellikler ve psikososyal etkilerin değerlendirilmesi* (Tez), İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2007.
6. World Health Report Reducing Risk, Promoting Healthy Life, Geneva, 2002: 2-19.
7. Türk Kardiyoloji Derneği, "Akut Miyokard İnfaktüsü Tedavi Klavuzu", 2011. [Http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm](http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm), Erişim Tar. 15.12.2018.
8. Tomer A, Eliason, G. "Toward a comprehensive model of death anxiety", *Death Studies*, 1996, 20; 343-365.
9. Kayahan M, Sertbaş G. "Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki", *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007; 8: 52-61.
10. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Roche İlaç Sanayi A.S, İstanbul 1993.

11. Kocaman N. “Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8(3); 107-118.
12. Kocataş ZS. *Akut miyokard infarktüs geçiren hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliği* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2000.
13. Kulan K. “Akut Miyokard İnfarktüsü”, 2 Ocak 2007, <http://www.saglikonline.net/konuac.asp?konu=13>, Erişim tarihi: 22.10.2018.
14. Onat A. “Risk factor sabdcardio vascular disease in Tutku”, *Atherosclerosis*, 2001, 156; 1-10.
15. Yıldız H, Pınar R. “Miyokard İnfarktüsü hastalarda cinsel disfonksiyon-orjinal araştırma”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2004, 4; 309-317.
16. Heper C. *Multidisipliner Kardiyoloji*, Birinci Baskı , Bursa, Nobel-Güneş Yayınevi, 2002: 464-470.
17. Duran, E. Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. 15 Aralık 2006, http://trakya.edu.tr/Fakülte/tipfak/kdc/Hasta_Bilgilendirme_kitabi.pdf 22.10.2018.
18. Kannel WB, D'Agostino RP, SullivanL, Wilson PWF. “Conceptandusefulness of cardiovascular risk profiles“, *American Heart Journal*, 2004, 148; 16-26.
19. Johnston DW. “Life style changesafter a myocardial infarction”, *Heart*, 1999, 82; 543-544.
20. Gök H. *Klinik Kardiyoloji*, Geliştirilmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2002: 273-275.
21. Heper C, Heper Y, Mogol E. *Kardiyoloji*, İkinci baskı , İstanbul, Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd Şti, 2000: 281-308.
22. Tokem Y, Bahar Z, Özcan A. “Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisi”, 7. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Atatürk Üniversitesi HYO, Erzurum 22-24 Haziran 1999.

- 23.Crawford MH, DiMarco JP. Cardiology, Birinci baskı , London, Mosby International limited, 2001: 12.
- 24.Antman EM, Hand M, Armstrong PW. “Focused Uptade of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial İnfarktïon .Areport of the American Collage of Cardiology/American Heart Associactïon Task Force on Practice Guidelines”, *Journal of American College of Cardiology*, 2008, 51(2); 210-247.
- 25.Purcell H, Daly C, Petersen S. *Kardiyovasküler hastalıklar ve epidemiyoloji*, Birinci baskı, İstanbul, İstanbul Tıp kitapevi, 2009: 1-11.
- 26.Sağlık Bakanlığı, Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, Risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı, Ankara, 2008, 8-11.
- 27.Onat A, Karabulut A, Esen AM, Uyarel H, Özhan H, Albayrak S, Keleş İ, Sansoy. “TEKHARF çalışması 2005 taramasına ilişkin mortalite ve koroner olay analizi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2006, 34(3); 149-153.
- 28.Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQuenn M, Budan A, Pais P, Varigos J, Lisheng L. “Effect of potentially modifiable risk factors assoreciated with myocardial infarction in 52 countries case-controlstudy”, *Lancet*, 2004, 364; 937-952.
- 29.Vural M, Başar E. “Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi?”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2006, 4; 309-317.
- 30.Özer CZ .*Miyokard infarktüs geciren bireylerde Mccorkle ve Young’ın semptomlardan rahatsızlık duyma ölçeği ve Ferrans ve Powers’in yaşam kalitesi ölçeği’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması*(Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006.
- 31.Özkan S.Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Üçüncü baskı, İstanbul, Roche Yayınları, 1993:103-108.

- 32.Özer CZ, Şenuzun F, Tokem Y, “Miyokard enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2009, 37(8); 557-562.
- 33.Zuidersma M, Conradi HJ, Melle JPV, Ormel J, Jonge P. “Self-reported depressive symptoms, diagnosed clinical depression and cardiac morbidity and mortality after myocardial infarction, *Int J Cardiol* , 2013, 167(6); 2775-2780.
- 34.Braunwald E, Zipes DP, Libby P. *HeartDisease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 6th edition, Philadelphia, W. B. SaundersCompany, 2001: 317-321.
- 35.Alpman A, Oral D, İlçin G, Biberoglu K. *Akut Miyokard Infarktusu*, İkinci baskı Ankara, editör, 2003:474-495.
- 36.Özdemir B, Cordan J. *İçinde Akut Miyokard İnfarktüsü*, Kardiyoloji .Bursa:Uludağ Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı;2005:295-304.
- 37.Mert H. *Akut Miyokard İnfarktüsü*, birinci baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, 2007:234-240.
- 38.Komsuoğlu B. *Klinik Kardiyoloji*, Birinci baskı, İstanbul, Nobel Tıp kitap evleri Ltd şti, 2004: 543-547.
- 39.Şafak C. *Miyokardinfarktüsü geçiren hastalar da A tipi davranış biçimi, stres verici yaşam olayları ve öfkenin araştırılması*(Tez), Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, 1996.
- 40,Woods SL, SivarajanFroelicher E., Underhill M, Bridges EJ. *Cardiac Nursing*. Fifth Edition, Philadelphia, Lippincot Williams&Wilkins, 2005: 738-754.
- 41.Ignatavicius DD, Workman ML. *Medical-Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Car.*, Fifth Edition, St. Louise, Elsevier Saunders, 2006: 841-865.
- 42.Murphy JG, Lloyd MA. *Mayo Clinic Cardiology Concise Textbook*, Üçüncü baskı, İstanbul, Güneş kitapevleri, 2008: 100-105.
- 43,Christian WH, Diego A, Eric B, Andrzej B, Francisco FA, Keith AAF, David H, Ohman EM, Lars W, William W. “ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Avrupa Kardiyoloji Derneği ST Segment

- Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar Tanı ve Tedavi Görev Grubu” ,
European Heart Journal, 2007, 28; 1598-1660.
- 44.Fox K F. *Kardiyovasküler risk faktörleri*, Birinci baskı, İstanbul , İstanbul Tıp Kitapevi; 2009:22-32.
- 45.Uysal H. *İlk Kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Bireysel Danışmanlığın Fonksiyonel Durum ve Yaşam Üzerine Etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi; 2009.
46. Badır A, Korkmaz FD. *Koroner Arter Hastalıkları*, Birinci baskı, Adana, Nobel Kitabevi, 2010: 499-513.
- 47.Enar R. *Kanıtı dayalı Akut Miyokard İnfarktüsü Kitabı*. Birinci baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2005: 768-775
- 48.Enar R. *Akut Miyokard infarktüsü teşhis ve tedavi klavuzu*. Birinci baskı, İstanbul, Nobel tıp kitapevleri, 2006: 139-144.
- 49.Werf F V, Ardissino C D, Betriu A, Cokkinos D V, Falk E, Fox K A A, Julian D, Lengyel M, Neumann F J, Ruzyll W, Verheugt F W A., Wijns W. ESC. Çalışma grubu raporu, ST-segment yükselmesi olan hastalarda akut miyokard infarktüsünün tedavisi. Akut Miyokard İnfarktüsünün yönetiminde (tedavisinde) Avrupa Kalp Birliği'nin geçici işbirliği. Thetaskforce on themanagement of acutemyocardialinfarction of theEuropeanSociety of Cardiology.France. 2003,www.escardio.org Erişim tarihi: 12.12.2018.
- 50.Ruseve A. “Laboratory diagnosis of acutemyocardial infarction”, *Trakia Journal of Sciences*, 2005, 3(1); 8-14.
- 51.Akdemir N, Birol L. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*, Birinci baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı SANERC, 2003, 2:433-445.
- 52.Alpert JS, Rippe JM. *Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavisi El Kitabı*. Birinci Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2003: 215-248.

- 53.Griffiths CA. “The theories, mechanisms, benefits, and practical deliert of psychosocial educational interventios for people with mental health disorders”, *Internetal Journal of Psychosocial Rehabilitations*, 2006, 11; 21-28.
- 54.Walsh J. “Psycho education in mental health”, *Viriginia Common Wealth University*, 2010; 3-8.
- 55.Türk Kardiyoloji Derneği, “Akut Miyokard İnfarktüsünde Trombolitik Tedavi”, 2009. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07/33439.htm?wbnum=1353> Erişim tarihi: 12.12.2018.
- 56.Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P. “Effects of exercise training on older paients with major depression”, *Arch Intern Med*, 1999, 159; 2349-2356.
- 57.Pennix BW, Guraling JM, Mendes de Leon CF, Pahor M, Visser M, Corti MC. “ Cardio vascular event sand mortality in new lyand choronically depressed persons>70 years of age”, *Am J Cardiol*, 1998, 81; 988-994.
- 58.Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Üçüncü baskı, İstanbul, Roche Yayınları, 1993:283-291.
- 59.Cooper J, Barnett M. “Aspect of Caring Dying Patients Which Cause Anxiety to First Year Student Nurses”, *International Journal of Palliative Nursing*, 2005, 11(8); 423-430.
- 60.Kelling AW, Dennison PD. “Nurse-initiatedtele phone folow-up after acute myocardial infarction: a pilot study”, *Heart And Lung*, 1995, 24 (1); 45-49.
- 61.Rothenbacher D, Hahmann H, Wüsten B. “Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogeneticlinks”, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2007, 14; 547-54.
- 62.Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD. “Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease”, *J Cardio pulm Rehabil Prev*, 2007, 27; 86-91.

- 63.Kalaoğlu ÖZ. *Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010.
- 64.Lesperance F, Fransure-Smith N, Talajic M. “Depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences”, *Psychosom Med*, 1996, 58: 99-110.
- 65.Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Mandersheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. “The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services”, *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50; 855-894.
- 66.Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RC, Tan CH. “Depression and chronic medical illnesses in asian older adults: the role of objective health and functional status”, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007, 22: 44-50.
- 67.Rao M. “Depression in the medically ill”, *Prim Psychiatry*, 2008, 15; 44-50.
- 68.Dirik G, Şahin G. “Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi”, *U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Derg*, 2008, 9(15); 249-266.
- 69.Ançel G. *Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Birinci baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, 2007: 59-66.
- 70.Sabuncu N, Alpar EŞ, Özdiilli K. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*, Ankara, Alter Yayıncılık, 2008: 101-106.
- 71.Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. “Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease”, *The Normative Aging Study*, 1994, 90; 2225-2229.
- 72.Kelleci M. “Fiziksel hastalıklarla birlikte depresyonu olan hastaların hemşirelik bakımı”, *İ.Ü.F.NHemşDerg*, 2007, 15(58); 58-60.
- 73.Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle. “The nature and course of depression following myocardial infarction”, *Arch Intern Med*, 1989, 149: 1785-1789.

- 74.Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. “Depression following myocardial infarction. Impact on 6 month survival”, *JAMA*, 1993, 270; 1819-1825.
- 75.Carney RM, Freedland KE, Miller GE. “Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanisms”, *J Psychosom Res*, 2002, 53; 897-902.
- 76.Shapiro PA. *Kardiyovasküler Bozukluklar*, Birinci baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2007: 99-107.
- 77.Jiang W, Krishnan RR, O'Connor CM. “Depression and heart disease: Evidence of a link, and its therapeutic implications”, *CNS Drugs*, 2002, 16: 111-27.
- 78.Khan MG, Topol EC. *Akut Miyokard İnfarktüsü*, Birinci baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık, 2002: 1-61.
- 79.Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Hong A. “Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac event sand increased health care consumption after myocardial infarction”, *Journal of Amerikan College of Cardiology*, 2003, 42; 1801-1807.
- 80.Jung GC. *Ruh ve Ölüm*, 3. Baskı, İstanbul, Payel Yayınevi, 1997, 68-72
- 81.Tanhan F. *Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Doktora Tezi; 2007.
- 82.Tanhan F. Arı F. “Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri”, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006; 34-43.
- 83.Yazıcı R. *Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ve bunun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin araştırılması* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilimdalı, Yüksek Lisans Tezi; 1994.
- 84.Erdoğdu YM, Özkan M. “Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 14(3); 171-179.

- 85.Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karahmetoğlu G, Esen D. “Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2011, 1(2); 67-79.
- 86.Koç M. Yaşlılık döneminde ölüm ötesi psikolojisi üzerine bir alan araştırması. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2004,8(1), 203-228.
87. Çam O, Engin E. Ruh Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, Birinci baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014: 625-637.
- 88.Mert H, Akbayrak N, İlhan SE, Albayrak A, Ançel G. Akut *Miyokard İnfarktüsü Hemşirelik Bakım Planları*. Birinci baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, 2007: 234-240.
- 89.Alpert JS, Rippe JM. *Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavisi El Kitabı*, Birinci Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2003: 215-248.
- 90.Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P. “Effects of exercise training on older patients with major depression”, *Arch Intern Med* , 1999, 159; 2349-56.
- 91.Carpenito-Moyet LJ. *Handbook of Nursing diagnosis*, Birinci baskı, Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 2008: 412-417.
- 92.Yalom ID. *Existential psychotherapy*, 3. Baskı, New York, Basic Books, 1980: 153-159.
- 93.Taka F. *Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi (Tez)*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- 94.Smith LM, Kasser TC. “Mortality Salience Increases Defensive Distancing From People With Terminal Cancer”, *Death studies*, 2014, 38(1); 44-53.
- 95.Chuin CL, Choo YC. “Age, gender and religiosity as related to death anxiety”, *Sunway Academic Journal*, 2010, 6; 1-16.
- 96.Kastenbaum R. *Death anxiety*, İkinci baskı, Arizona State University, TempeAZ, 2007: 134-138.

- 97.Suhail K, Akram S. "Correlates of death anxiety in Pakistan", *Death Studies*, 2002, 26; 39-50.
- 98.Neimeyer RA. "The three hypothesis: A conceptual and empirical defense" *Death Studies*, 1986, 10; 177-190.
- 99.Abdel-Khalek AM. "Death anxiety in clinical and non-clinical groups", *Death Studies*, 2005, 29; 251-259.
- 100.Madnawat AVS, Kachhawa PS. "Age, gender, and living circumstances: discrimination in older adults on death anxiety", *Death Studies*, 2007, 31; 763-769.
- 101.Öngider N, Özışık ES. "Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması", *Klinik Psikiyatri*, 2012,16; 34-46.
- 102.Robinson PJ, Wood K. *Fear of death and physical illness*. Third Edition, Washington, F. Epton & R. A, 1984:127-142.
- 103.Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. "Death anxiety in Malaysian and Australian university students", *Journal of Social Psychology*, 1988, 12; 41-47.
- 104.Cicirelli VG. "Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death", *Death Studies*, 2001, 25; 663-683.
- 105.Cohen AB, Hall DE. "Existential beliefs, social satisfaction, and well being among Catholic, Jewish and Protestant older adults", *International Journal for the Psychology of Religion*, 2009, 19; 39-54.
- 106.Edmondson D, Park CL, Chao SR, Wortmann J. "Death without God", *Psychological Science*, 2008, 19; 754-758.
- 107.Rasmussen CH, Johnson ME. "Spirituality and religiosity: Relative relationship to death anxiety", *Journal of Death and Dying*, 1994, 29; 313-318.
- 108.Ellis L, & Wahab E A. "Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature", *Review of Religious Research*, 2013, 55; 149-189.

- 109.Cicirelli VG. "God as the ultimate attachment figure for older adult", *Attachmentand Human Development*, 2004, 6; 371-388.
- 110.Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. "Ölüm ve ölüm kaygısı", *Archives Medical Review Journal*, 2012, 21(1); 42-79.
- 111.İnci F, Öz F. "Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009, 10; 253- 260.
- 112.LaRosa JH, LaRosa, JC. "Enhancing drug compliance in Lipid-Lowering Treatment", *Arch fam Med*, 2000, 9; 1169-1175.
113. Kocaman N. "Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8(3); 107-118.
114. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1); 105-111.
115. Mert H. *Hemşirelik bakım planları*, Ankara, Alter Kitapevi, 2007: 233- 240.
116. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's TextBook of Medical Surgical Nursing*, Twelfth edition, Philadelphia, Wolters Kluwer Health, 2010: 756-777.
117. Alaca Ç. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi*(Tez). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
118. Robinson L. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rolü. III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, İstanbul, 2-5 Kasım 1994, 73-80.
119. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. "Ölüm karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009, 2; 28- 43.
120. Işık M. Genel ve Teknik İletişim, Eğitim Akademi Yayınevi, Konya, 2008: 45- 49.

- 121.Özçakır A. Aile Doktorları için Kurs Notları, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 2004.
122. Otuzoğlu M. *Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Entübe Hastalarla İletişimde Resimli İletişim Materyalinin Etkinliğinin Belirlenmesi*(2009).Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- 123.Templer DI, Ruff CF. “Death Anxiety Scale Means, Standart Deviation and Embedding”, *Psychol Rep*, 1971, 29; 173-174.
124. Akdemir N.B. *Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi* (Tez), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
125. Çınar Ş, Khorshid L. Yoğun bakım hastasında terapötik dokunma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2003, 7(1); 15-18.
- 126.Ünsal S. *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- 127.Havva K, Hülya U, Gülşen U, Derya E.“Yaşlılarda Ölüm Kaygısını Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2011, 1-2; 67-79.
128. Özbayır T, Demir F. “Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6(1): 14-23.
- 129,Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. “Açık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi ile İlişkinin İncelenmesi”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4; 1-8.
- 130.McLennan J, Akande A, Bates GW. “Deathanxiety and deathdenial: Nigerian and Australianstudents' metaphors of personaldeath”, *J Psychol*, 1993, 127; 399-407.
- 131.Şenol C. *Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular*(Tez). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 1989.

- 132.Özen D. *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- 133.Singh, A.; Singh, D. ve Nizamie, S. H. Death and Dying. Mental Health, 2003 Reviews. <http://www.psyplexus.com/excl/death.html> Erişim tarihi:12.12.2018.
- 134.Fortner BV, Niemeyer RA. “Death anxiety in older adults: A quantitative review”, *Death Studies*, 1999,23: 387-411.
- 135.Neimeyer RA, Van Brunt D. *Death anxiety*, 4. Baskı, Philadelphia, Taylor - Francis, 1995, 3: 49-88.
- 136.Yıldız M. *Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, 1998.
- 137.Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. “Perinatal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi”, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011,7;11-16.
- 138.Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. “Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011, 12; 37-43.

EKLER

EK-1: ANKET FORMU

1. Cinsiyetinizi belirtiniz? ()Kadın () Erkek
2. Kaç yaşındasınız?.....
3. Eğitim durumunuz nedir?
()Okur yazar ()Okuyar değil () İlk öğrenim ()Orta öğrenim ()Yüksek öğrenim
3. Medeni durumunuz nedir? ()Bekar ()Evli
4. Çocuğunuz var mı?()Evet (sayısını belirtiniz.....) ()Hayır
5. Çalışma durumunuzu belirtiniz?()Emekli () Memur () İşçi () Ev hanımı
6. Sosyal Güvenceniz var mı?()Var ()Yok
7. Aylık gelirinizi belirtiniz?.....
8. Kiminle Birlikte yaşıyorsunuz?()Yalnız ()Anne-Baba ()Eş/Cocukları ()Diğer.....
9. Herhangi bir nedenden dolayı daha önce hastanede yattınız mı? () Evet ()Hayır
10. Herhangi bir nedenden dolayı daha önce ameliyat oldunuz mu? () Evet ()Hayır
11. Aile/yakın çevrenizde kalp hastalığı olan var mı? () Evet (Yakınlık dereceniz nedir?.....). () Hayır
12. Aile/yakın çevrenizde Koroner Anjiyografi/Stent işlemi olan var mı?() Evet ()Hayır
13. Koroner Anjiyografi/Stent işlemi hakkında bilgi aldınız mı? ()Evet (Hangi kaynaktan aldınız?.....) () Hayır
14. Koroner Anjiyografi/Stent işlemi hakkında eğitim ihtiyacımız var mı? () Evet ()Hayır
15. Koroner Anjiyografi/Stent işlemi hakkında bilgi almak ister misiniz? ()Evet () Hayır
Cevabınız evet ise Koroner Anjiyografi/Stent işlemi hakkında nasıl bilgi almak istersiniz?
()Sözel ()Yazılı ()Görsel
16. Koroner Anjiyografi/Stent işlemi hakkında hangi konuda eğitim/açıklama yapılmasını istermisiniz?
()Koroner Anjiyografi/Stent nedir? ()Koroner Anjiyografi/Stent nasıl yapılır?
()İşlem sırasında istenmeyen olaylar olabilir mi, risk nedir? ()Diğer?.....
()Koroner Anjiyografinin yerini tutabilecek alternatif tetkik yöntemleri mevcuttur?
17. Koroner Anjiyografi/Stent işlemi öncesinde kendinizi endişeli hissediyor musunuz?
() Evet ()Hayır
Cevabınız evet ise endişe nedeniniz nedir? () İşlem sonrası hastalık bulunması () Ölüm korkusu
() Ağrı/acı duyma ()Kalbe/vücuda zarar gelebilmesi
18. Koroner Anjiyografi/Stent işlemi öncesi eğitim ile endişe düzeyiniz azalır mı? () Evet () Hayır
19. Sizce anjio bir ameliyat mıdır? () Evet () Hayır

EK-2: ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

	Evet	Hayır
1.Ölmekten çok korkuyorum		
2.Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.		
3.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.		
4.Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kıs olduğunu düşünürüm		
5.Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.		
6.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.		
7.Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.		
8.Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.		
9.Acı çekerek ölmekten korkarım		
10.Ölmekten hiç korkmuyorum.		
11.Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.		
12.Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.		
13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez		
14.Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz		
15.Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.		

EK-3:ETİK KURUL İZİNİ

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 02.08.2017

Toplantı Sayısı: 86

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye) (Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñç Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

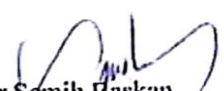
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 02.08.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

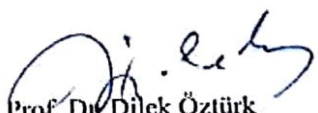
Karar 5. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-İlemlilik programından **Mustafa ŞAFAK**'ın "Miyokard İnfarktüsi Geçiren Hastaların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

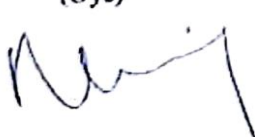


Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)

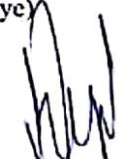


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)


Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye) (Katılmadı)




Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñç Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.okan.edu.tr> adresinden 706996ae-5769-4583-8776-780a3cc30c7e kodu ile erisebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4: KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 71211201-604.02
Konu : Mustafa ŞAFAK'ın Araştırma İzni
Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Mustafa ŞAFAK'ın 05/12/2017 tarihli dilekçesi.

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Mustafa ŞAFAK'ın "*Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi*" konulu yüksek lisans tezi kapsamında; İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ilgili hasta grubu üzerinde anket çalışması yapması ile ilgili yapmış olduğu başvuru değerlendirilmiş olup, söz konusu araştırma konusundaki çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esası, kişisel veriler ve özel hayatın korunması ile yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi ilkelerine dikkat edilmesi kaydıyla yapılması uygun görülmüştür.

Adı geçenin araştırma onay yazısı ile birlikte bahsi geçen sağlık tesisinin Eğitim ve Ar-Ge Birimine başvurması hususunda;
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

DAĞITIM:

Sayın Mustafa ŞAFAK (İstasyon Mah. Bezirganbahçe Toki Konutları B-30 D:26
Küçükçekmece-İSTANBUL)
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-6 Eğitim ve Ar-Ge Birimi Zafer Mah.Çınar Sok. Adapark
Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL
Biyolog Bilal ALEGÖZ İletişim: 0212 454 61 00 - 6318 Fax: 0212 454 61 61

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 99b5456e-791b-4a34-b6a8-57b7a8b5f6bd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı -Soyadı	Mustafa ŞAFAK	
Doğum Yeri	Kütahya	Doğum Tarihi: 24/11/1991
Uyruğu	T.C	Telefon: 507 204 87 17
E-mail: mustafa.safak43@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010
Lise	Kazım Karabekir Anadolu Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Mehmet Akif Ersoy Kalp Damar Cerrahisi ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi	2015.....
Hemşire	Acıbadem Atakent Hastanesi	2014-2015

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta	

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word, Microsoft Excel.

Yayınları/Tebliğleri/Sertifikaları/Ödülleri: İleri seviye CPR eğitimi

Özel İlgi Alanları: Müzik dinlemek, seyahat etmek, kitap okumak, masa tenisi oynamak.

