T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZİ

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İYİLİK HALİ ÜZERİNE ETKİSİ

EBRAR AKYILDIZ

DANIŞMAN
PROF. DR. HATİCE KAYA

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMIN ADI

İSTANBUL-2022

İTHAF

"Tüm hayatım boyunca yanımda olan aileme ithaf ediyorum."

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecinde bana rol ve modeli olan bilgi ve tecrübeleri ile bana rehberlik eden değerli danışmanım *Prof. Dr. Hatice KAYA*'ya,

Lisansüstü eğitimim süresinde bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz ve Dr. Öğretim Üyesi Aylin Özakgül hocalarıma,

İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda çalışan değerli meslektaşlarıma,

Eğitim öğretim hayatım süresince hep yanımda olan, her daim fedakarlığını hissettiğim annem *Aysel Akyıldız* ve babam *Abdulkerim Akyıldız'a,* her zaman bana destek olan kardeşim *Rüveyda Akyıldız'a,*

Bu süreçte her an yanımda olduğunu hissettiğim sevgili arkadaşım *Esat İndibay'a*,

Ve bana destek olan arkadaşım *Yasemin Kıyak'a* teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İXX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Miyokard Enfarktüsü 4
2.1.1. Miyokard Enfarktüsü Tanımı 4
2.1.2. Miyokard Enfarktüsü Epidemiyolojisi 4
2.1.3. Miyokard Enfarktüsü Risk Faktörleri 5
2.2. Miyokard Enfarktüsü ve Hemşirelik Bakımı 7
2.2.1. Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Modeli ve Miyokard Enfarktüsü 7
2.2.1.1. Yaşam Süresi 8
2.2.1.2 Yaşam Aktiviteleri 8
2.2.1.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler 13
2.2.1.4. Bağımlılık- Bağımsızlık Dizgesi 14
2.2.1.5. Yaşamda Bireysellik 14
2.2.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireyin Hemşirelik Bakımı 14
2.2.2.1. Tanılama 15
2.2.2.2. Hemşirelik Tanısı, Planlama ve Uygulama 15
2.2.2.3. Değerlendirme 23
2.3. Sosyal Destek 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25

3.1. Araştırmanın Türü……25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih……25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……..25
3.4. Veri Toplama Araçlar……..26
3.4.1. Hasta Bilgi Formu ……26
3.4.2. MIDAS Ölçeği ……26
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği …….26
3.5. Araştırmanın Uygulanması ……27
3.6. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri ……27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları……27
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi……28
4. BULGULAR..... 29
4.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular……30
4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin MIDAS Ölçeği ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular……31
4.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre İlişkin Bulgular……32
4.4. Bireylerin MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular ……44
5. TARTIŞMA 45
5.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Ilişkin Bulguların Tartışılması……46
5.2. Bireylerin MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Ilişkin Bulguların Tartışılması……..……..47
5.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına Ilişkin Bulguların Tartışılması…...48
5.4. MIDAS ve ÇBASD Ölçek Puanları Arasındaki Ilişkinin Tartışılması…….50
SONUÇ VE ÖNERİLER ……..53
KAYNAKLAR 55
FORMLAR 70

ETİK KURUL KARARI..... 74
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI..... 78
ÖZGEÇMİŞ..... 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (N=138) ……..30
Tablo 4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin MIDAS Ölçeği ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi (N=138)…….…….…….……..31
Tablo 4.3. Bireylerin ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlar (N=138)……..32
Tablo 4.4. Bireylerin Cinsiyetlerine Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)……32
Tablo 4.5. Bireylerin Yaşına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)……33
Tablo 4.6. Bireylerin Medeni Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138) ……..34
Tablo 4.7. Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)……35
Tablo 4.8. Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)) ……..36
Tablo 4.9. Bireylerin Ekonomik Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)……37
Tablo 4.10. Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)……38
Tablo 4.11. Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)…….39
Tablo 4.12. Bireylerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)…….40
Tablo 4.13. Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)) …….41
Tablo 4.14. Bireylerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)…….42
Tablo 4.15. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine göre ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)……..43
Tablo 4.16 MIDAS ve ÇBASD ölçek puanları arasındaki ilişki (N=138)……...44

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AHA : Amerikan Kalp Derneği
BKİ : Beden Kitle İndeksi
ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DM : Diabetes Mellitus
EKG : Elektrokardiyografi
HDL : Yüksek Dansiteli Lipoprotein
LDL : Düşük Dansiteli Lipoprotein
MI : Miyokard Enfarktüsü
MIDAS : Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği
NANDA-I : North America Nursing Diagnosis Association- International
TEKHARF : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TKD : Türk Kardiyoloji Derneği
VF : Ventriküler Fibrilasyon
VT : Ventriküler Taşikardi
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Akyıldız, E. (2022). Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Algilanan Sosyal Desteğin İyilik Hali Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, Miyokard İnfarktüsü geçirmiş bireylerde algılanan sosyal desteğin iyilik hali üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlandı.

Araştırmanın evrenini, Aralık 2019- Mayıs 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servisinde yatan hastalar, örneklemini ise araştırmaya katılmaya istekli olan 138 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında; Hasta Bilgi Formu, Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı.

Araştırmaya katılan bireylerin %55,8'i erkek, yaş ortalamaları ise 59,08±8,2' idi. Bireylerin MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel aktivite puan ortalamasının 71,06±13,71, güvensizlik puan ortalamasının 76,43±15,99, duygusal tepki puan ortalamasının 65,85±19,36, bağımlılık puan ortalamasının 60,14±16,99, beslenme puan ortalamasının 67,33±15,44, ilaç hakkında endişeler puan ortalamasının 82,34±21,82, ilaç yan etkileri puan ortalamasının 95,38±9,32 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının ise 65,76±9,34 olduğu görüldü. Bireylerin ÇBASDÖ'nden aldıkları puanlar ile MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki ve bağımlılık düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Sonuç olarak, miyokard infarktüsü geçiren bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi yükseldikçe iyilik halinin de yükseldiği görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi adına danışmanlık hizmetlerinin artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, miyokard enfarktüsü, algılanan sosyal destek

ABSTRACT

Akyıldız, E. (2022). Effect Of Social Support On Well-Being in Individuals With Myocardial Infarction. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Fundamentals of Nurssng. Master's Thesis. İstanbul.

This research has been conducted as descriptive and relation seeking type in order to determine the effect of perceived social support in individuals with myocardial infarction on wellbeing.

Population of the research has been consisted by the patients hospitalized in a cardiology service of a research hospital between December 2019 and May 2020, and sample of the research has been consisted by the patients who were eager to participate the survey.

While collecting data, Patient Information Form, Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) and Multidimensional Perceived Social Support Scale was used. 55,8% of the individuals participating in the study were male, and their mean age was 59,08±8,2. When the mean scores of the individuals from the sub-dimensions of the MIDAS scale are investigated; following scores have been observed: Physical activity mean score is 71,06±13,71, Insecurity mean score is 76,43±15,99, Emotional reaction mean score is 65,85±19,36, Addiction mean score is 60,14±16,99, Nutrition mean score is 67,33±15,44, Concerns about medication mean score is82,34±21,82, Medications side effects mean score is 95,38±9,32 and MPSS mean total score is 65,76±9,34.

When the relationship is examined between the scores individuals received from the MPSS and the sub-dimensions mean scores of the MIDAS scale, it was determined that there is a positive significant relationship between the mean scores of physical activity, insecurity, emotional response, and addiction ($p<0,05$). In line with these results, it can be suggested to increase consultancy services in order to strengthen social support systems.

Keywords: Nursing, myocardial infarction, perceived social support

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri kardiyovasküler hastalıklardır (Dural ve Sarıtaş, 2017). Yaş, obezite, sigara tüketimi, diyabet, hipertansiyon, genetik faktörler ve stres kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturmaktadır. (Fehr ve ark, 2018). Ülkemizdeki hızlı kentleşme ve hızlı endüstrileşmenin sonucunda artan sigara tüketimi, hayvansal yağ içerikli beslenme, sedanter yaşam, kalp hastalıklarından kaynaklanan ölümlerde artışa neden olmuştur (Çam ve Nehir, 2011; Dural ve Çıtlık Sarıtaş, 2017). Ülkemiz Avrupa ülkeleri içerisinde değerlendirildiğinde genç yaş grubunda en yüksek kalp hastalıkları oranına sahiptir (Çam ve Nehir, 2011). Son zamanlarda yapılan araştırmalar depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozuklukların da kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğunu göstermiştir (Peterson ve ark, 2007; Fehr ve ark, 2018; Saelee ve ark, 2019).

2012 yılında dünya genelinde meydana gelen ölümlerin %31'ini; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ise 2016 yılındaki ölümlerin %44'ünü kardiyovasküler hastalıklar oluşturmuştur (Huriani, 2019; WHO, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre 2015 yılında ülkemizde meydana gelen ölümlerin %40,3'ü kardiyovasküler hastalık kaynaklıdır (Dural ve Çıtlık Sarıtaş, 2017). "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasında ülkemizde yaklaşık olarak yılda 230 bin yeni koroner olayın gerçekleştiği gösterilmiştir (Akçay Fırat ve Dedeli, 2016).

Mortaliteye yol açan kardiyovasküler hastalıkların başında koroner arter hastalığı gelir. Koroner arter hastalığı miyokard enfarktüsüne (MI) yol açar (Kang, 2017). MI kalbin uzun süreli iskemi ve hipoksisine bağlı olarak kardiyak kasın belirli bir bölümünün ölmesi durumudur (Yöntem, 2017; Kumar ve Nayak, 2017).

Miyokard enfarktüsü, bireylerin fiziksel ve psikolojik durumlarında ani değişimler meydana getirmektedir (Öz, 2009; Doğu, 2017). MI geçirmiş bireylerde, bireylerin yaşam amaçlarını, iş yaşamlarını etkileyen fiziksel ya da psikososyal sekeller olabilir, bireyler kendilerini yetersiz hissedebilir. Bu durum bireylerin yaşam kalitelerini azaltır. MI sonrası yürüme, koşma, merdiven çıkma gibi fiziksel aktivitelerde sınırlama meydana gelir. Fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede yaşanan zorluk günlük yaşam aktivitelerini etkilediği için yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Akçay Fırat ve Dedeli, 2016; Almamari ve ark, 2019).

Miyokard enfarktüsü, geçiren bireyler sahip oldukları kalp hastalığı nedeniyle kaygılı, umutsuz bir ruh hali içinde olurlar ve endişe, stres, ölüm korkusu, sosyal izolasyon, depresyon gibi psikososyal sorunlar yaşayabilirler (Öz, 2009; Çam ve Nehir, 2011; Almamari ve ark, 2019). Bu tür duygular yaşayan bireylerde otonom sinir sistemi etkilenir, kalpteki yüklenme miktarında artış olur, koroner damarların beslenmesi değişir; bu nedenle MI komplikasyonlarında artış görülür (Öz, 2006; Çam ve Nehir, 2011). Sir William Osler "Mental üzgünlük, şiddetli ıstırap ya da ani şokların direkt olarak anjinal göğüs ataklarını ortaya çıkarabileceğini" ifade etmiştir (Türkmen ve Çam, 2013). MI geçiren bireyler ölüm korkusu yaşarlar. Ölüm korkusu emosyonel durumda değişikliğe yol açar, bireyin yeterli ve değerli olma duygularının zarar görmesine neden olabilir (Öz, 2009; Akçay Fırat ve Dedeli, 2016). Emosyonel durumdaki değişim bireyin karar verme yeteneğini, sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilir; beslenme ve uyku alışkanlıklarında değişime yol açabilmektedir (Akçay Fırat ve Dedeli, 2016); hastalığa ve tedavisine uyumunu, yaşam kalitesini, hastalığın seyrini, mortalite ve morbidite durumunu da etkilemektedir (Öz, 2009). Yaşam kalitesini tehdit eden MI sonrası ilk bir yılda halsizlik, uyku bozukluğu, nefes darlığı, tekrarlayan MI gibi bulgular kalıcı olabilmektedir (Kang ve ark, 2018).

Miyokard enfarktüsünü takip eden süreçte yaşanan endişe, ölüm korkusu, bilinmezlikler tekrar hastaneye dönmeye neden olabilmektedir (Doğu ve ark, 2015). Stresli yaşam, yetersiz sosyal destek MI sonrası ortaya çıkabilecek uzun dönem sorunları oluşturan risk faktörleridir (Kim ve ark, 2019; Pushkarev ve ark, 2019). Sosyal desteğin stresle başa çıkma stratejisi olarak önemli bir rolü vardır. Araştırmalar yetersiz sosyal desteğin psikolojik değişiklikler, artmış kalp hızı ve kan basıncı ile ilişkisini göstermiştir. Yeterli sosyal destek ise bireylerin riskli davranışlarını ve hastalığın olumsuz etkilerini azaltabilir, tedaviye uyumu artırabilir (Kim ve ark, 2019). Bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumu, bireyin kişiliğine, psikolojik durumuna, moral yüksekliğine, umut düzeyine, tedavi uygulayan ekibe, yakınlarından gördüğü sosyal desteğe bağlı olarak değişiklik gösterir ve hastalığa ve tedaviye gösterilen uyum hastalığın seyrini etkiler (Öz, 2006; Çam ve Nehir, 2011).

Sosyal destek, bireyin diğerleriyle sosyal ağlar yoluyla ulaşabildiği destek olarak tanımlanmıştır (Kim ve ark, 2019). MI sonrası önemli bir sağlık belirleyicisi olan (Leifheit-Limson ve ark, 2012) sosyal destek, aile, arkadaş grupları, iş arkadaşları, komşular ve toplum organizasyonları tarafından sağlanır (Lindberg ve ark, 1990). Araştırmalara göre özellikle yaşlı bireylerde artan sosyal desteğin ölüm riskini azalttığı gösterilmiştir (Weiss-Faratci, 2016).

Weiss ve ark. (2016), MI geçiren bireylerde yaptığı bir araştırmada algılanan sosyal desteğin artmasıyla mortalite riskinin azalması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kang ve ark (2018), yaptığı araştırma da algılanan sosyal desteğin artması ile yaşam kalitesinin iyileşmesinin birbirlerini olumlu etkilediği gösterilmiştir. Ülkemizde bu konu ile ilişkili çok az çalışmaya rastlanmıştır. Bu bağlamda bu araştırma miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde algılanan sosyal desteğin iyilik hali üzerindeki etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard Enfarktüsü

2.1.1. Tanımı

Küresel bir sağlık sorunu olan kardiyovasküler hastalıklar dünyadaki ölüm nedenlerin başlıca sebebidir. Koroner Arter Hastalığının ilk belirtisi miyokard enfaktüsü olabilir (Thygesen ve ark, 2012).

Kalp, oksijen bakımından zengin kana ihtiyaç duyan bir organdır. Oksijenden zengin kanı kalbe aorttan ayrılan koroner arterler sağlar. Koroner arterdeki ani bir tıkanma sonucunda kalp kasının yani miyokardın oksijen ihtiyacı karşılanamaz. Koroner arterdeki tıkanmanın en önemli sebebi atar damarın en iç tabakasında kolesterol, yağ ve enflamatuar atıkların oluşturduğu ateroskleroz adı verilen darlıktır. Kalbin aterosklerozdan etkilenen bölümü kan ve oksijen yönünden yeterli beslenemez (Bulduk ve ark, 2017; Guo ve ark, 2019; Wu, 2019). Kalp dokusunun oksijen ihtiyacının karşılanamaması miyokard iskemisine yol açar (Thygesen ve ark, 2012). Ciddi ve uzun süreli iskemi, kalp dokusunun ölümüne yol açar (Thygesen ve ark, 2012; Cabello ve ark, 2016; Bulduk ve ark, 2017; Guo ve ark, 2019). Dünyada önde gelen sağlık sorunlarının başında yer alan miyokard enfarktüsü kalp kasının geri dönüşümsüz olarak ölümüdür (Thygesen ve ark, 2007).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Tüm dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni olan kardiyovasküler hastalıkların erken tanı ile tedavisi mümkün olmasına rağmen kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle her yıl yaklaşık olarak 17 milyon insan ölmektedir (WHO, 2011; Vardar Yağlı ve ark, 2015; Tenekeci ve Kara, 2016). Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu ölümlerin %44'ü 60 yaşın altındaki insanlarda meydana gelmektedir (WHO, 2011; Almamari ve ark, 2019). Kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle 2030 yılında 23,3 milyon insanın hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (Tenekeci ve Kara, 2016; Dülek ve ark, 2018).

Miyokard enfarktüsü, tüm hastaneye kabullerin %35'ini oluşturmaktadır ve dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır (Almamari ve ark, 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1,5 milyon insan miyokard enfarktüsünden etkilenmektedir (Fırat ve Dedeli, 2016). Miyokard enfarktüsü nedeniyle İngiltere'de her yıl yaklaşık 540.000 insan hayatını kaybetmektedir (Fırat ve Dedeli, 2016). Almanya'da 70-79 yaş aralığındaki erkeklerin %15'inde miyokard enfarktüsü görülürken kadınların %6'sında görülmektedir

(Ulrich ve ark, 2019). Bugün Avrupa ülkelerinde miyokard enfarktüsü nedeniyle hayatını kaybeden insan sayısı %2,9 ile %14,8 arasında değişmektedir (Ulrich ve ark, 2019).

Türk erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasına göre ülkemizde her yıl yaklaşık 230 bin kişide yeni koroner olay meydana gelmekte ve bu sebeple 66 bin erkek ile 61 bin kadının hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Fırat ve Dedeli, 2016).

2.1.3. Miyokard Enfarktüsü Risk Faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2019 yılında gerçekleşen tüm ölümlerin %32'sine kardiyovasküler hastalıklar neden olmuştur (WHO, 2021). Yaş, cinsiyet ve birinci derece akrabada geçirilmiş miyokard enfarktüsü bireyin değiştirmesinin mümkün olmadığı risk faktörleridir (Doğu, 2017; Ceylan ve ark., 2011; Bayrak ve ark, 2019). MI her yaşta görülebilir. Ancak artan yaş diğer risk faktörleri de artırır, bu nedenle yaş artıkça MI geçirme sıklığı da artar (Doğu,2017). Amerikan Kalp Derneği yayınladığı kılavuzlarda kadınlar için riskli yaş sınırını 55 olarak belirtirken erkekler için 45 yaşı riskli yaş sınırı olarak belirtmiştir (Doğu, 2017; Ceylan ve ark., 2011). Erkeklerde kadınlara göre 10 yıl daha önce MI gelişmektedir. Bunun sebebi ise östrojen hormonunun damar yapısını koruma özelliğine sahip olmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; Doğu, 2017).

Tütün ve alkol kullanımı, stres, hipertansiyon, diyabet, obezite, yetersiz fiziksel aktivite ve dislipidemi değiştirilmesi mümkün olan risk faktörleridir (Doğu, 2017; Bayrak ve ark, 2019; Kim ve ark, 2019; Yandrapalli, S ve ark, 2019; WHO, 2021). Ülkemizdeki en yaygın risk faktörü olan tütün kullanımı, kullanım süresine ve dozuna bağlı olarak koroner damarlarda vazospazma neden olarak miyokard enfarktüsüne yol açmaktadır (Oğuz ve ark, 2011; Kuyumcu, 2018). Tütün kullanımı sırasında kandaki karbon monoksit miktarı artar (Yardımcı, 2010). Kırmızı kan hücrelerinde bulunan hemoglobin, kandaki oksijen ile birleşerek vücutta bulunan dokulara oksijen taşıyan bir proteindir. Ancak karbon monoksit oksijen ile daha hızlı birleşerek dokulara ulaşan oksijen miktarını azaltır. Oksijen miktarındaki bu değişim kalbin pompalama yeteneğini azaltabilir (Yardımcı, 2010). Tütünün içerisinde bulunan nikotin sempatik sinir sitemini uyararak katekolaminlerin serbest kalmasına neden olur. Katekolaminlerdeki artış kalp hızını ve kan basıncını artırır (Yardımcı, 2010; Oğuz ve ark, 2011; Kuyumcu, 2018). Tütün kullanımının bırakılması ile kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalite riski azalmaktadır (Doğu, 2017; Kuyumcu, 2018).

Aşırı alkol tüketimi kalp kasının hasar görmesine ve kalpte ritim düzensizliklerine neden olur (SB, 2015; Doğu,2017).

Bireyin günlük hayatta yaşadığı ani kriz durumları strese yol açar (Doğu, 2017; Bayrak ve ark, 2019). Stres anında bireyin solunum hızı ve derinliği artar, kalp atımı hızlanır ve stres damarlarda vazokonstriksiyona neden olur. Damarlarda meydana gelen bu değişim ise hipertansiyona neden olur (Bayrak ve ark, 2019). Kontrol altına alınamayan hipertansiyon ateroskleroza neden olur. Kalbe giden kan ve oksijen miktarını azaltarak miyokard enfarktüsüne yol açar (Yardımcı, 2010; WHO, 2021).

Diabetes Mellitus (DM), pankreasın yeterli insülin üretememesi sonucu oluşan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır (Narjis ve ark, 2021; Ogunsakin ve ark, 2021). Tüm dünya da artan diabetes mellitusün kardiyovasküler hastalık oluşumunu hızlandıran bir etkisi vardır (Yardımcı, 2010; Işık ve ark, 2009). Bozulmuş glikoz toleransı damar yapısına zarar verir ve hipergliseminin trombosit agregasyonunu artırıcı etkisi de bilinmektedir (Işık ve ark, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi sağlık açısından risk oluşturan anormal ya da aşırı yağ birikimi olarak tanımlamıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25'in üzerinde olan bireyler fazla kilolu olarak kabul edilirken BKİ 30'un üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilir (WHO, 2020). Obezite hipertansiyon, diabetes mellitus ve dislipidemi insidansını artırması nedeniyle kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörüdür (Yardımcı, 2010; Helvacı ve ark, 2014). Bunun yanı sıra obez kişilerde yağ dokusunun fazla oluşu, kanlanma ihtiyacını artırır. Artan kanlanma ihtiyacını karşılayabilmek için total kan volümünün artması damarlardaki hacim yükünü artırır ve bu da kalbin kasılma işlevini etkiler (Helvacı ve ark, 2014).

Bir haftada 30 dakika süren beş günden daha az yapılan orta dereceli egzersizler ya da bir haftada 20 dakika süren üç ağır aktiviteden daha azını içeren egzersizler yetersiz aktivite olarak kabul edilir (Dülek ve ark, 2018). Yetersiz fiziksel aktivite obezite ile kandaki kolesterol miktarının artmasına neden olur ve bu kalp hastalıkları oluşumu için bir risk faktörüdür (Yardımcı, 2010).

Dislipidemi, kandaki total kolesterolün ve düşük dansiteli kolesterolün (LDL) yüksek, yüksek dansiteli kolesterolün düşük olması durumudur. Kanda LDL'nin yüksek olması damarlarda ateroskleroza neden olur (Çiftçi ve Rakıcıoğlu, 2019). Yaşam biçiminde meydana getirilecek değişikliklerle ve ilaç tedavisiyle kardiyovasküler hastalık riski en aza indirilebilmektedir (Yardımcı, 2010; Çiftçi ve Rakıcıoğlu, 2019).

2.2. Miyokard Enfarktüsü ve Hemşirelik Bakımı

Artan yaşam beklentisiyle birlikte miyokard enfarktüsü görülme sıkılığı da artmıştır. İlk bir saat içindeki etkili tedavi hastalığın seyrinin ölümle sonuçlanma ihtimalini azaltmaktadır (Wang ve ark, 2021; Zhang ve Yu, 2021). Bu nedenle miyokard enfarktüsü nedeniyle hastaneye gelen bireylerin hızlı tedavi ve bakım almaları önemlidir (Zhang ve Yu, 2021; Özer ve Dermir, 2012).

Miyokard enfarktüsü nedeniyle gelen bir bireyin hemşirelik bakımı hümanistik ve holistik bir bakış açısıyla bireylerin öncelikli gereksinimlerini doğru belirlemek ile başlar (Zhang ve Yu, 2021; Doğu, 2017; Özer ve Demir, 2012). Seçilen bir hemşirelik model/kuramı ile bakıma sistematik bir yaklaşım sağlanır (Lindberg ve ark, 1990; Hilton, 2005; Doğu, 2017). Bu bağlamda en sık kullanılan hemşirelik modeli Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Modeli'dir.

2.2.1. Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Modeli ve Miyokard Enfarktüsü

İlk kez 1980 yılında The Elements of Nursing'de yayımlanan Yaşam Modeli Nancy Roper, Winifred W. Logan ve Allison J. Tierney tarafından tasarlanmıştır (Roper ve ark, 1996). Yaşam Modeli, bakımda bireyi merkezine alan bir modeldir. Sağlıklı bireylerde sağlığın korunması ve sürdürülmesini sağlarken, hasta bireylerde ise yaşam aktivitelerinde oluşabilecek sorunların önlenmesini ya da çözümlenmesini sağlar (Velioğlu, 2012; Doğu, 2017). Hemşirelik sürecine uygulaması kolaydır. Bu nedenle hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında yaygın olarak kullanır (Velioğlu, 2012). Roper Logan Tierney'in Yaşam Modeli bireyi yaşam süresi içerisinde bağımlılık- bağımsızlık dizgesinde bireyin yaşam aktivitelerini ve yaşam aktivitelerini etkileyen faktörleri bireye özgü ele alan hemşirelik süreci uygulanırken tanılama aşamasında kolaylıklar sağlayan bir modeldir (Roper ve ark, 1996; Çeçen, 2011; Velioğlu, 2012; Doğu, 2017). Yaşam Modeli birbiriyle etkileşim içerisinde olan beş temel bileşenden oluşur. Bu bileşenler;

- *Yaşam Süresi*
- *Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi*
- *Yaşam Aktiviteleri*
- *Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler*
- *Yaşamda Bireysellik*

2.2.1.1. Yaşam Süresi

Kardiyovasküler hastalıklar bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardır ve dünya genelindeki ölümlerin en önemli nedenlerindendir (Aydemir, 2019; Liblik ve ark,2021; Huriani, 2019). MI riski yaşla birlikte artmasına rağmen, genç bireylerde de mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir (Krittanawong ve ark, 2020).

2.2.1.2. Yaşam Aktiviteleri

Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Modelinin ikinci bileşeni olan yaşam aktiviteleri yaşam modelinin odak noktasıdır ve bireyi hümanist ve holistik bir yaklaşımla değerlendirmeye yarayan her biri birbiriyle ilişkili olan 12 günlük yaşam aktivitesini içermektedir.

Günlük yaşam aktiviteleri, sadece yaşamın devamlılığı için gerekli olan biyo fizyolojik faktörlere bağlı olan aktivitelere yer vermek yerine yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli olan aktivitelere de yer verir. Yaşamın devamlılığı için gerekli olan aktiviteler; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, beslenme, boşaltım, beden ısısının kontrolü, hareket ve uykudur. Yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan aktiviteler ise; iletişim, kişisel temizlik ve giyinme, çalışma ve eğlenme ve cinselliği ifade etmedir (Roper ve ark, 1996; Doğu, 2017; Kaya, 2017).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi: Güvenlik, bireyin temel ihtiyaçlarından biridir ve diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için gereklidir (Roper ve ark, 1996; Velioğlu, 2012; Özden, 2017).

Güvenli çevre, bireyin biyolojik, fiziksel, sosyal ve kültürel olarak güven duygusu hissettiği ve bu güven duygusuyla yaşam aktivitelerini yerine getirdiği ortamdır (Büyükyılmaz, 2015). Hemşirelik bakımında zarar vermeme, yarar sağlama ilkesi hasta güvenliğini sürdürmeye yöneliktir (Altun, 2017).

MI'ın erken komplikasyonu ventriküler taşikardi (VT) veya ventriküler fibrilasyon (VF) olarak ortaya çıkan aritmidir ve mortalite ve morbiditenin en önemli nedenini oluşturur (Doğu, 2017). MI geçiren bireyde göğüs ağrısı, dispne, anksiyete, kalp debisinin azalması gibi yaşam aktivitelerini etkileyen komplikasyonlar da meydana gelmektedir (Uysal, 2009; Doğu, 2017). Bu nedenle MI geçiren bireyle karşılaşıldığı andan itibaren hemşirelik süreci, bireyin yaşayabileceği komplikasyonların belirlenip önlenmesine yönelik olarak başlar ve taburculuk sırasında bireyin ve ailesinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesini de içerir (Doğu, 2017).

İletişim Aktivitesi: İnsan, yaşamını diğer insanlarla etkileşim halinde geçiren sosyal bir varlıktır (Küçük, 2012). İletişim toplumun temelini oluşturur. İletişim olmadan insanların var olan ilişkilerini devam ettirmeleri, yeni ilişkiler kurmaları, aile deneyimlerini paylaşmaları, eğitim almaları veya eğlenmeleri imkânsız olurdu (Taylor, Lillis and LeMone, 2001; Ünal, 2017). İnsan ilişkileri, yalnızca fiziksel ve güvenlik ihtiyacını değil, aynı zamanda da sevgi, ait olma ve öz saygı ihtiyaçlarını da karşılar (Taylor, Lillis and LeMone, 2001).

İletişim bir süreçtir. Peplau, Orlando, Travelbee gibi hemşire kuramcılar hemşireliği yaptıkları tanımlarda "kişilerarası bir etkileşim süreci" olarak ifade etmişlerdir (Aştı ve Yalçın, 2011). Terapotik iletişim hemşirelik bakımının temelini oluşturur (Iggulden ve Sharples, 2009).

MI sonrasında meydana gelen komplikasyonlar tekrar hastaneye yatışlara veya ölüme neden olmaktadır. Hemşireler, bireylerin yaşam kalitelerinin iyileşmesi için kişilerarası iletişim yoluyla bireylerin ihtiyaçlarını belirler ve bu sayede bireylere optimal bakım sağlarlar (Taylor, Lillis and LeMone, 2001; Doğu, 2017).

Solunum Aktivitesi: Solunum, doğumdan hemen sonra gerçekleşen bağımsız temel yaşam aktivitelerinden biridir. Havadaki oksijeni soluma (nefes alma) ve vücuttaki karbondioksiti dışarı atma (nefes verme) olarak iki aşamadan oluşur (Hilton, 2004). Bu süreç vücuttaki karbondioksit dengesini sağlayarak vücudun homeostazisinin sürdürülmesine yardım eder (Holland, 2019).

Kalp ve akciğer fonksiyonları birbirleriyle ilişkilidir. MI sol kalbin volüm yükünü artırarak pulmoner ödeme neden olur ve solunum sistemini etkiler. Bu durum da dispne, öksürük gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur (Doğu, 2017; Koldaş ve Polat, 2020).

Beslenme Aktivitesi: Beslenme, vücut homestazisinin korunması ve sürdürülmesinde en az solunum aktivitesi kadar önemlidir (Holland, 2019).

Fazla kilo ve obezite (BKI>25 kg/m2), yüksek kolesterol seviyesiyle bağlantılı olarak MI'ın en önemli risk faktörleridir. Artan beden kitle indeksi MI insidansıyla doğrudan ilişkilidir (Rathore ve ark, 2018; CDC, 2022).

Dislipidemi de MI risk faktörlerindendir. Vücudun kullanabileceğinden fazla alınan kolesterol ateroskleroza neden olduğu için MI riskini artırır. Kolesterolün kontrol altına alınmasında tüketilen besinler etkilidir. Doymuş yağ yönünden zengin olan hayvansal ürünler (et, süt, peynir, hayvansal yağlar gibi) sınırlı tüketilmelidir. Bunların yerine doymamış yağ içeren bitkisel yağlar, fasulye, yulaf ezmesi gibi tahılların tüketimi artırılmalıdır. Bu tür lifli

gıdalar yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) seviyesini artırırken düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve trigliserit seviyesini kontrol altında tutmaya yardımcı olur (Kiani, 2015; CDC, 2022).

Boşaltım Aktivitesi: Boşaltım, vücuttaki metabolik atıkların üriner sistem ve sindirim sistemi yoluyla uzaklaştırılmasıdır (Holland, 2019). Boşaltım aktivitesi biyofizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörlerden etkilenir. Bireyde meydana gelen sindirim sistemi hastalıkları bağırsak boşaltımını, dolaşım sisteminde meydana gelen hastalıklar böbreklerin çalışmasını etkileyerek üriner boşaltımı etkileyen fiziksel faktörlerdir (Pollard ve Levy, 2004).

MI sonrasında bireyin hastanede oluşu, tedavi süreci, bireyde oluşan kaygı, korku gibi faktörler diyare ya da konstipasyona neden olarak bireyin boşaltım aktivitesini etkiler (Doğu, 2017).

Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi: Deri vücudumuzun en büyük organıdır ve mikroorganizmalara karşı ilk savunma mekanizmasıdır. Kişisel temizlik ve giyinme derinin temizlenmesi ve korunmasını içeren bir yaşam aktivitesidir. Kişisel temizlik ve giyinme bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel olarak kendini iyi hissetmesi için önemli bir ihtiyaçtır (Hoyles, Hilton ve Seymor, 2004, Dingwall, 2010).

MI geçiren bireylerde meydana gelen yorgunluk ve ağrı bireyin kişisel temizlik ve giyinme aktivitesini gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duymasına neden olabilir (Doğu, 2017). MI'ın tanı ve tedavisinde kullanılan antikoagülan ilaçlar, kanamanın durmasını geciktirdiği için MI geçiren bireyler kişisel hijyen ve temizliklerini sürdürürken deri bütünlüğünün bozulmaması için dikkatli olmalıdırlar.

Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi: Tüm yaşam formlarında olduğu gibi insanlarda da vücut sıcaklığı ve bu sıcaklığın kontrolünün sağlanması yaşamsal öneme sahip metabolik olayların gerçekleşmesinde önemli bir yere sahiptir (Dean, 2010; Doğu, 2017).

Vücut sıcaklığı cinsiyet, enfeksiyon, metabolizma hızı gibi fiziksel faktörler; stres, kaygı gibi psikolojik faktörler; egzersiz alışkanlıkları gibi sosyokültürel faktörler; sıcak ya da soğuk hava gibi çevresel faktörler; finansal özelliklere ve ülkelerin hava şartlarına göre ısınma politikalarına göre değişen politiko-ekonomik faktörlerden etkilenen bir yaşam aktivitesidir (Lees ve Hilton, 2004). Aşırı sıcak ya da soğuk yaşam için tehlikelidir. Bu nedenle sağlıklı bir bireyde sıcaklık kontrol merkezi olan hipotalamus, vücut sıcaklığını metabolik olaylar için

normal sıcaklık olan 36.4-37.3◦C de tutar (Dean, 2010; Doğu, 2017; Holland, 2019). Ancak MI geçiren bireylerde meydana gelen dolaşım bozuklukları doku perfüzyonunu etkiler (Doğu, 2017).

Hareket Aktivitesi: Sağlıklı bir bireyde kas- iskelet sistemi ve sinir sistemi uyum içerisinde çalışarak bireyin hareket etmesini sağlar (Kaya ve Turan, 2017). İnsanların ayakta durması, yürümesi, koşması gibi büyük kas gruplarının uyum içerisinde çalışması ve el becerisi, yüz ifadeleri gibi motor becerileri de içeren boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, çalışma ve eğlenme gibi diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede doğrudan etkilidir (Holland, 2019).

Hareketsiz bir yaşam tarzı, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları gibi birçok hastalığın ortaya çıkmasında etkilidir. Düzenli egzersiz, kalp hızını ve kan basıncı düşürür, kalp debisini artırır. Hareketsizlik ise kalbin daha çok çalışmasına neden olarak kalp yükünü artırır, trombüs oluşumunu artırır (Kaya ve Turan, 2017).

MI'a eşlik eden göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı erken dönemde aktivite intoleransına neden olabildiği için bireyin bağımsızlık düzeyi üzerinde olumsuz bir etki yaratır ve bu da anksiyete düzeyini artırarak iyileşmede gecikmeye neden olur (Doğu, 2017).

Amerikan Kalp Derneği (AHA), MI sonrası bireylerin haftada üç dört kez en az 30 dakikalık aerobik egzersiz yapmalarını ve günlük aktiviteyi artırmalarını önermektedir (Roy ve ark, 2021).

Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi: Çalışma hem bireyin hem de bireyin sorumluluğunu üstlendiği ailesinin ve yakınlarının yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gerekli ihtiyaçlarını sağlamada gerekli olan ekonomik desteği kazanmak amacıyla gerçekleştirilir. İşsiz olmak sağlık durumunu ve sosyal yaşamı etkileyen bir faktördür. Eğlenme ise bireysel bir ihtiyaçtır ve bireyin boş zamanlarında tiyatroya gitmek, egzersiz yapmak gibi sevdiği aktiviteleri yaparak kendisinin biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönden sağlığını sürdürüp geliştirmesidir (Doğu, 2017; Holland, 2019).

MI geçiren birey çalışma ve eğlenme aktivitelerini hastanede geçirdikleri sürede ve taburculuk sonrasında gerçekleştirmede zorluklar yaşar. Hastanede kaldığı süre boyunca sağlık giderini karşılamak, sorumluluğunu üstlendiği bireylerin ihtiyaçlarını yerine getiremiyor olmak bireyi olumsuz etkileyerek kaygıya, ümitsizliğe ve sosyal izolasyona neden olur. MI sonrası bireyin yaşam kalitesini iyileştirmek için bazı yaşam tarzı değişikliklerine ihtiyacı vardır ve bu

durum bireyi psikolojik olarak etkileyerek tedavisini sürdürmede zorluklara neden olabilir (Doğu, 2017).

Cinselliği İfade Etme Aktivitesi: Cinsellik, cinsel ilişki ve cinsiyetten çok daha fazlasını içeren cinsel karakteri en geniş anlamıyla ele alan bir terimdir (Peate, 2010). Bireyin kendisini nasıl algıladığı, bedenini kendisi ile nasıl ilişkilendirdiği ve cinsel kimliğiyle kendisini toplumda nasıl ifade ettiğini içeren aynı zamanda insan neslinin devamı için önemli olan bir yaşam aktivitesidir (Hilton, 2004; Doğu, 2017; Holland, 2019). Benlik kavramıyla doğrudan ilişkili olan bu kavram, bireyin inançlarından, değerlerinden ve tutumlarından büyük ölçüde etkilenir. Bireyin cinselliğini ifade etmesi sosyal ilişkilerini ve ruh sağlığını etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere neden olabilir (Peate, 2010).

MI sonrasında bireylerin yaşadığı korku, kaygı gibi psikolojik faktörler, nefes darlığı, hareket kısıtlığı gibi fiziksel faktörlerin cinselliği ifade etme aktivitesi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir (Hilton, 2004; Doğu, 2017). MI sonrasında MI'ın tekrarına neden olabilecek faktörlerin en aza indirilmesi için kullanılması gereken kalp ritmini düzenleyici beta-bloker ajanlar, kan kolesterol düzeyini düzenleyen statin grubu gibi ilaçlar cinsel aktivite üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (Peate, 2010).

Uyku ve Dinlenme Aktivitesi: Bireyin günlük yaşamın stresinden uzaklaşıp vücudun rahatlamasının sağlandığı, vücut hücrelerinin büyümesinin ve onarımının gerçekleştiği; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen bir yaşam aktivitesidir (Holland, 2019).

Günlük uyku ihtiyacı bireyin yaşına, fiziksel yorgunluğuna, hastalıklarına göre farklılık gösterir (Doğu, 2017; Holland, 2019). Düzenli uyku dinlenmeyi sağladığı için kardiyovasküler sistemin yükünü azaltarak kalp sağlığının iyileşmesini sağlar. Düzensiz uyku, bireyin metabolik faaliyetlerini ve bağışıklık sistemini olumsuz etkiler (Tenekeci ve Kara, 2016). MI sonrası bireyde oluşan ağrı, yorgunluk, MI'ın tekrarlama korkusu, ölüm korkusu gibi nedenler bireyin uyku kalitesini olumsuz etkiler (Doğu, 2017).

Ölüm: Tüm yaşam aktivitelerinin geri dönüşsüz olarak son bulmasıdır (Demir, 2012). Ölüm, ölümü yaklaşmış veya ölmekte olan bireyin, çevresindekilere yaşattığı duygularla birlikte bir süreçtir (Demir, 2012; Doğu, 2017). MI geçiren bireylerde yaşanan ölüm korkusu yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Greeno, 2010; Doğu, 2017).

2.2.1.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Biyo-fizyolojik Faktörler: Bireyin genetik yapısı, cinsiyeti, yaşı hastalıklara yatkın olma durumunu belirleyen, insan vücudunun anatomisi ve fizyolojisiyle ilişkili olan yaşam döngüsü içerisinde düşülmesi gereken faktörlerdir. Bu faktörler MI'ın değiştirilemez risk faktörlerini oluşturmaktadır (Doğu, 2017; Tosun, 2018; Holland, 2019).

Psikolojik Faktörler: Bireyin doğduğu andan itibaren başlayan çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de devam eden entelektüel gelişimini, kişisel özelliklerini ve ilgilerini içeren duygusal durumunu içine alan kendini algılaması, kendine olan güveni, çevresiyle olan iletişimi üzerinde etkili olan tutum ve davranışları psikolojik faktörler içerisinde yer alır (Sibson, 2010; Doğu, 2017; Holland, 2019). MI sonrası bireyde ortaya çıkan ölüm korkusu, anksiyete gibi faktörler bireyin tedaviye olan uyumunu olumsuz etkileyen değiştirebilir faktörlerdendir (Uysal, 2009; Doğu, 2017).

Sosyo-kültürel Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı toplum ve kültür, bireyin inancını, değerlerini, sosyal ilişkilerini, yaşam tarzını, alışkanlıklarını, entelektüel ve duygusal gelişimini etkiler. MI bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır. MI sonrası yaşam kalitesinde meydana gelen olumsuz etkileri en aza indirmek için bireyin uygulanan ilaç tedavisini sürdürmesi ve beslenme alışkanlığını, sigara, alkol gibi alışkanlıklarını değiştirmesi gerekebilir. Bu tür sağlık davranışlarının yaşam boyu geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bireyin sahip olduğu inançlar ve değerler önem taşımaktadır (Doğu, 2017; Holland, 2019).

Çevresel Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı çevrenin iklim özelliklerini, yaşadığı ortam/ev gibi bireyin yaşam aktivitelerini etkileyen faktörlerdir (Doğu, 2017; Holland, 2019). Soğuk havalarda MI sıklığının arttığı bilinmektedir (Albayrak ve ark, 2014).

Politiko-ekonomik Faktörler: Devlet ve uyguladığı yasalar, hükümet politikaları, ülkenin ekonomik özellikleri, uygulanan sağlık güvence yöntemlerinden yararlanma durumu bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede etkili olan politiko-ekonomik faktörlerdir (Doğu, 2015; Tosun, 2018; Holland, 2019). Bireylerin MI sonrası yaşam kalitesinde meydana gelen olumsuz etkilerin en aza indirilmesi için uygun tedavinin sürdürülmesi ve yaşam tarzı değişiklerinin uygulanması gerekmektedir. Bireylerin ekonomik durumları, sağlık güvenceleri tedaviye uyumlu tutum ve davranışların geliştirilmesinde etkilidir (Doğu, 2017).

2.2.1.4. Bağımlılık Bağımsızlık Dizgesi

Bağımlılık bağımsızlık yaşam süresiyle yakından ilişkilidir. Yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlık, yaşamın her evresinde büyük önem taşır. Hastalık, doğal afet, travma gibi durumlarda bağımsızlık bağımlılığa dönüşebilir (Holland, 2019).

MI sonrası bazı bireylerde yorgunluğa bağlı fiziksel aktivitede sınırlılıklar oluşabilir. MI geçiren bazı bireyler ölümün yaklaşmış olduğunu düşünürler ve bu düşünce anksiyeteye, uyku bozukluğuna, depresyona neden olabilir. Bu nedenle MI sonrası bireyler, bazı yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlı hale gelebilirler (Almamari ve ark, 2019).

MI geçiren bireyler, MI' ın tekrarlama riskini en aza indirmek için uzun süreli ilaç tedavisini sürdürmeli; sigara, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme gibi riskli davranışlarını değiştirmelidir (WHO, 2021). Bunun için bireyler sağlık profesyonellerinin, ailesinin ve sosyal çevresinin desteğine ihtiyaç duyarlar (Doğu, 2017).

2.2.1.5. Yaşamda Bireysellik

Yaşam modelinin beşinci bileşeni yaşamda bireyselliktir. Her bireyin, yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki tutum ve davranışları bireyi etkileyen biyolojik, psikolojik, sosyo- kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörlere bağlı olarak birbirinden farklılık gösterir (Roper ve ark, 1996; Holland, 2019).

MI, bireyin yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesini engelleyen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle hemşirelik bakımı, bireyin benzersizliği dikkate alınarak hemşirelik süreci doğrultusunda bireye özgü planlanmalıdır (Doğu, 2017).

2.2.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireyin Hemşirelik Bakımı

Birey kendine özgü özellikleri ile eşsiz bir canlıdır. Bu nedenle kişiye özgü bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verilmelidir. Hemşireler bir model/kuram eşliğinde bireyi tüm yönleriyle değerlendirerek bireyin ihtiyaçlarını belirleyebilmeli, bireye özgü hemşirelik tanılarını belirleyebilmeli ve girişimlerini planlayabilmeli ve sonuçlarını değerlendirerek hemşirelik sürecini yönetebilmeliler (Tekin, 2011; Rasooli ve ark, 2013; Kaplan, 2015; Doğu, 2017).

2.2.2.1. Tanılama

Hemşirelik bakımının daha etkili olmasını sağlayan hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır (Herdman ve Kamitsuru, 2018). Tanılama aşamasında objektif ve sübjektif verilerden yararlanılır. Bireyden toplanan bu veriler, klinik akıl yürütme yöntemi ile bir araya getirilir, eksik veriler, tutarsızlıklar varsa belirlenir ve bireyin gereksinimleri ile ilgili bir sonuca varılır (Lepak, 2018).

MI geçiren bireye hemşire, bireyin gereksinimleri ve bu gereksinimlerin önceliklerini belirleyerek yaklaşmalıdır. Bireyin ihtiyaçlarına göre başlangıç tanılaması ya da odaklanmış tanılamadan yararlanılır. MI geçiren bireydeki objektif veriler; dispne, oksijen saturasyonu, hipotansiyon, kan değerlerinde artmış troponin değeri ya da ritim bozukluğu gibi semptomlardır. Sübjektif veriler ise; bireyin ifade ettiği hastalığa karşı algısı ve düşünceleri, inançları, değerleri, yaşam tarzı gibi verilerdir (Özer ve Demir, 2012; Doğu, 2017; Herdman ve Kamitsuru, 2018).

2.2.2.2. Hemşirelik Tanısı, Planlama, Uygulama

MI geçiren bireylerde sıklıkla karşılaşılan NANDA-I (North America Nursing Diagnosis Association- International) hemşirelik tanıları;

- Akut Ağrı
- Bozulmuş Gaz Alış-verişi
- Kardiyak Outputta Azalma
- Anksiyete
- Bilgi Eksikliği
- Kanama Riski
- Sıvı Volüm Fazlalığı Riski
- Cinsel Örüntülerde Etkisizlik Riski
- Uyku Örüntüsünde Bozulma Riski

Akut Ağrı:

Tanımlayıcı Özellikler: Bireyin ağrısı olduğuna ilişkin yüz ifadesi, boynundan sol koluna yayılan ağrıya ilişkin sözel ifadesi, ağrıyı azaltmak için aldığı koruyucu pozisyon,

huzursuzluk, kan basıncı ve kalp ritminde değişiklik, ağrı ölçeğinde ağrısını puanlaması (Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Herdman 2018).

İlişkili Faktörler: Koroner arter tıkanması ve buna bağlı arteriyel kan dolaşımının azalması, dokulara giden oksijenin azalması

Beklenen Hasta Sonuçları: Bireyin uygun hemşirelik girişimleri sonucunda ağrısının azaldığını, rahatladığını sözlü ve sözsüz olarak ifade etmesi, ağrı kesici ihtiyacının azalması (Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Hakyemez ve Koç, 2021).

Hemşirelik Girişimleri:

- Ağrının şiddeti, özelliği, yeri, süresi değerlendirilir.
- Aktivite kısıtlaması yapılır.
- Damar yolu açılarak ağrıyı kontrol altına almak için önerilen koroner vazodilatasyonu sağlayarak ağrının kontrol altına alınmasında etkili olan nitrogliserin ve şiddetli ağrılar için kullanılan morfin sülfat tedavisi uygulanır.
- Nitrogliserinin kan basıncını düşürücü etkisi olduğundan kan basıncı kontrolü yapılır.
- Morfin sülfatın solunumu deprese etme yan etkisi olduğu için solunum sayısı takibi yapılır.
- Bireyin yaşam bulgularının sık takibi için monitörizasyonu sağlanır.
- Dokulara giden oksijeni artırmak için oksijen tedavisi uygulanır ve oksijen desteğini değerlendirmek için oksijen saturasyonu takip edilir.
- Ağrıyı artıran çevresel faktörler varsa (ses, ışık gibi) azaltılması sağlanır.
- Anksiyeteyi azaltmak için gerekli bilgilendirmeler yapılır (Doengen ve ark, 2010; Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Hakyemez ve Koç, 2021).

Aktivite İntoleransı:

Tanımlayıcı Özellikler: Aktivite ile kalp hızında ve kan basıncında meydana gelen değişim, aritmi, eforla oluşan anjina

İlişkili Faktörler: Miyokardın oksijen ihtiyacının karşılanamaması, miyokard dokusunda meydana gelen iskemi, beta blokör, antiaritmik ilaçların kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileri

Beklenen Hasta Sonuçları: Aktivite ile kalp hızının ve ritminin, kan basıncının normal değerlerinde olması, aktivite ile göğüs ağrısının oluşmaması (Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Herdman 2018).

Hemşirelik Girişimleri:

- Aktivite öncesi, sırası ve sonrasında kalp hızında ve ritminde meydana gelen değişimler, kan basıncındaki değişimler izlenir, kaydedilir.
- Birey, aktivite sırasında göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi oluşması halinde aktiviteye devam etmemesi gerektiği hakkında bilgilendirilir.
- Aktiviteler bireyin tolerasyonuna göre kademeli olarak artırılır.
- Oksijen ihtiyacı olursa oksijen desteği sağlanır.
- Hafif yiyeceklerle beslenmesi sağlanır.
- Yemeklerden hemen önce ve sonra aktivite planlanmaz (Doengen ve ark, 2010; Carpentino- Moyet, 2013; Doğu, 2017).

Bozulmuş Gaz Alış-verişi

Tanımlayıcı Özellikler: Arteriyal pH'ın normal aralığında (7.35-7.45) olmaması, siyoneze, soluk cilt rengi, dispne, hipoksi, taşikardi,

İlişkili Faktörler: Ventilasyon- perfüzyon dengesizliği, aterosklerotik plak, pulmoner ödem, aktif kanama

Beklenen Hasta Sonuçları: Solunum sayısının 12-20/dakika olması, arteriyal kan gazı sonucunun normal olması, kalp hızının 60-100/dakika olması, oksijen saturasyonunun %95-%100 olması, akciğerlerin eşit havalanması,

Hemşirelik Girişimleri:

- Solunum sayısı, derinliği değerlendirilir.

- Solunum sesleri dinlenir. Akciğerin oksijenlenmeyen bölgesi varsa o bölgede solunum sesi alınmaz.
- Oksijen saturasyonu kontrol edilir.
- Ventilasyon kapasitesini artırmak için semi-fawler pozisyonu verilir.
- Oksijen tedavisi gerekliyse bronkodilatatör ile uygulanır.
- Yaşam bulguları izlenir. Kalp ritmindeki değişimler not edilir. Taşikardi, taşipne, kan basıncındaki değişimler hipoksi ve asidoz ile ilişkili olabilir (Doengen ve ark, 2010; Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Hakyemez ve Koç, 2021).

Kardiyak Outputta Azalma:

Tanımlayıcı Özellikler: Kalp hızında ve ritminde değişiklik, kan basıncında değişiklik, dispne, oksijen saturasyon değerinin düşük olması,

İlişkili Faktörler: Kontraktilitenin, strok volümün bozulması, tıkanan koroner arterin beslediği miyokard bölgesinin kan pompalama yeteneğinin azalması

Beklenen Hasta Sonuçları: Kalp ritminin normal sinüs ritminde olması, kalp hızının dakikada 60-100 vuru olması, kan basıncının 90/60- 140/90 mmHg aralığında olması, kan gazı değerinde pH, PaCO, PaO ve elektrolit değerlerinin normal aralıklarda olması (Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Herdman 2018).

Hemşirelik Girişimleri:

- Kalp ritmi ve hızı, solunum hızı, kan basıncı değerlerinde meydana gelen değişiklikler, idrar miktarında meydana gelen azalma, kapiller dolum hızı, EKG'de meydana gelen değişiklikler gibi belirtiler kardiyak outputta azalma yönünden izlenir.
- Akut dönemde bireyin oksijen ihtiyacını en aza indirmek için tam yatak istirahati sağlanır, oksijen saturasyonunun <95 olması durumunda oksijen desteği sağlanır.
- Akciğer sesleri ve kalp sesleri dinlenerek anormal solunum sesi varlığı ve anormal kalp seslerinin varlığı tespit edilerek ventrikül yetmezliği açısından değerlendirilir.
- Bireyin aldığı- çıkardığı vücut sıvıları izlenerek kalp yükünün artması engellenir. Ventriküler kasılma gücü zayıf ise sıvı volüm fazlalığını tolere edemez.

- Kolay sindirilen besinler tüketmesi sağlanır. Kahve, çikolata, kola gibi yiyecek ve içeceklerden alınacak kafein alımı sınırlanır.
- Kontrol edilebilen stresörler en aza indirilir.
- Hekim istemi doğrultusunda ventriküler kasılma gücünü artırmak için inotropik ajan infüzyonu uygulanır (Doengen ve ark, 2010; Kurt ve ark, 2016; Doğu, 2017; Hakyemez ve Koç, 2021).

Anksiyete:

Tanımlayıcı Özellikler: Kalp hızında ve solunum hızında meydana gelen artma, kan basıncının yükselmesi, bireyin ifade ettiği endişe, öfke, huzursuzluk ya da ağlama davranışı gibi emosyonel durum değişikleri, kendine odaklanma, şimdi ve gelecekteki olaylar ile ilgili endişelerin ifadesi

İlişkili Faktörler: Göğüs ağrısı, sağlık durumunda meydana gelen değişim nedeniyle bireyin yaşadığı umutsuzluk, gelecek kaygısı, ölüm korkusu, tanı ve tedavi işlemleri ile ilgili bilgi eksikliği

Beklenen Hasta Sonuçları: Bireyin endişesinin azaldığını ifade etmesi, etkili baş etme yöntemlerini bilmesi ve uygulaması, anksiyete nedeniyle meydana gelen hemodinamik değişimlerin normale dönmesi (Doengen ve ark, 2010; Doğu, 2017; Kurt ve ark, 2016; Herdaman, 2018; Hakyemez ve Koç, 2021).

Hemşirelik Girişimleri:

- Anksiyetenin birey üzerindeki belirtileri değerlendirilir.
- MI nedeniyle meydana gelen göğüs ağrısı ve MI'ın oluşturduğu duygusal travma ile başa çıkmak birey için zordur. Birey, terapötik iletişim yöntemleri kullanılarak (sessizliği kullanma, dokunma gibi) duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Bireye duygusal destek sağlanır.
- Bireye miyokardın oksijen ihtiyacını artırmamak için anksiyeteyi azaltmada kullanılan yöntemler (nefes teknikleri, dinlendirici müzikler, dikkatin başka yöne çekilebileceği filmler gibi) anlatılır ve uygulaması için teşvik edilir.

- Bireye ağrısının nedeni, hastalığı hakkında gerekli bilgiler verilir. Bireyin soruları gerçeğe uygun olarak yanıtlanır. Dürüstçe yapılan açıklamalar bireyin anksiyetesini azaltabilir.
- Tedavi ve bakım uygulamaları sırasında bireye işlemler hakkında sakin bir ses tonuyla bilgi verilir, bireyin onayı alınır ve iş birliği yapması sağlanır. Bilgi vermek bireyi rahatlatır ve endişelerini azaltır.
- Uygulanması gereken tedavi sürecinde bireyin bağımsızlığı, öz bakımı ve süreç hakkında karar vermesi desteklenir.
- Gerekirse hekim istemi doğrultusunda uygun sedatif ya da hipnotik verilir (Doenges ve ark, 2010; Doğu, 2017; Kurt ve ark, 2016; Hakyemez ve Koç, 2021).

Sıvı-Volüm Dengesizliği: Gereksinimden Fazla Sıvı Alımı Riski:

İlişkili Faktörler: Azalmış böbrek perfüzyonu, artmış sodyum su tutulumu

Beklenen Hasta Sonuçları: Kan basıncı normal değer aralığında olması, sıvı dengesinin sürdürülmesi, ödem, kilo artışı, nefes darlığı, akciğer sesleri dinlendiğinde raller duyulmaması

Hemşirelik Girişimleri:

- Akciğer sesleri dinlenir.
- Aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapılarak sıvı dengesi hesaplanır. Kardiyak outputun azalması böbrek perfüzyonunu ve idrar çıkışını etkiler.
- Sodyum sıvı tutulumunu artırdığı için düşük sodyum ağırlıklı diyet uygulanır.
- Kafein vasospazma neden olduğu için kafein alımı kısıtlanır.
- Gerekli durumlarda hekim istemi doğrultusunda diüretik uygulanır.
- Diüretikler potasyum değerini etkilediği için potasyum değeri kontrol edilir. Hipokalemi tedavinin etkisini azaltabilir (Doenges ve ark, 2010).

Bilgi Eksikliği:

Tanımlayıcı Özellikler: Durumu yanlış anlaması, sorular sorması, sağlık davranışlarını doğru olarak yerine getirememesi

İlişkili Faktörler: Değişen sağlık durumu, tanı ve tedavi süreci ve ihtiyaçları ile ilgili bilgisinin olmaması,

Beklenen Hasta Sonuçları: Bireyin sağlık durumu, tedavi süreci, yerine getirmesi gereken sağlık davranışları hakkında bilgi sahibi olması,

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin özellikleri, okuma-yazma düzeyi, bilgi düzeyi belirlenir.
- Bireye uygun öğrenim yöntemi ile eğitim planlanır. Planlanan eğitim, görsel, işitsel ve web tabanlı eğitim yöntemleri ile desteklenir.
- Sağlık durumu ve ihtiyaçları ile ilgili soru sormaya cesaretlendirilir. Bireyin içinde bulunduğu durum ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi hakkında tartışılır.
- Bireye uygulanan her işlem ile ilgili kısa ve anlaşılır cümleler ile bilgi verilir. Bireyin iş birliği yapması sağlanır (Doenges ve ark, 2010).

Kanama Riski:

İlişkili Faktörler: Tedavide antikoagülan kullanımı

Beklenen Hasta Sonuçları: Kanama riskinin en aza indirilmesi, kanama varlığında belirtilerin erken tespiti

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireye ve ailesine kanama belirtileri ile ilgili bilgi verilir.
- Birey ekimoz, hematom, hematuri ve dışkıda kanama belirtileri yönünden izlenir.
- Kan basıncında azalma ve nabız hızında artma, solunum hızında artma yönünden takip edilir.
- Hemoglobin, hematokrit, trombosit sayısı ve protrombin zamanı (PTZ) takibi yapılır.
- Gerekli olmayan invaziv girişimler uygulanmaz.
- Bireye ve yakınına düşme ve travmalardan korunmanın gerekliliği ile ilgili bilgi verilir (Carpentino- Moyet, 2013; Doğu, 2017; Yel ve Türeyen, 2021).

Cinsel Örüntülerde Etkisizlik Riski:

İlişkili Faktörler: MI geçirmiş olma, MI'ın tekrarlama ihtimalinin oluşturduğu korku, anksiyete, depresyon

Beklenen Hasta Sonuçları: Bireyin hastalığından önceki cinsel yaşamını sürdürmesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin cinsel yaşamı hakkında gerekli bilgiler alınır.
- Bireyi cinsel fonksiyonlar hakkında, rahatsız eden konular hakkında sorular sorması için teşvik edilir.
- Aşırı sıcak ortamlarda, yemek yedikten ya da alkol aldıktan hemen sonra, yorgunken cinsel ilişkide bulunmaması gerektiği anlatılır.
- Cinsel aktivite sırasında göğüs ağrısı ya da nefes darlığı oluşursa cinsel aktiviteyi durdurması gerektiği anlatılır (Carpentino- Moyet, 2013; Doğu, 2017).

Uyku Örüntüsünde Bozulma Riski:

İlişkili Faktörler: Hastanede olma, göğüs ağrısı, nefes darlığı, anksiyeteye bağlı uyku düzeninde meydana gelen değişiklik

Beklenen Hasta Sonuçları: Bireyde uykusuzluk belirtilerinin gözlemlenmemesi, bireyin dinlenmiş olarak uyandığını ifade etmesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin uyku öncesi alışkanlıkları ve uykuya dalmasını kolaylaştıran durumlar belirlenir.
- Bireyin uyumasını güçleştiren çevresel faktörler en aza indirilir.
- Tedavi saatleri bireyin uyku düzenine göre düzenlenir.
- Uyumadan önce sıvı alımı kısıtlanır.
- Gündüz uyuma alışkanlığı varsa süresi kısıtlanır (Carpentino- Moyet, 2013, Doğu, 2017).

2.2.2.3. Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirme aşaması hemşirelik girişimleri ile belirlenen hedeflere karşı birey yanıtlarına odaklanır. Bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinin birey için ne ölçüde yararlı olduğuna karar verilmesi yönünden oldukça önemli bir aşamadır.

MI geçiren bireye uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda beklenen hasta sonuçları, bireyin tanı ve tedavisine uyum sağlamasını, hemodinamik değerlerinin stabil olmasnıı, gerekli sağlık davranışlarını bilmesi ve uygulamasını içerir (Velioğlu, 2012; Doğu, 2017; Kaya, 2017; Holland, 2019).

2.3. Miyokard Enfarktüsünde Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı Kurt Lewin'in Alan kuramına dayanan bir kavramdır. Lewin bireyin davranışını çevre ile bireyin fonksiyonu olarak tanımlamıştır. Bu tanımda çevre kavramı ile anlatılmak istenen fiziksel çevreden farklı olarak fiziksel çevrenin içinde yer alan psikolojik bir çevredir. Lewin'e göre davranış, bireyin psikolojik çevresi içerisinde değişmektedir. Olumsuz davranışların ortadan kaldırılması ya da olumlu davranışların kazandırılması bireyin psikolojik çevresinin değiştirilmesi ile mümkündür (Yıldırım, 1997).

İnsan sağlığı üzerinde stresin zararlı etkileri 1970'li yılların başında önem kazanmıştır. Fizyolojik ve psikolojik sağlık üzerinde sosyal desteğin etkisi ile ilgili çalışmalar bu yıllarda hız kazanmıştır ve insanın psikolojik çevresi içerisinde yer alan sosyal destek kavramı böylece literatürdeki yerini almıştır (Demirel ve Yücel, 2017; Albay Alyüz, 2020).

Sosyal destek çeşitli şekillerde tanımlanan bir kavramdır. Örneğin; başkaları tarafından sağlanan kaynaklar veya bir durumla başa çıkmak için kullanılan yardım anlamına gelir (Garcia, 2015). Aynı zamanda birey üzerinde duygusal ve davranışsal etkileri olan tavsiye, maddi yardım kaynağı; bireyin kriz durumlarıyla başa çıkabilmesini sağlayan bireyin sosyal çevresindeki faktörler olarak da tanımlanmıştır (Ong ve ark., 2018). Bir başka tanımda, bireyin sevgi ve ait olma ihtiyacını, birey üzerinde stres oluşturan durumlarda başta bireyin eşi, ailesi, arkadaşları ya da yakın çevresindeki bireyler tarafından karşılanması olarak tanımlanmıştır (Küçükşen ve ark., 2018). Sosyal destek için en yaygın kullanılan tanım "olumlu davranış ve duygusal tepkilerle sonuçlanan gruplar veya insanlar tarafından sağlanan herhangi bir bilgi veya yardımcı materyal"dir (Garcia, 2015).

Algılanan sosyal destek ise bireyin sosyal çevresinden aldığı desteğin miktarı ve kalitesi hakkındaki subjektif algısıdır (Ong ve ark., 2018). Algılanan sosyal destek stres yönetiminde kullanılan psikososyal başa çıkma mekanizmalarından biridir ve bireyin karşılaştığı olumsuz deneyimlerin birey üzerindeki etkisini azaltır, bireyin iyi oluşuna katkı sağlar (Arslantaş ve ark., 2010). Algılanan sosyal destek düzeyi güçlü olan bireyin olaylara yaklaşımı, bir sorunla karşılaştığında ürettiği çözümün iyimser olduğu, daha mutlu olduğu ve stresle daha kolay başa çıkabildiği, öz saygısının daha yüksek olduğu bilinmektedir (Arslantaş ve ark., 2010; Ong ve ark., 2018; Çetinkaya ve Korkmaz, 2019). Zayıf algılanan sosyal destek, bireyin fizyolojik sistemlerini, bağışıklık düzeyini, stresli olayları algılama biçimini, uyku kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bununla birlikte zayıf sosyal desteğin yüksek ölüm oranı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Wang ve ark. 2018).

Bireyin sosyal desteğe olan ihtiyacı yaşamın çeşitli dönemlerinde, yaşadığı olaylara göre değişir. Birey için var olan sosyal destek kaynakları, bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumlu yönde etkileyen koruyucu bir tampon görevi görür. Sosyal desteği güçlü olan bireyin, bağımlılık durumu arttığında, kendisini iyi hissetmesi, umut düzeyinin yükselmesi, hastalık gibi birey üzerinde stres oluşturan durumlarla başa çıkması, yeni gelişen bir hastalığa uyum sağlaması daha kolaydır (Boutin- Foster, 2005; Arslantaş ve ark., 2010; Demirel ve Yücel, 2020).

Sosyal ilişkilerin sağlığı sürdürme ve geliştirme davranışları üzerinde etkileri vardır (Wang ve ark., 2018). MI, bir bireyin günlük yaşam aktivitelerini, bağımlılık bağımsızlık dizgesini etkileyen, bireyde korku, endişe ve stres oluşturan bir hastalıktır (Garcia, 2015). Bu nedenle sosyal destek, MI geçiren bireylerde prognoz için belirleyici bir faktördür. Algılanan sosyal desteği düşük olan bireylerin depresyona yatkın olduğunu ve bu nedenle prognozun olumsuz bir şekilde ilerlediğini ve bu bireylerin yüksek mortaliteye sahip olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Compare ve ark, 2013; Bucholz, ve ark, 2014).

Mookadam ve ark. (2004), MI sonrası sosyal desteğin mortalite ve morbidite ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, evli olmayan bireylerin ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu ve depresyon prevelansının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bulchoz ve ark. (2014), MI sonrası algılanan sosyal desteğin sağlık durumuna etkisini inceledikleri çalışmada ise algılanan sosyal desteği düşük olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve depresif semptomlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Algılanan sosyal desteği yüksek olan bireylerin ise olumsuz prognozdan korunduğu gösterilmiştir (Compare ve ark, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma Miyokard Enfarktüsü geçirmiş bireylerde algılanan sosyal desteğin iyilik hali üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlandı.

Araştırma Soruları

MI geçirmiş bireylerin;

- Sosyodemografik özellikleri nasıldır?
- Algılanan sosyal destek düzeyi nedir?
- İyilik düzeyleri nedir?
- Sosyodemografik özelliklerine göre algılanan sosyal destek düzeyleri ve iyilik hali farklı mıdır?
- Algılanan sosyal destek düzeyi ile iyilik hali arasında ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu çalışma bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Anabilim Dalı Kardiyoloji Servisinde Aralık 2019- Mayıs 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Aralık 2019- Mayıs 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Anabilim Dalı Kardiyoloji servisinde Aralık 2019- Mayıs 2020 tarihleri arasında yatan hastalar, örneklemi ise örneklem seçim kriterlerine uyan 138 birey oluşturdu. Örneklem seçiminde Akçay ve Dedeli (2016)'nın "Miyokart Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" çalışması dikkate alınarak hesaplama yapıldı. Bu çalışmadan elde edilen veriler dikkate alındığında tip 1 hata (α) 0,05 ve tip 2 hata (β) 0,20 varsayımıyla örneklem büyüklüğü 138 olarak hesaplandı.

Örneklem seçim kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Araştırmaya katılmayı engelleyecek herhangi bir iletişim sorunu olmaması.

3.4. Veri toplama Araçları

Araştırmada veriler; Hasta Bilgi Formu, Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplandı.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK- 2)

Literatür incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini, sağlık ve hastalık hikayesini, yaşam tarzını (sigara-alkol kullanımı, hareketlilik düzeyi gibi) ve sosyal destek durumunu belirlemeye yönelik 12 sorudan oluştu.

3.4.2. Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS)- (Miyocardial Infarction Dimensionaş Assessment Scale) (EK- 3)

Geçirilmiş MI sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla; Thompson ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise Uysal ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Thompson ve ark. (2002) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's alfa değeri, alt boyutlar için 0.74 ile 0.95 arasında değiştiği gösterilmiştir. Uysal ve ark. (2011) tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise Cronbach's alfa değerinin ölçek toplamı için 0.83 iken, ölçek alt boyutları için 0.38 ile 0.78 arasında değiştiği gösterilmiştir.

MIDAS, MI geçiren bireylerin hastalığa özgü iyilik durumlarını belirlemek amacıyla fiziksel aktivite (12 madde), güvensizlik (9 madde), emosyonel tepki (4 madde), bağımlılık (3 madde), beslenme şekli (3 madde), ilaç kullanma hakkında endişeler (2 madde) ilaç yan etkileri hakkında endişeler (2 madde) olmak üzere 7 alt boyutun ölçüldüğü 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi bir ölçektir: Hiçbir zaman: 0, Nadiren: 1, Bazen: 2, Sık sık:3, Her zaman: 4 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte her bir alt boyutun toplam puanı 100'e dönüştürülen bir skorlama sistemi vardır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100'dür. 0 en iyi sağlık durumunu ifade ederken, 100 en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir (Thompson et al, 2002; Wang et al, 2006; Uysal ve ark, 2011).

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (EK- 4)

Zimet ve ark (1988)'nın geliştirdiği Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin güvenirliği Cronbach's alfa yöntemi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alfa katsayıları 0.77 ile 0.92 arasında değişmektedir.

ÇBASD, aile (3, 4, 8, 11. maddeler); arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insan (1, 2, 5, 10. maddeler) olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 madde içeren 7'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutlarının puanı 4 ile 28 arasında ve ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksekliği ile doğru orantılı olarak algılanan sosyal destek de yüksektir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için gerekli kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra örnekleme alınan bireylere gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra, veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta taburcu olmadan önce toplandı.

3.6. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

- Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (EK- 5).
- Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alındı (EK-6).
- "Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeğini" araştırmada kullanabilmek için Dr. Öğretim Üyesi Hilal Uysal'dan izin alındı (EK- 7).
- "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni araştırmada kullanabilmek için Prof. Dr. Haluk Arkar'dan izin alındı (EK- 8).
- Araştırmaya katılan bireylerden bilgilendirilmiş onam alındı (EK-1).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece bir üniversite hastanesine başvuran bireylerle gerçekleştirildiği için sonuçlar genellenemez.

3.8. Verilerin İstatiksel Analizi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan araştırmada bireylerden elde edilen veriler SPSS Statistics 25 programı ile değerlendirildi. Yapılan normallik testleri sonucunda MIDAS ve ÇBASD ölçeklerinin dağılımlarının normal dağılıma uymadığı tespit edildi.

Bireylerin demografik özellikleri için tanımlayıcı istatistikler; yüzde, frekans, ortalama, standart sapma değerleri kullanıldı. Örneklem sayısının grup içi sayılarının yüksek olmaması nedeni ile parametrik olmayan yöntemler ile analizler gerçekleştirildi. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile MIDAS ölçeğinden alınan puanların sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Kruskall Analizi ve Mann Whitney U testi uygulandı.

MIDAS ve ÇBASD düzeylerinin arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Spearman korelasyon testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p< 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde; miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde algılanan sosyal desteğin iyilik hali üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen verilerin bulguları ve istatistiksel analizleri yer almaktadır. Araştırmada elde edilen veriler, aşağıdaki başlıklar halinde verilen tablolar halinde sunuldu;

- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular,
- Bireylerin MIDAS ve ÇBASD ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular,
- Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre MIDAS ve ÇBASD ölçeğinden aldıkları puanlara göre ilişkin bulgular,
- Bireylerin MIDAS ve ÇBASD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde MI geçiren bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, kiminle yaşadığı, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu ve egzersiz yapma durumuna ilişkin bilgiler Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (N=138)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	61	44,2
	Erkek	77	55,8
Yaş (59,08±8,2 min-38- max-81)	59 ve altı	78	56,52
	60 ve üstü	60	43,47
Medeni Durum	Evli	121	87,7
	Bekar	17	12,3
Eğitim Durumu	Okur-Yazar/İlkokul	41	29,7
	Orta Öğretim	45	32,6
	Lise	41	29,7
	Üniversite	11	8,0
Çalışma durumu	Evet	63	45,7
	Hayır	75	54,3
Ekonomik durumu	Geliri giderini karşılıyor	125	90,6
	Geliri giderin karşılamıyor	13	9,4
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Aile	127	92,0
	Yalnız	11	8,0
	Diğer	0	0,0
Aile desteği	Evet	136	98,6
	Hayır	2	1,4
Sigara kullanma durumu	Evet	73	52,9
	Hayır	65	47,1
Alkol kullanma durumu	Evet	26	18,8
	Hayır	112	81,2
Kronik hastalık varlığı	Evet	97	70,3
	Hayır	41	29,7
Düzenli olarak egzersiz yapma durumu	Evet	17	12,3
	Hayır	121	87,7

Tablo 4.1 incelendiğinde; MI geçiren bireylerin, % 55,8'nin (n=77) erkek, yaş ortalamasının 59,08±8,2 (min-38- max -81) ve %56,52'sinin 59 yaş ve altında olduğu % 87,7'sinin (n=121) evli, % 32,6'sının (n=45) orta öğretim mezunu olduğu, %45,7'sinin (n=63) gelir getiren bir işte düzenli olarak çalıştığı, %90,6'sının (n=125) gelir düzeyinin giderleri karşıladığı, %92'sinin (n=127) ailesi ile beraber yaşadığı, %98,6'sının ihtiyaç durumunda yardımına başvuracağı bir yakınının olduğu , %52,9'unun (n=73) sigara, %18,8'inin (n=26) alkol kullandığı, %70,3'ünün (n=97) başka bir kronik rahatsızlığı olduğu, %87,7'sinin (n=121) düzenli olarak egzersiz yapmadığı görüldü.

4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin MIDAS Ölçeği ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde, bireylerin MIDAS ve ÇBASD ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bilgiler Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Tablo 4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin MIDAS Ölçeği ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların İncelenmesi (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	n	X±s.s.	Min-Max
Fiziksel Aktivite	138	71,06±13,71	25-100
Güvensizlik	138	76,43±15,99	30,56-100
Duygusal Tepki	138	65,85±19,36	18,75-100
Bağımlılık	138	60,14±16,99	8,33-100
Beslenme	138	67,33±15,44	33,33-100
İlaç Kullanmada Endişe	138	82,34±21,82	0-100
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	138	95,38±9,32	62,5-100

MIDAS ölçeği "fiziksel aktivite" alt boyutu puan ortalamasının 71,06±13,71, "güvensizlik" alt boyut puan ortalamasının 76,43±15,99, "duygusal tepki" alt boyut puan ortalamasının 65,85±19,36, "bağımlılık" alt boyut puan ortalamasının 60,14±16,99, "beslenme" alt boyut puan ortalamasının 67,33±15,44, "ilaç kullanmada endişe" alt boyut puan ortalamasının 82,34±21,82, "ilaç yan etkileri hakkında endişeler" alt boyut puan ortalamasının 95,38±9,32 olduğu görüldü (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Bireylerin ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlar (N=138)

ÇBASD Alt Boyutları	n	X±s.s.	Min-Max
Aile	138	19,34±3,94	4-28
Arkadaşlar	138	21,31±3,46	10-28
Özel Bir İnsan	138	25,09±3,04	14-28
ÇBASD Toplam Puanı	138	65,76±9,34	36-81

ÇBASD ölçeği "aile" alt boyut puan ortalamasının 19,34±3,94, "arkadaş" alt boyut puan ortalamasının 21,31±3,46, "özel bir insan" alt boyut puan ortalamasının 25,09±3,04 ve ÇBASD ölçek toplam puan ortalamasının 65,76±9,34 olduğu tespit edildi (Tablo 4.3).

4.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre MIDAS ve ÇBASD ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgulara Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15'te yer verildi.

Tablo 4.4. Bireylerin Cinsiyetlerine Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	**Cinsiyet**	X	**SS**	**p**
Fiziksel Aktivite	Kadın	75,44	11,21	**0,01***
	Erkek	67,59	14,57	
Güvensizlik	Kadın	80,83	13,79	**0,01***
	Erkek	72,94	16,82	
Duygusal Tepki	Kadın	72,34	17,88	**0,01***
	Erkek	60,71	19,05	
Bağımlılık	Kadın	62,16	13,91	0,22
	Erkek	58,55	19,02	
Beslenme	Kadın	68,72	15,49	0,35
	Erkek	66,23	15,41	
Ilaç Kullanmada Endişe	Kadın	84,02	21,18	0,42
	Erkek	81,01	22,36	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Kadın	95,90	9,05	0,56
	Erkek	94,97	13,64	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetine göre MIDAS Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki alt boyutu açısından kadınların puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) Ölçeğin bağımlılık, beslenme, ilaç kullanmada endişe, ilaç yan etkileri hakkında endişeler alt boyutu açısından kadın ve erkek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Bireylerin Yaşına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

		Yaş
Fiziksel aktivite	r	-0,06
	p	0,45
Güvensizlik	r	**0,18***
	p	**0,03**
Duygusal tepki	r	**0,30**
	p	**0,01**
Bağımlılık	r	0,10
	p	0,23
Beslenme	r	**0,30***
	p	**0,01**
İlaç Kullanmada Endişe	r	**0,28***
	p	**0,01**
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	r	0,03
	p	0,73

*p<0,05 düzeyinde anlamlı ilişki

Araştırmaya katılan bireylerin artan yaşına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; güvensizlik, duygusal tepki, beslenme, ilaç kullanmada endişe alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Bireylerin Medeni Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	X	SS	p
Fiziksel Aktivite	Evli	71,83	13,57	0,08
	Bekar	65,56	13,92	
Güvensizlik	Evli	77,39	15,44	0,12
	Bekar	69,61	18,57	
Duygusal Tepki	Evli	65,75	18,72	0,88
	Bekar	66,54	24,1	
Bağımlılık	Evli	60,88	16,06	0,18
	Bekar	54,9	22,45	
Beslenme	Evli	66,67	15,25	0,22
	Bekar	72,06	16,39	
İlaç Kullanmada Endişe	Evli	81,92	18,87	0,55
	Bekar	85,29	22,36	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Evli	96,07	8,39	0,12
	Bekar	90,44	13,64	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p<0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Okur-Yazar/İlkokul	67,68	13,18	0,12
	Orta Öğretim	74,07	10,01	
	Lise	72,21	15,7	
	Üniversite	67,05	18,58	
Güvensizlik	Okur-Yazar/İlkokul	77,3	15,3	0,09
	Orta Öğretim	80,49	11,51	
	Lise	72,09	18,18	
	Üniversite	72,73	22,18	
Duygusal Tepki	Okur-Yazar/İlkokul	67,84	20,9	0,48
	Orta Öğretim	67,64	19,41	
	Lise	63,57	19,05	
	Üniversite	59,66	13,51	
Bağımlılık	Okur-Yazar/İlkokul	57,52	13,15	0,2
	Orta Öğretim	63,33	16,89	
	Lise	57,72	18,95	
	Üniversite	65,91	20,9	
Beslenme	Okur-Yazar/İlkokul	70,93	15,6	**0,01***
	Orta Öğretim	70	14,37	
	Lise	64,02	13,49	
	Üniversite	55,3	19,1	
İlaç Kullanmada Endişe	Okur-Yazar/İlkokul	85,98	21,87	0,05
	Orta Öğretim	84,44	14,88	
	Lise	80,79	23,4	
	Üniversite	65,91	32,64	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Okur-Yazar/İlkokul	96,34	8,95	0,64
	Orta Öğretim	94,44	10,17	
	Lise	96,04	8,59	
	Üniversite	93,18	10,25	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; beslenme alt boyutunda eğitim durumunu okur-yazar/ ilkokul olarak tanımlayan bireylerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu (70,93±15,6) ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Çalışma Durumu	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Çalışıyor	71,83	15,49	0,55
	Çalışmıyor	70,42	12,09	
Güvensizlik	Çalışıyor	74,96	15,88	0,32
	Çalışmıyor	77,67	16,08	
Duygusal Tepki	Çalışıyor	62,00	18,59	**0,03***
	Çalışmıyor	69,08	19,52	
Bağımlılık	Çalışıyor	61,11	18,45	0,54
	Çalışmıyor	59,33	15,74	
Beslenme	Çalışıyor	66,67	14,51	0,65
	Çalışmıyor	67,89	16,25	
İlaç Kullanmada Endişe	Çalışıyor	79,96	23,06	0,24
	Çalışmıyor	84,33	20,66	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Çalışıyor	95,44	9,6	0,94
	Çalışmıyor	95,33	9,14	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; duygusal tepki alt boyutunda gelir getiren bir işte çalışmadığını belirten bireylerin puan ortalamaları (69,08±19,52) gelir getiren bir işte çalıştığını belirten bireylerin puan ortalamalarından (62,00±18,59) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bireylerin Ekonomik Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Ekonomik Durumu	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Geliri giderini karşılamıyor	71,55	13,8	0,19
	Geliri Giderini karşılıyor	66,35	12,41	
Güvensizlik	Geliri giderini karşılamıyor	76,98	15,69	0,21
	Geliri Giderini karşılıyor	71,15	18,51	
Duygusal Tepki	Geliri giderini karşılamıyor	67,20	18,91	**0,01***
	Geliri Giderini karşılıyor	52,88	19,53	
Bağımlılık	Geliri giderini karşılamıyor	59,87	16,91	0,55
	Geliri Giderini karşılıyor	62,82	18,2	
Beslenme	Geliri giderini karşılamıyor	68,13	14,82	0,06
	Geliri Giderini karşılıyor	59,62	19,5	
İlaç Kullanmada Endişe	Geliri giderini karşılamıyor	82,6	21,59	0,64
	Geliri Giderini karşılıyor	79,81	24,76	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Geliri giderini karşılamıyor	95	9,66	0,18
	Geliri Giderini karşılıyor	99,04	3,47	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin ekonomik durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; geliri giderini karşılamayan bireylerin duygusal tepki alt boyutu puan ortalamasının (67,20±18,91) gelirin gideri karşıladığını belirten bireylerin puan ortalamasından (52,88±19,53) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Kiminle Yaşıyor	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Ailesi ile	71,67	13,45	0,07
	Yalnız	64,02	15,45	
Güvensizlik	Ailesi ile	74,58	15,26	0,13
	Yalnız	68,13	18,93	
Duygusal Tepki	Ailesi ile	66,49	18,83	0,19
	Yalnız	58,52	24,57	
Bağımlılık	Ailesi ile	60,3	16,55	0,78
	Yalnız	58,33	22,36	
Beslenme	Ailesi ile	67,59	15,62	0,51
	Yalnız	64,39	13,48	
İlaç Kullanmada Endişe	Ailesi ile	82,48	21,95	0,79
	Yalnız	80,68	21,19	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Ailesi ile	96,16	8,26	**0,01***
	Yalnız	86,36	15,26	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; ailesiyle yaşayan bireylerin ilaç yan etki alt boyutu puan ortalamalarının (96,16±8,26) yalnız yaşayan bireylerin puan ortalamalarından (86,36±15,26) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Sigara Kullanma Durumu	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Evet	71,78	14,63	0,13
	Hayır	70,26	12,68	
Güvensizlik	Evet	73,55	16,24	0,22
	Hayır	79,66	15,18	
Duygusal Tepki	Evet	60,7	17,19	0,28
	Hayır	71,63	20,13	
Bağımlılık	Evet	60,16	18,80	0,82
	Hayır	60,13	14,84	
Beslenme	Evet	67,35	13,94	0,86
	Hayır	67,31	17,07	
İlaç Kullanmada Endişe	Evet	83,9	18,22	0,47
	Hayır	80,58	25,29	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Evet	95,72	9,37	0,38
	Hayır	95	9,32	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanma durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; ölçek alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Bireylerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Alkol Kullanma Durumu	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Evet	73,56	11,53	0,29
	Hayır	70,48	14,16	
Güvensizlik	Evet	76,39	13,82	0,79
	Hayır	76,44	16,51	
Duygusal Tepki	Evet	62,26	19,88	0,52
	Hayır	66,69	19,23	
Bağımlılık	Evet	59,94	20,55	0,77
	Hayır	60,19	16,16	
Beslenme	Evet	66,99	13,01	0,81
	Hayır	67,41	16,00	
İlaç Kullanmada Endişe	Evet	79,33	26,91	0,42
	Hayır	83,04	20,54	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Evet	94,23	10,14	0,31
	Hayır	95,65	9,15	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin alkol kullanma durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; ölçek alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Kronik Hastalık Varlığı	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Evet	71,16	12,9	0,55
	Hayır	70,83	15,64	
Güvensizlik	Evet	78,55	15,99	0,16
	Hayır	71,41	15,01	
Duygusal Tepki	Evet	69,59	17,69	**0,01***
	Hayır	57,01	20,45	
Bağımlılık	Evet	62,63	15,96	**0,01***
	Hayır	54,27	18,08	
Beslenme	Evet	69,90	13,53	**0,01***
	Hayır	60,62	11,89	
İlaç Kullanmada Endişe	Evet	85,05	18,72	**0,03***
	Hayır	75,91	27,01	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Evet	95,23	9,1	0,52
	Hayır	95,73	9,93	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık varlığına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; kronik bir hastalığa sahip olduğunu belirten bireylerin duygusal tepki, bağımlılık, beslenme ve ilaç kullanmada endişe puan ortalamalarının, kronik bir hastalığa sahip olmayan bireylerden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı($p<0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Bireylerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre MIDAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=138)

MIDAS Ölçeği Alt Boyutları	Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	$\bar{X}$	SS	p
Fiziksel Aktivite	Evet	72,92	13,22	0,57
	Hayır	70,8	13,82	
Güvensizlik	Evet	79,08	13,89	0,42
	Hayır	76,06	16,28	
Duygusal Tepki	Evet	64,71	16,53	0,53
	Hayır	66,01	19,78	
Bağımlılık	Evet	65,2	20,03	0,11
	Hayır	59,44	16,49	
Beslenme	Evet	67,65	15,28	0,34
	Hayır	67,29	15,52	
İlaç Kullanmada Endişe	Evet	79,41	26,86	0,39
	Hayır	82,75	21,12	
İlaç Yan Etkileri Hakkında Endişeler	Evet	96,32	7,35	0,23
	Hayır	95,25	9,58	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin düzenli egzersiz yapma durumlarına göre MIDAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p<0,05) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine göre ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması(N=138)

Demografik Özellikler		ÇBASD Toplam Puan	
		X±s.s.	p
Cinsiyet	Kadın	68,56±7,32	0,15
	Erkek	63,55±10,18	
Medeni Durum	Evli	67,01±8,65	**0,01***
	Bekar	56,88±9,48	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar/İlkokul	62,1±11,85	0,12
	Orta Öğretim	66,78±7,63	
	Lise	66,98±7,94	
	Üniversite	70,73±5,55	
Çalışma durumu	Evet	67,00±9,30	0,34
	Hayır	64,72±9,30	
Ekonomik durumu	Geliri giderini karşılamıyor	66,09±9,58	0,38
	Geliri giderini karşılıyor	62,62±5,88	
Birlikte yaşadığı kişiler	Aile	66,56±8,95	**0,01***
	Yalnız	56,55±9,14	
Sigara kullanma durumu	Evet	65,79±9,48	0,59
	Hayır	65,72±9,25	
Alkol kullanma durumu	Evet	67,58±8,7	0,43
	Hayır	65,34±9,47	
Kronik hastalık varlığı	Evet	64,93±9,68	0,35
	Hayır	67,73±8,25	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	62,94±9,28	0,48
	Hayır	66,16±9,31	

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Araştırmaya katılan bireylerin ÇBASDÖ toplamından aldıkları puanlar sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; evli bireylerin puan ortalamasının (67,01±8,65) bekar olan bireylere göre (56,88±9,48) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü

Ailesiyle yaşayan bireylerin puan ortalamasının (66,56±8,95) yalnız yaşayan bireylere göre (56,55±9,14) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi(p<0,05) (Tablo 4.15).

4.4 MIDAS ve ÇBASD Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

MIDAS ve ÇBASD ölçek puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular Tablo 4.16'da yer aldı.

Tablo 4.16 MIDAS ve ÇBASD Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (N=138)

		ÇBASDÖ Toplam Puanı	ÇBASDÖ Aile	ÇBASDÖ Arkadaş	ÇBASDÖ Özel bir insan
Fiziksel aktivite	**r**	**,502***	**,443***	**,437***	**,470***
	p	0,00	0,00	0,00	0,00
Güvensizlik	**r**	**,374***	**,345***	**,255***	**,410***
	p	0,00	0,00	0,00	0,00
Duygusal tepki	**r**	**,312***	**,282***	**,238***	**,322***
	p	0,00	0,00	0,01	0,00
Bağımlılık	**r**	**,210***	**,213***	**,195***	**,193***
	p	0,01	0,01	0,02	0,02
Beslenme	r	0,06	-0,01	0,07	0,12
	p	0,50	0,86	0,42	0,17
İlaç kullanmada endişe	r	0,03	-0,02	0,06	0,06
	p	0,69	0,84	0,48	0,51
İlaç yan etkileri hakkında endişeler	r	0,13	-0,01	0,14	,254
	p	0,14	0,88	0,11	0,00

*p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

ÇBASD ve MIDAS ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; MIDAS ölçeğinin fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki ve bağımlılık alt boyutları ile ÇBASD ölçek toplamı, aile, arkadaş ve özel insan alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($-1<r<1$, $p<0,05$) (Tablo 4.16).

5. TARTIŞMA

WHO sağlığı "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Ruhsal yönden iyilik halinin sağlanabilmesi bireyin sahip olduğu iyi sosyal ilişkiler ile doğru orantılıdır.

Miyokard enfarktüsü bireylerin yaşam rutinlerini değiştirmeleri gereken ciddi bir sağlık sorunudur. MI geçiren bireyler, iyileşme sürecinde, yeni duruma uyum sağlamada sosyal desteğe ihtiyaç duyar (Garcia ve ark., 2015; Weiss-Faratci, 2016).

Bu çalışma MI geçiren bireylerde, algılanan sosyal desteğin iyilik hali üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Elde edilen araştırma bulguları aşağıda belirtilen dört bölümde tartışıldı.

5.1. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,

5.2. Bireylerin MIDAS ve ÇBASD ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların tartışılması,

5.3. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre MIDAS ve ÇBASD ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların tartışılması,

5.4. MIDAS ve ÇBASD ölçek puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması.

5.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Miyokard enfarktüsü, dünyadaki milyonlarca insanı etkileyen mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden biri olan kardiyovasküler bir hastalıktır (Asleh ve ark., 2020). Hipertansiyon, diyabet, sigara kullanımı gibi risk faktörleri koroner arterlerin tıkanmasına neden olarak MI ile sonuçlanır (Eid ve Zubaidi, 2021).

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun erkek ve yaş ortalamasının 59,08±8,2 olduğu görüldü. Türk Kardiyoloji Derneği arşivlerinde yayınlanan "Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzunda artan yaş ve erkek cinsiyette MI riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (TKD, 2012). Türk Kardiyoloji Derneği'nin yürüttüğü "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması- TEKHARF Çalışmasında" ortaya çıkan sonuçlara göre ülkemizde yaklaşık 3 milyon kalp hastası olduğu, erkek cinsiyette daha sık görüldüğü ve bu sayının giderek arttığı belirlenmiştir (Onat ve ark, 2017).

Çalışmada bireylerin çoğunluğunun evli, ilkokul mezunu olduğu, gelir getiren düzenli bir işte çalıştıkları, aileleri ile birlikte yaşadıkları, sigara kullandıkları, başka kronik hastalıklara sahip oldukları ve düzenli olarak egzersiz yapmadıkları saptandı (Tablo 4.1). Örneklemi oluşturan bireylerin sosyodemografik özellikleri daha önce MI geçiren bireyler ile yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Öz, 2006; Uysal, 2009; Doğu, 2015; Fırat ve Dedeli, 2016).

Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2006-2007 yılları arasında yürüttüğü "European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events – EUROASPIRE III" Türkiye dahil 22 ülkeyi içeren kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini, kardiyovasküler hastalıklara sahip bireylerin yaşam tarzlarını inceleyen çalışmada ülkemizde kardiyovasküler hastalıklara sahip bireylerin sigara tüketimine devam ettiği, fiziksel aktivite düzeylerini artırmadıkları, ilaç kullanımına yeterli önemi vermedikleri görülmüştür (Tokgözoğlu ve ark., 2010). Kardiyovasküler hastalıklara sahip bireylerin eğitiminin yetersiz olması ilerleyen yıllarda kardiyovasküler hastalıkların prevelansının artmasının önemli bir nedenini oluşturmaktadır (Tokgözoğlu ve ark., 2010; Doğu, 2015).

5.2. Bireylerin MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Örneklem grubundaki bireylerin MIDAS ölçeği "fiziksel aktivite" alt boyutu puan ortalamasının 71,06±13,71, "güvensizlik" alt boyut puan ortalamasının 76,43±15,99, "duygusal tepki" alt boyut puan ortalamasının 65,85±19,36, "bağımlılık" alt boyut puan ortalamasının 60,14±16,99, "beslenme" alt boyut puan ortalamasının 67,33±15,44, "ilaç kullanmada endişe" alt boyut puan ortalamasının 82,34±21,82, "ilaç yan etkileri hakkında endişeler" alt boyut puan ortalamasının 95,38±9,32 olduğu görüldü. MIDAS ölçeği alt boyut puanının "0" ile "100" arasında olabileceği ve puan arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği düşünüldüğünde, çalışmadaki bireylerin yaşam kalitesinin ortalamanın altında olduğu söylenebilir. Benzer çalışmalar incelendiğinde; Akçay Fırat ve Dedeli (2016)'nin çalışmasında 37,4±18,7, Thampson ve ark. (2002)'nın çalışmasında 32,12±15,2, Sir (2020)'in çalışmasında 49,43±11,40 olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları daha önce yapılmış çalışma sonuçlarından farklı olup, MI geçiren bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunulması gerektiğini düşündürdü.

MIDAS ölçeği alt boyutlarından; ilaç yan etkileri hakkında endişeler alt boyut puan ortalamasının en yüksek ve bağımlılık alt boyut puan ortalamasının en düşük olduğu saptandı. Bu sonuçlara dayanarak bireylere kullanılan ilaçlar ve yan etkileri hakkında daha fazla bilgi verilmesi gerektiği söylenebilir. MIDAS ölçeğinin kullanıldığı benzer çalışmalar incelendiğinde; Akçay, Fırat ve Dedeli (2016)'nin yaptığı çalışmada en yüksek puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutu, Yılmaz ve ark. (2011)'nın çalışmasında en yüksek puan ortalamasının bağımlılık alt boyutu (50,27±28,79), Sir (2020)'in çalışmasında en yüksek puan ortalamasının beslenme alt boyutu (55,19±22,65), Wang ve ark. (2012)'nin çalışmasında ise "fiziksel aktivite" alt boyut puan ortalamasının en yüksek, bu çalışma sonucuna benzer olarak "bağımlılık" alt boyut puan ortalamasının ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıkların araştırmaya katılan bireylerin bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışma kapsamındaki bireylerin ÇBASD ölçeği "aile" alt boyut puan ortalamasının 19,34±3,94, "arkadaş" alt boyut puan ortalamasının 21,31±3,46, "özel bir insan" alt boyut puan ortalamasının 25,09±3,04 ve ÇBASD toplam puan ortalamasının 65,76±9,34 olduğu, bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu görüldü (Tablo 4.3). ÇBASD ölçeğinin kullanıldığı benzer çalışmalar incelendiğinde; Yuvakgil (2017)'in çalışmasında bireylerin ÇBASD ölçeğinin aile alt boyut puan ortalamasının en yüksek (24,79±4,98) ve

arkadaş alt boyut puan ortalamasının (16,82±8,01) ise en düşük olduğu ve toplam puan ortalamasının ise 59,4±15,28 olduğu görülmüştür. Sarı (2020)'nin çalışmasında en yüksek puan ortalaması "aile" alt boyutuna (25,62±5,74) ait olduğu, en düşük puan ortalamasının "arkadaş" alt boyutuna (9,59±7,95) ait olduğu ve toplam puan ortalamasının 47,65±17,78 olduğu görülmüştür. Kaya ve Özlü (2019), en yüksek puan ortalaması "aile" alt boyutunda (19,55±5,77), en düşük puan ortalaması "arkadaş" alt boyutunda (16,22±6,79) olduğu, toplam puan ortalamasının ise 54,87±16,69 olduğu görülmüştür. Arslantaş ve ark. (2010) yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, ÇBASD ölçeğinin toplam puanı 53,49+21,31, Misook ve ark. (2011) çalışmasında ise ÇBASD ölçeğinin toplam puanı 67,3 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya (2019)'nın yaptığı çalışmada, en yüksek puan ortalamasının "aile" alt boyutu (23,52±4,53) ve en düşük puan ortalamasının "arkadaşlar" alt boyutu (22,3±5,16) olduğu ve ÇBASD ölçek toplam puanının ise 69,04±14,02 olduğu belirlenmiştir. Yıldız ve Dirik (2018) ve Türkseven ve ark. (2020) yaptıkları çalışmalarında, en yüksek puan ortalamasının "aile" alt boyutu ve en düşük puan ortalamasının ise "özel bir insan" alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bu çalışmalarda da bireylerin algılanan sosyal destek puanlarının da ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Çalışma bulguları daha önce yapılmış çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

5.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MIDAS ve ÇBASD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki bireylerin MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınların puan ortalamasının fiziksel aktivite, güvensizlik ve duygusal tepki alt boyutlarında erkeklere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Tablo 4.4).

Yılmaz ve ark. (2011) yaptıkları benzer bir çalışmada kadınların fiziksel aktivite ve güvensizlik alt boyutlarından aldıkları puanların, erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Wang ve ark. (2020) MIDAS ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutunda kadınların daha kötü yaşam kalitesine sahip olduklarını saptamışlardır. Sir (2020)'in çalışmasında ise MIDAS ölçek alt boyut puan ortalamalarında cinsiyete göre farklılık olmadığı saptanmıştır. MI geçiren kadınların MIDAS ölçeğinin birden fazla alt boyutundan aldıkları puanların erkeklere göre daha yüksek olması kadınların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu göstermektedir.

Bireylerin MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar artan yaşa göre karşılaştırıldığında; güvensizlik, duygusal tepki, beslenme, ilaç kullanmada endişe alt boyutlarından alınan puanların artan yaş ile orantılı olarak arttığı saptandı (Tablo 4.5). Bu araştırma bulgularına paralel olarak Akçay F. ve Dedeli (2016), çalışmasında MI geçiren bireylerin MIDAS ölçeğinin "fiziksel aktivite", "güvensizlik", "duygusal tepki", "ilaç kullanmada endişe" alt boyutlarından aldıkları puanların yaş ile arttığını saptamışlardır. Wang ve ark. (2020) yaptığı benzer bir çalışmada MI geçiren bireylerin "fiziksel aktivite" alt boyutunda artan yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki saptamışlardır. Aynı çalışmada, "bağımlılık" alt boyutunda bireylerin aldıkları puanlar artan yaş ile arttığı belirlenmiştir ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, artan yaş ile yaşam kalitesinin de kötüleştiğini göstermektedir. Bunun nedeni ise artan yaş ile bireylerin fizyolojik ve psikolojik olarak değişimi, eşlik eden hastalıkların artmasıyla ilaç kullanımlarının artması olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; beslenme alt boyutunda eğitim durumunu okur-yazar/ ilkokul olarak tanımlayan bireylerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu (70,93±15,6) (yaşam kalitesinin daha düşük olduğu) ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının da artması sonucu bilinçli beslenmenin gerçekleşebileceği düşünüldü. Benzer şekilde Yılmaz ve ark. (2011)'nın çalışmasında artan eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite ve duygusal tepki ile ilgili yaşam kalitelerinin de arttığı belirlenmiştir. Sir (2020)'in çalışmasında da düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin duygusal tepki, beslenme ve ilaç yan etkileri hakkında endişeler ile ilgili yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüştür.

MI geçirdikten sonra bireylerin fiziksel bir güç gerektiren işte çalışmaları iyileşme döneminde olumsuz sonuçlara neden olabileceği için bireyler işlerinden ayrılmak zorunda kalabilir ve bu durum onların duygusal durumunda olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bu çalışmada bireylerin MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında; gelir getiren bir işte çalışmadığını belirten bireylerin ve ekonomik durumlarını gelir giderini karşılamıyor olarak belirten bireylerin duygusal tepki alt boyutunda yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı (Tablo 4.8 ve Tablo 4.9). Bunun nedeni ise toplum tarafından erkek cinsiyete yüklenen ailesinin geçimini sağlama rolünün olabileceği düşünüldü. Daha önce yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Yılmaz ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite, güvensizlik ve duygusal tepki alt boyutlarında düşük gelir düzeyine

sahip bireylerin daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Sir (2020)'in miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık algısı ve yaşam kalitelerini incelediği çalışmasında da işçi olan bireylerin yaşam kalitelerinin de daha kötü olduğu belirtilmiştir.

Bireylerin MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar kiminle yaşadıklarına göre karşılaştırıldığında ailesiyle yaşadığını belirten bireylerin ilaç yan etkileri hakkında endişeler alt boyutunda yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı (Tablo 4.10). Bunun nedeni ise bireylerin eşlik eden hastalıkların artması ile artan ilaç kullanımının yan etkileri de artıracağı düşünmeleri ve bu durumun aile içi süreçleri yönetmede yetersizliğe neden olabileceğini düşünmeleri olabilir.

Bireylerin MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre karşılaştırıldığında kronik hastalığa sahip olduğunu belirten bireylerin olmayanlara göre duygusal tepki, bağımlılık, beslenme, ilaç kullanma hakkında endişe alt boyutlarında yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı (Tablo 4.13). Bireylerin eşlik eden kronik hastalık ile "duygusal tepki" alt boyutunda yaşam kalitelerinin daha kötü olmasının nedeni, eşlik eden hastalıkların bireylerin stres düzeylerini artırması, hastalıkla baş etme mekanizmaları etkilemesi olabilir. Eşlik eden hastalıklar bireylerin iyileşme sürecini de uzatmaktadır. İyileşme sürecinin uzaması ile bireyin diğer fizyolojik sistemleri de etkilenebilir. Bu durumun bireylerin "bağımlılık" alt boyutunda daha kötü yaşam kalitesine sahip olmalarının nedeni olabileceği düşünüldü. Beslenme alışkanlıkları, eşlik eden hastalıkların kontrol altına alınmasında önemli rol oynamaktadır. Ancak bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine gerekli önemi vermemeleri "beslenme" alt boyutunda bireylerin daha kötü yaşam kalitesine sahip olmalarının nedeni olabilir. Eşlik eden hastalıklar ile bireylerin tedavi süreçlerinde kullandıkları ilaç miktarı da artmaktadır. Bireylerin "ilaç kullanmada endişe" alt boyutunda yaşam kalitelerinin daha kötü olmalarının nedeni ise artan ilaç kullanımı olabileceği düşünüldü.

Bu çalışmada MI geçiren bireylerin ÇBASDÖ'nden aldıkları puanlar incelendiğinde erkek ve kadın cinsiyetlerin aldıkları puanların birbirine yakın olduğu algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklı olmadığı, eğitim düzeyi üniversite olan bireylerin puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Evli olan ve aileleri ile yaşadıklarını belirten bireylerin ise aldıkları puanların ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek oldukları belirlendi. Kaya (2019), Küçükşen ve ark. (2018) ve Kök ve Demir (2018) çalışmalarında benzer şekilde erkek ve kadınların ÇBASD Ölçeğinden aldıkları puanların yakın değerler olduğu ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin farklı olmadığı, ancak Arslantaş ve ark. (2010) ve Çelik ve Enç (2021)

çalışmalarında kadınların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Bucholz ve ark. (2014)'nın MI geçiren genç hastalarda algılanan sosyal desteğin sağlık sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmadığı, düşük sosyal destek düzeyine sahip bireylerin bekar oldukları, yalnız yaşadıkları belirlenmiştir.

Bu çalışmanın bulguları ile paralel olarak, Küçükşen ve ark. (2018), Arslantaş ve ark. (2010), Kaya (2019), Çelik ve Enç (2021) ve Gökahmetoğlu (2021)' in çalışmalarında da artan eğitim seviyesi ile algılanan sosyal desteğin de arttığı görülmüştür. Bunun nedeninin eğitim düzeyinin bireylerin yaşam kalitelerini, geçimlerini sağlamak için sahip oldukları meslekleri ve yakın çevrelerini oluşturan insanları belirleyen bir etken olması olduğu düşünüldü.

5.4. MIDAS ve ÇBASD Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

MI gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık geçirmiş bireyde çaresizlik, ümitsizlik, korku, geleceğe yönelik endişe gibi duygular başkalarına bağımlı olma düşüncesine yol açabilir. Duygusal durumu önemli ölçüde etkilenen bireylerde anksiyete, depresyon ve stres gibi psikolojik rahatsızlıklar meydana gelebilir (Bulduk ve ark., 2017), bu rahatsızlıklar iyileşmede gecikmeye neden olabilir ve MI'ın tekrarlamasına yol açabilir (Çam ve Nehir, 2011; Bayrak ve ark., 2019). Psikolojik durumları etkilenen bireyler, var olan işlerini kaybetme, aile içi ilişkilerini yönetmede güçlük, boşanma ve sosyal ilişkilerini sürdürmede zorluklar yaşayabilirler (Uzdil ve ark., 2018).

Bu çalışmada ÇBASD ile MIDAS ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça bireylerin fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki ve bağımlılık alt boyutlarında daha iyi yaşam kalitelerine sahip olduğu saptandı (Tablo 4.16). Düşük sosyal destek düzeyi, MI sonrası mortalite oranını etkileyen yüksek kolesterol düzeyi, tütün kullanımı, hipertansiyon kadar önemli bir risk faktörüdür. Bu bilgiler sosyal desteğin MI gibi bireyin stres, anksiyete ve depresyon düzeyini artıran hastalıkta bireyin yeni sağlık/hastalık durumuna uyum sağlamasında, yeni sağlık/hastalık durumu ile başa çıkmasında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularında da güvensizlik, duygusal tepki ve bağımlılık alt boyutlarında algılanan sosyal desteğin artmasıyla bireylerin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Fiziksel aktivite miyokardın oksijen ihtiyacını artırır. MI geçiren bireylerde etkilenen miyokard bölgesi oksijen yönünden yeteri kadar beslenemez. Bu nedenle MI geçiren bireylerde MI sonucunda etkilenen koroner arter sayısı ve damarların yapısı fiziksel aktivite toleransını

azaltır (Saka, 2016). MI sonrası bireyler, MI'ın tekrarlama düşüncesiyle ağır kaldırmaktan, koşmaktan, ev işlerinden kaçınırlar (Er ve ark., 2020). Fiziksel aktivite toleransı azalmış bireyler bu tür aktiviteleri yerine getirirken daha fazla dinlenme gereksinimi hissedebilirler, yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu doğrultuda algılanan sosyal desteği yüksek olan bireyler fiziksel aktivite alt boyutunda daha iyi yaşam kalitesine sahiptir.

Benzer şekilde Leifheit-Limson ve ark. (2010)'nın, MI sonrası sağlık durumunda sosyal desteğin rolünü inceledikleri çalışmada sosyal destek düzeyleri düşük olan bireylerde depresif semptomların gözlemlendiğini ve bu bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını, anjina risklerinin daha fazla olduklarını belirtmişlerdir.

Mookadam ve Heather (2004)'ın çalışmasında kardiyovasküler hastalıklara sahip bireylerde görülen depresyon belirtilerinin düşük sosyal destek düzeyine sahip bireylerde daha yaygın olduğu görülmüştür.

Blikman ve ark. (2014)'nın koroner arter hastalığına sahip bireyler üzerinde sosyal desteğin ne kadar önemli olduğunu inceledikleri çalışmada ise sosyal desteğin kısa ve uzun vadede duygusal durumu iyileştirdiğini saptamışlardır.

Mohsenipouya ve ark. (2021), MI geçiren bireylerde algılanan sosyal desteğin depresyon ve yaşam biçimi üzerindeki etkisini belirlemek için yaptıkları bir çalışmada algılanan sosyal desteği yüksek olan bireylerin depresyon düzeylerinin düşük olduğu, bireyin sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi ve stres yönetimi gibi yaşam biçimi davranışları üzerinde de sosyal desteğin önemli bir rolü olduğunu belirlemişlerdir.

Kazukauskiene ve ark. (2021)'nın yaptığı çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerde, fiziksel ve zihinsel yorgunluğun düşük olduğunu belirlemişlerdir. Çalışma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler sonucunda;

- MI geçiren bireylerin, %55,8'nin (n=77) erkek, yaş ortalamasının 59,08±8,2, % 87,7'sinin (n=121) evli, % 32,6'sının (n=45) orta öğretim mezunu olduğu, %45,7'sinin (n=63) gelir getiren bir işte düzenli olarak çalıştığı, %90,6'sının (n=125) gelir düzeyinin giderleri karşıladığı, %92'sinin (n=127) ailesi ile beraber yaşadığı, %98,6'sının ihtiyaç durumunda yardımına başvuracağı bir yakınının olduğu, %52,9'unun (n=73) sigara, %18,8'inin (n=26) alkol kullandığı, %70,3'ünün (n=97) bir kronik rahatsızlığı olduğu saptandı.
- MIDAS ölçeği "fiziksel aktivite" alt boyutu puan ortalamasının 71,06±13,71, "güvensizlik" alt boyut puan ortalamasının 76,43±15,99, "duygusal tepki" alt boyut puan ortalamasının 65,85±19,36, "bağımlılık" alt boyut puan ortalamasının 60,14±16,99, "beslenme" alt boyut puan ortalamasının 67,33±15,44, "ilaç kullanmada endişe" alt boyut puan ortalamasının 82,34±21,82, "ilaç yan etkileri hakkında endişeler" alt boyut puan ortalamasının 95,38±9,32 olduğu görüldü.
- ÇBASD ölçeği "aile" alt boyut puan ortalamasının 19,34±3,94, "arkadaş" alt boyut puan ortalamasının 21,31±3,46, "özel bir insan" alt boyut puan ortalamasının 25,09±3,04 ve ÇBASD ölçek toplam puan ortalamasının 65,76±9,34 olduğu tespit edildi.
- MIDAS ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar sosyodemografik özelliklere göre incelendiğinde; kadınların fiziksel aktivite, güvensizlik ve duygusal tepki düzeylerinin daha yüksek olduğu, yaşın artması ile güvensizlik, duygusal tepki, ilaç kullanmada endişe düzeylerinin arttığı, eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin beslenme düzeylerinin daha iyi olduğu, gelir getiren bir işte çalışmadığını belirten ve ekonomik durumlarını gelir giderini karşılamıyor olarak belirten bireylerin duygusal tepki düzeylerinin daha yüksek olduğu, ailesiyle yaşadığını belirten bireylerin ilaç yan etkileri hakkında endişe düzeylerinin daha yüksek olduğu, kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin duygusal tepki, bağımlılık, beslenme, ilaç kullanma hakkında endişe düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü.

- ÇBASD ölçeğinden alınan puanlar sosyodemografik özelliklere göre incelendiğinde ise; evli olan ve aileleri ile yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.
- MIDAS ölçeğinin fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki ve bağımlılık alt boyutları ile ÇBASD ölçek toplamı, aile, arkadaş ve özel insan alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- MI geçiren bireylere ve ailelerine verilen eğitimlerde bireyin iyileşme ve tedaviye uyum sürecinde sosyal desteğin önemini içeren bilgilere yer verilmesi,
- MI geçiren bireylere sosyal destek hizmetlerinin arttırılması,
- Benzer çalışmaların farklı örneklem gruplarında tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akçay Fırat, F., ve Dedeli, Ö., (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing,* 7 (14), 153-161. doi: 10.5543/khd.2016.72792

Albayrak, S., Çağlar, O., Özhan, H., Aslantaş, Y., Ekinözü, İ., ve Türker, Y., (2014). Meteorolojik Değişkenlerin Kardiyak Patoloji Kaynaklı Hastane Yatışlarına Etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi,* 6 (3), 17-20.

Almamari, R. S., Muliira, J. K., ve Lazarus, E. R., (2019). Self-reported sleep quality and depression in post myocardial infarction patients attending cardiology outpatient clinics in Oman. *International Journal of Nursing Sciences,* 6(4), 371-377. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.008.

Altun, İ., (2017). *Etik ve Değerler,* Hemşirelik Esasları, İçinde: Atabek Aştı, T., Karadağ A (ed.), Bölüm 8, Akademi, İstanbul, ISBN: 978-975-01795-7-0, 113-122.

André-Petersson, L., Engström, G., Hedblad, B., Janzon, L., Rosvall, M., (2007), Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men, *Social Science & Medicine,* 64(4), 830-841. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.10.020.

Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D., (2010), Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi,* 18(2), 87-97.

Asleh Rabea Manemann, Sheila, M., Weston, Susan, A., Bielinski, Suzette, J., Chamberlain, Alanna, M., Jiang, Ruoxiang, Gerber, Yariv, Roger, Veronique L., (2021). Sex Differences in Outcomes after Myocardial Infarction in the Community. *The American Journal of Medicine,* 134(1), 114-121. *S0002934320305428*–. doi:10.1016/j.amjmed.2020.05.040

Aydemir, S., (2019). *St Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü Hastalarında Mortalite Risk Skorlamalarının, Koroner Arter Hastalığı Yaygınlığı ve Ciddiyetini Değerlendirmede Kullanılan Syntax Skoru ile Karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, T.C Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı.

Bayrak B., Oğuz, S., Arsaln, S., Candar, B., Keleş, S., Karagöz, B., Akpınar, G., (2019), Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs,* 10(23), 129–137 doi: 10.5543/khd.2019.09717

Blikman, M. J., Jacobsen, H. R., Eide, G. E., & Meland, E. (2014). How Important Are Social Support, Expectations and Coping Patterns during Cardiac Rehabilitation. *Rehabilitation research and practice*. https://doi.org/10.1155/2014/973549

Boutin-Foster, C., (2005), In Spite of Good Intentions: Patients' Perspectives on Problematic Social Support İnteractions. *Health Qual Life Outcomes,* **3(**52). doi:10.1186/1477-7525-3-52

Bucholz, E. M., Strait, K. M., Dreyer, R. P., Geda, M., Spatz, E. S., Bueno, H., … Krumholz, H. M., (2014), Effect of Low Perceived Social Support on Health Outcomes in Young Patients with Acute Myocardial Infarction: Results From the VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients Study. *Journal of the American Heart Association,* 3(5), *e001252–e001252*. doi:10.1161/jaha.114.001252

Bulduk, B., Aktaş, M.C., ve Bulduk, M., (2017), Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar, *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3, 24-27. doi: 10.5222/jaren.2017.1005

Büyükyılmaz, F., (2015). *Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi,* Hemşirelik Esasları, İçinde: Atabek Aştı, T., Karadağ A (ed.), Akademi, İstanbul, 1-17.

Cabello, J.B., Burls, A., Emparanza, J.I., Bayliss, S.E., Quinn, T., (2016), Oxygen therapy for acute myocardial infarction, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD007160), doı: 10.1002/14651858.CD007160.pub4.

Carpentino- Moyet, L. J., (2013), *Hemşirelik Tanıları El Kitabı.* (Çev. Erdemir, F.). Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul. (Orijinal yayın tarihi. 2010)

Ceylan, Y., Kaya, Y., Tuncer, M., (2011), Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 18(3), 147-154.

Compare, A., Zarbo, C., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., Baldassari, E., Bonardi, A., … Romagnoni, C., (2013), Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review, *Frontiers in Psychology,* 4,. doi:10.3389/fpsyg.2013.00384

Çam, O., ve Nehir, S., (2011), Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 27(2), 47-59.

Çelik, M., Enç, N., (2021), İmplante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri, *Turk J Cardiovasc Nurs,* 12(28), 110-119. doı: 10.5543/khd.2021.46330

Çetinkaya, F. F., Korkmaz, F., (2019), Algılanan Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* 20(1), 91-103.

Çiftçi, S., ve Rakıcıoğlu, N., (2019), Yaşlılarda Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme Etmenleri. *Bes Diy Derg,* 47(1), 82-90. doi: 10.33076/2019.BDD.1204

Çeçen, D., (2011), *Roper, Logan Ve Tierney' İn Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda "Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu"Nun Geliştirilmesi Ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi,* Yayımlanmış Doktora Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Demir, Y., (2012), *Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı,* Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, İçinde: Akça Ay, F., (ed.), Bölüm 26, Nobeltıp, İstanbul, ISBN: 978-975-420-858-0, 697-72.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C., (2006), *Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span*. F.A. Davis Co, Philadelphia.

Doğu, Ö., Kaya, H., Gündüz, H., Parlak, S., (2015), Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylere Eğitim ve Danışmanlıkta Web Tabanlı Uzaktan Eğitim Önerisi, *Mn Kardiyoloji,* 22(4), 217-222.

Doğu, Ö., (2017), *Web Tabanlı Uzaktan Eğitim ve Danışmanlığın Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerin Tedaviye Uyumu ve İyilik Durumuna Etkisi*, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD.

Dural, G., ve Sarıtaş, S., (2017), Miyokard İnfarktüsünde Ev Tabanlı Eğitim ve Yaşam Kalitesi, *Journal of Cardiovascular Nursing,* 8(17), 86-94. doi: 10.5543/khd.2017.04796

Dülek, H., Tuzcular, Vural, E., Z., Ve Gönenç, I., (2018), Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri, *The Journal Of Turkish Family Physician*, 9(2), 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253

Eid, M., M., ve Zubaidi, A., A., (2021), ST-elevation myocardial infarction in a patient with COVID-19, *Visual Journal of Emergency Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.visj.2021.101151

Eker, D., ve Arkar, H., (1995), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 45-55.

Er, T., Kurçer, M.A., Erdoğan, Z., (2020), Koroner Arter Hastalarında Fiziksel ve Cinsel Aktiviteden Kaçınma Davranışını Etkileyen Faktörler, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 234-42. doi: https://doi.org/10.35232/estudamhsd.681952

European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Turk Kardiyol Dern Ars*, 40(3), 1-76.

Fehr, N., et al. (2018), Antidepressant Prescription İn Acute Myocardial İnfarction İs Associated With İncreased Mortality 1 Year After Discharge, *European Journal of Internal Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.12.003

Garcia, R. P., Budó, M. de L. D., Schwartz, E., Simon, B. S., & Silva, F. M. da, (2015), Apoio social frente à necessidade de cuidado após infarto do miocárdio, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 649–655. doi:10.1590/0034-7167.2015680411i

Garcia, R. P., Budó, M. L. D., Schwartz, E., Simon, B. S., Silva, F. M., (2015), Social Support Towards The Necessity Of Caring After Myocardial İnfarction, *Rev Bras Enferm.* 68(4), 564-70.doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680411i

Gökahmetoğlu, G., (2021), Algılanan Sosyal Destek Ve Yaşam Amacının Travma Sonrası Büyüme İle İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Greeno, M., (2010), Death and Dying, Nursing Care and The Activities of Living, İçinde: Peate, I., (ed), Chapter 15, Willey Blackwell, UK, 273-297.

Guo, J., Xing, X., Lv, N., Zhao, J., Liu, Y., Gong, H., … Dong, Z., (2019), Therapy for myocardial infarction: In vitro and in vivo evaluation of puerarin-prodrug and tanshinone co-loaded lipid nanoparticulate system, *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 109480, 120 doi:10.1016/j.biopha.2019.109480

Hakyemez, F., ve Koç, Z., (2021), Akut Miyokard İnfarktüsü ve Perkütan Koroner Girişim Sonrası Nanda Tanıları Ve Nıc Girişimleri İle Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergis*i, 24(1), 131-138. doi: 10.17049/ataunihem.574118

Helvacı, A., Tipi, F. F., ve Belen, E., (2014), Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar, *Okmeydanı Tıp Dergisi,* 30(1), 5-14. 2014 doi:10.5222/otd.supp1.2014.005.

Herdman, T. H., ve Kamitsuru, S., (2018), *NANDA International Inc. Hemşirelik Tanıları: Tanımlar & Sınıflandırma 2018-2020*. (çev. ed. Acaroğlu, R.,), Nobeltıp Kitapevi, .İstanbul, ISBN: 978-605-335-360-7.

Hoyles, A., Hilton, A. P., Seymor, N., (2005), *Personal Cleansing and Dressing*, Fundemental Nursing Skills, İçinde: Hilton, P., (ed.), Chapter 3, Whurr Publishers, London, ISBN: 1-86156-416-3, 43-74.

Hilton, A. P., (2005), *Breathing,* Fundemental Nursing Skills, İçinde: Hilton, P., (ed.), Chapter 1, Whurr Publishers, London, ISBN: 1-86156-416-3, 43-75, 1-19.

Hilton, A. P., (2005), *Expressing Sexuality*, Fundemental Nursing Skills, İçinde: Hilton, P., (ed.), Chapter 10, Whurr Publishers, London, ISBN: 1-86156-416-3, 239-253.

Holland, K., (2019), *An Introduction to the Roper- Logan- Tierney Model of Nursing, Based on Activities of Living*. Applying the Roper- Logan- Tierney Model in Practise, İçinde: Holland, K., Jenkins, J., (ed.), Chapter 2, Elsevier, New York, (3), ISBN: 978-0-7020-4658-2, 17-42.

Huriani, E., (2019), Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(3), 294-299.

Iggulden, H., ve Sharples, N., (2009), *Communication,* Clinical Skills The Essence of Caring, İçinde: Iggulden, H., MacDonald, C., ve Staniland, K., (ed.), Chapter 2, McGraw-Hill/Open University Press, London, ISBN: 13-978-0-33-522355-8, 6-25.

Irmak, Z., ve Fesci, H., (2005), Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergis*i, 85–96.

Işık, S., Delibaşı, T., Berker, D., Aydın, Y., ve Güler, S., (2009), Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi, *Anadolu Kardiyoloji Der*gisi, 9, 238-47.

Kaplan, C.B., (2015)., *Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmes*i, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, T. C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı.

Kang, K., et al., (2017), Correlates Of Health-Related Quality Of Life İn Patients With Myocardial İnfarction: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies,* 73, 1–16. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010

Kang, K., et al. (2018), Predictors Of Health-Related Quality Of Life İn Korean Patients With Myocardial İnfarction: A Longitudinal Observational Study. *Heart & Lung*, 47, 142–148. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.005

Kaya, E., (2019), *Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi Ve Stresle Başa Çıkmada Sosyal Desteğin Etkisi,* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaya, H., (2017), *Uygulama ve Değerlendirme,* Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, İçinde: Aştı, T. A., ve Karadağ, A., (ed.), Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 201-208.

Kaya, M., Özlü, Z. K., (2019), Elektif Cerrahi Bekleyen Hastalarda Cerrahi Korkunun Sosyal Destek Algısı ile İlişkisinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4): 281-290. doı: 10.17049/ataunihem.550029

Kazukauskiene, N., Bunevicus A., Gecaite-Stonciene, J., Ve Burkauskas, J., (2021), Fatigue, Social Support, and Depression in Individuals With Coronary Artery Disease, *Front. Psychol*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732795

Kılıç, S. P., Kılıç, N., Demirel, C., (2021), Yaşlı Hipertansif Hastalarda Sosyal Destek ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki, *Journal of Education and Research in Nursing*, 180-187. doı: 10.5152/jern.2021.91979

Kiani, F., Hesabi, N., ve Arbabisarjou, A., (2015), Assessment of Risk Factors in Patients With Myocardial Infarction, *Glob J Health Sci.* 8(1), 255–262. doi: 10.5539/gjhs.v8n1p255

Kim, C.-Y., Lee, J. H., Jang, S. Y., Bae, M. H., Yang, D. H., Park, H. S., … Chae, S. C., (2019), Usefulness of Calculation of Cardiovascular Risk Factors to Predict Outcomes in

Patients With Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*. doi:10.1016/j.amjcard.2019.06.010

Kim, J.W., et al., (2019), Longitudinal Associations Of Stressful Life Events And Social Support Deficits With Later Functioning In Patients With Acute Coronary Syndrome Social Factors For Functioning In ACS, *Journal of Affective Disorders*. 256, 560–566. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.054

Koldaş, Z. L., ve Polat, F., (2020), *Kalp Hastalıklarında Solunum Sistemi Yansımalar,* Sistemik Hastalıklarda Akciğer, Aydın, G., Çağatay, T., (ed.), 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, 6-15.

Kök, H., Demir, S., Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek, *Cukurova Medical Journal,* 43(1):99-106. doı: 10.17826/cumj.340622

Krittanawong, C., Luo, Y., Mahtta, D., Narasimhan, B., Wang, Z., Jneid, H., … Virani, S. S. (2020), Non-traditional risk factors and the risk of myocardial infarction in the young in the US population-based cohort, *IJC Heart & Vasculature,* 30, 100634. doi:10.1016/j.ijcha.2020.100634

Kumar, M., Kumar Nayak, P., (2017), Psychological Sequelae Of Myocardial İnfarction, *Biomedicine & Pharmacotherapy,* 95, 487–496. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopha.2017.08.109

Kurt, Y., Özkan, Ç.G., ve Demirbağ, B.C., (2016), Bir Olgu: Akut Miyokard İnfartüsünde Nanda Tanıları Ve Nıc Girişimleri ile Hemşirelik Bakımı, *Balikesir Saglik Bil Dergisi*, 5(3), 138-146. doi: 10.5505/bsbd.2016.57060

Kuyumcu, A., (2018), *Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Beslenme Durumui ile Serum Nesfatin-1 Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı.

Küçükşen, K., Kilci, R., Orhan, E. F., Maral A. B., (2018), Türk Toplumunda Yaşlıların Sosyal Destek Mekanizmaları ve Sosyal Dışlanma Algısı, *İTOBİAD KONGRE/18 | I. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Kongresi 23-25 Kasım.*

Lee, S., ve Hilton, A. P., (2005)., *Maintaining Body Temperature,* Fundemental Nursing Skills, İçinde: Hilton, P., (ed.), Chapter 9, Whurr Publishers, London, ISBN: 1 -86156-416-3, 225-239.

Leifheit-Limson, E., et al., (2012), Changes in Social Support Within The Early Recovery Period And Outcomes After Acute Myocardial İnfarction, *Journal of Psychosomatic Research,* 73, 35-41. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.04.006

Leifheit-Limson, E. C., Reid, K. J., Kasl, S. V., Lin, H., Jones, P. G., Buchanan, D. M., Parashar, S., Peterson, P. N., Spertus, J. A., & Lichtman, J. H., (2010), The role of social support in health status and depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for a stronger relationship among women, *Circulation: Cardiovascular quality and outcomes*, *3*(2), 143–150. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.899815

Liblik, K., Mulvagh, S. L., Hindmarch, C. C. T., Alavi, N., & Johri, A. M., (2021), Depression and anxiety following acute myocardial infarction in women, *Trends in Cardiovascular Medicine*, doi:10.1016/j.tcm.2021.07.005

Lindberg, J., Hunter, M. l., Kruszewski, A. Z., (1990), *Introduction to Nursing Concepts, Issues, and Opportunities,* J. B. Lippincott Company, Philedephia, ISBN: 0-397-54745-5, 255.

Mohsenipouya, H., Majlessi, F., Jannatti, Y., Naghibi, S. A., Ghaemian, A., Sangani, A., (2021), The Role of Perceived Social Support to Predict Depressive Disorder andLifestyle Components in Patients with Myocardial Infarction, *J Adv Med Biomed Res,* 29(135), 223-229.

Montrief, T., Davis, W. T., Koyfman, A., & Long, B. (2019). Mechanical, inflammatory, and embolic complications of myocardial infarction: An emergency medicine review. *The American Journal of Emergency Medicine.* doi:10.1016/j.ajem.2019.04.003

Mookadam, F., Arthur, H. M., Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction: Systematic Overview, *Arch Intern Med,* 164(14), 1514–1518. doi:10.1001/archinte.164.14.1514

Narjis, M., Noreen, M., Safi, S. Z., Ilahi, N. E., Alomar, S. Y., ve Alkhuriji, A. F., (2021), Cross talk between complete blood count and progression of type II diabetes mellitus, *Journal of King Saud University - Science*, 33(6), 101492. https://doi.org/10.1016/j.jksus.2021.101492

Ogunsakin, R. E., Olugbara, O. O., Moyo, S., ve Israel, C., (2021), Meta-Analysis Of Studies On Depression Prevalence Among Diabetes Mellitus Patients in Africa, 7(5). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07085

Oğuz, S., Cesur, K., Koç, S., (2011), Hemşirelik Öğrencilerinde Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,* 18-21, doi: 10.5543/khd.2011.004

Onat, A., ve Can, G., (2017), *Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı,* TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, Onat A. (ed.), Logos Yayıncılık, İstanbul, 20-29.

Ong, H.L., Vaingankar, J.A., Abdin, E. *et al,*. (2018), Resilience and Burden in Caregivers of Older Adults: Moderating And Mediating Effects of Perceived Social Support, *BMC Psychiatry*, **18(**27). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z

Öz, H., (2006), *Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özden, D., (2017), *Hasta Güvenliği*, Hemşirelik Esaasları, İçinde: Atabek Aştı, T., Karadağ, A., (ed.), Bölüm 19, Akademi, İstanbul, ISBN: 978-975-01795-7-0, 261-287.

Özer, Z. C., ve Demir, Ş., (2012), Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı, *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-11. doi: 10.5543/khd.2012.003

Öztürk, S., ve Öztürk, S., (2012), Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak Dislipidemilere Yaklaşım, *Abant Medical Journal*, 1(2), 89-93. doi: 10.5505/abantmedj.2012.88598

Peate, I., (2010), *The sexual Being*, Nursing Care and The Activities of Living, İçinde: Peate, I. (ed.), Chapter 13, Willey Blackwell, UK, ISBN: 978-1-4051-9458-7, 236-255.

Piros, P., Ferenci, T., Fleiner, R., Andréka, P., Fujita, H., Főző, L., … Jánosi, A., (2019), Comparing machine learning and regression models for mortality prediction based on

the Hungarian Myocardial Infarction Registry, *Knowledge-Based Systems*. doi:10.1016/j.knosys.2019.04.027

Pushkarev, G., Kuznetsov, V., Yaroslavskaya, E., Bessonov, I., (2019), Social support for patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention, *J Psychosom Res*, 119, 74-78. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.011.

Rathore, V., Singh, N., ve Mahat, R. K., (2018), Risk Factors for Acute Myocardial Infarction: A Review, *EJMI*, 2(1), 1–7. doi: 10.14744/ejmi.2018.76486

Roper, N., Logan, W. W., ve Tierney, A., (1996), *The Roper- Logan- Tierney Model: A Model in Nursing Practice,* Blueprint for Use of Nursing Models: Education, Reseasrch, Practice & Administration, İçinde: Walker P.H & Neuman b. (eds.), Chapter 6, NLN Press, New York, ISBN: 0-88737-656-8, 289-316.

Rasooli, A.S., ve ark. (2013), Patients' Point of View about Nurses' Support of Individualized Nursing Care in Training Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. *J Caring Sci*. 2(3): 203–209.

Rasooli, A. S., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., & Shahbazpoor, M., (2013), Patients' Point of View about Nurses' Support of Individualized Nursing Care in Training Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences, *Journal of caring sciences*, *2*(3), 203–209. https://doi.org/10.5681/jcs.2013.025

Roy, B., Hajduk, A. M., Tsang, S., Geda, M., Riley, C., Krumholz, H. M., & Chaudhry, S. I., (2021), The association of neighborhood walkability with health outcomes in older adults after acute myocardial infarction: The SILVER-AMI study, *Preventive Medicine Reports,* 23, 101391. doi:10.1016/j.pmedr.2021.101391

Saelee et al. (2019). Longitudinal Associations Between Self-Reported Experiences Of Discrimination And Depressive Symptoms İn Young Women And Men Postmyocardialinfarction. *Journal of Psychosomatic Research*. 124: 109782. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109782

Saelee, R., Vaccarino, V., Sullivan, S., Hammadah, M., Shah, A., Wilmot, K., Abdelhadi, N., Elon, L., Pimple, P., Kaseer, B., Levantsevych, O., Bremner, J.D., Lewis, T.T., (2019), Longitudinal associations between self-reported experiences of discrimination and depressive symptoms in young women and men post- myocardial infarction, *J Psychosom Res,* 124. 109782. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109782.

Saka, T., (2016), Koroner Kalp Hastalığı ve Egzersiz, *Spor Hekimliği Dergisi,* 51(2), 56-68. doi: 10.5152/tjsm.2016.007

Sarı, E., (2020), *Koah Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Öz Bakım Gücüne Etkisi,* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Sir, Ö., (2020), *Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı.

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., (2001), *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*, 4. Baskı, J.B. Lippincott Company, Philedelphia, ISBN: 0-7817-2273-X.

Tekin, F., (2011), *Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi,* Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Tenekeci, E.G., ve Kara, B., (2016), Miyokart infarktüsü geçiren bireylerde uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki, *Gülhane Tıp Dergisi,* 58, 366-372. doi:10.5455/gulhane.210780

Thompson, D. R., Jenkinson, C., Roebuck, A., Lewin, R. J., Boyle, R. M., Chandola, T., (2002), Development and Validation of A Short Measure of Health Status for Individuals with Acute Myocardial Infarction: The MyocardialInfarction Dimensional Asssessment Scale (MIDAS), *Quality Life Research*, 11, 535- 43.

Thygesen, K., Alpert, J. S., & White, H. D., (2007), Universal Definition of Myocardial Infarction, *Journal of the American College of Cardiology*, 50(22), 2173–2195. doi:10.1016/j.jacc.2007.09.011

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012), Third Universal Definition of Myocardial Infarction, *Circulation*, 126(16), 2020–2035. doi:10.1161/cir.0b013e31826e1058

Tokgözoğlu, L., Kaya, E.B., Erol, Ç., ve Ergene, O., (2010), EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması, *Türk Kardiyol Dern Arş,* 38(3), 164-172.

Tosun, H., (2018), Hemşirelik Eğitimi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli, Con*ference: ICQH2018 International Conference on Quality in Higher Education,* 5-7 Aralık, İstanbul, İstanbul, Türkiye.

Türkmen, S. N., ve Çam, M. O., (2012), Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 105-115. doi: 10.5505/phd.2012.32032

Türkseven, E., Öner, C., Çetin, H., Şimşek, E. E., (2020), Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Doyumu İlişkisi: Bir Saha Çalışması, *Euras J Fam Med*, 9(1), 51-6. doi:10.33880/ejfm.2020090107

Ulrich, R., Pischon, T., Robra, B.-P., Freier, C., Heintze, C., & Herrmann, W. J., (2019), Health care utilisation and medication one year after myocardial infarction in Germany – a claims data analysis, *International Journal of Cardiology*. doi:10.1016/j.ijcard.2019.07.050

Uysal, H., (2009), *İlk Kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Uygulanan Bireysel Danışmanlığın Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Uysal, H., ve Özcan, Ş., (2011), A Turkish Version of Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (TR- MIDAS): Reliability- Validity Assessment, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 115-23.

Uzdil, N., Ceyhan, Ö., Şimşek, N., (2018), Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Psikososyal Yaklaşım, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7 (1), 51-57.

Ünal, S., (2017), *İletişim,* Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, İçinde: Atabek Aştı, T., Karadağ, A., (ed.), Bölüm 18, Akademi, İstanbul, ISBN: 978-975-01795-7-0, 245-260.

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B. *et al.*, (2018), Associations Between Loneliness and Perceived Social Support and Outcomes of Mental Health Problems: A Systematic Review, *BMC Psychiatry*, **18,** 156 https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5

Wang, W., Chair, S.Y., Thompson, D.R., Twinn, S.F. (2012), Effects of Home-Based Rehabilitation on Health-Related Quality of Life and Psychological Status in Chinese Patients Recovering from Acute Myocardial Infarction. *Heart Lung*, 41, 15–25.

Wang, W., Jiang, Y., He, H.-G., Koh, K. W. L., (2015), A Randomised Controlled Trial on The Effectiveness of A Home-Based Self-Management Programme For Community-Dwelling Patients with Myocardial Infarction, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-11. doi:10.1177/1474515115586904

Wang, W., Lopez, V., ve Thompson, D. R., (2006), A Chinese Mandarin Translation and Validation of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), *Quality of Life Research*, 15 (7), 1243- 1249.

Wang, Y., Tang, Z., Dong, A., Cai, J., ve Le, P., (2021), The effect of emergency nursing on the mental health and limb function recovery of myocardial infarction patients, *Am J Transl Res*, 13(10), 11697–11703.

Weiss-Faratci N, et al. (2016). Perceived Social Support At Different Times After Myocardial İnfarction And Long-Term Mortality Risk: A Prospective Cohort Study.: 1-5. http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.03.005

Weiss-Faratci, N., Lurie, I., Neumark, Y., Malowany, M., Cohen, G., Benyamini, Y., Goldbourt, U., Gerber, Y., (2016), Perceived social support at different times after myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study, *Annals of Epidemiology*, 26(6), 424-8. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.03.005.

Vardar Yağlı, N., İnce, D.İ., Sağlam, M., Çalık Kütükçü, E., Arıkan, H., Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete ve Depresyonu Belirleyen Faktörler, *Turk J Physiother Rehabil*, 26(1), 40-46.

Velioğlu, P., (2012), Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Akademi, İstanbul, ISBN: 978-975-01795-8-7.

Wu, J. C., (2019), Acute Myocardial Infarction. Essential Echocardiography, 195–199. e1. doi:10.1016/b978-0-323-39226-6.00018-7

Yandrapalli, S., Nabors, C., Goyal, A., Aronow, W. S., & Frishman, W. H., (2019), Modifiable Risk Factors in Young Adults With First Myocardial Infarction, *Journal of the American College of Cardiology*, 73(5), 573–584. doi:10.1016/j.jacc.2018.10.084

Yardımcı, T., (2010), *İlk Kez Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği.

Yel, P., ve Türeyen, A., (2021), Warfarin İntoksikasyonu ile Acil Servise Başvuran Atrial Fibrilasyon Tanılı Olgunun Hemşirelik Yönetimi, *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(29), 207-213 doi: 10.5543/khd.2021.62207

Yıldırım, İ., (1997), Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliği, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 13, 81-87.

Yıldız, K., Dirik, D., (2018), Algılanan Sosyal Destek Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkide Algılanan Öz Yeterliliğin Rolü, *SPORMETRE,* 17(2), 132-144. doı: 10.33689/spormetre.500792

Yılmaz, E. B., Ergün A., (2010), Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 26 (3), 1-10.

Yılmaz, E., Eser, E., Sekuri, C. ve Kültürsay, H., (2011), Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 11(5), 386-401.

Yöntem, M., Erdoğdu, B., Akdoğan, M., Kaleli, S., (2017), Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısında Kardiyak Markörlerin Önemi, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2(4), 11-17. doi: 10.26453/otjhs.357230

Yuvakgil, Z., (2017), *Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sosyal Ağ Büyüklükleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015), Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015- 2020, 18.* https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/506 (Erişim Tarihi: 11.07.2021).

https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ ; Erişim Tarihi: 19.07.2019

https://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/10-082370/en/ Erişim Tarihi: 07.12.2019

https://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/10-079947/en/ Erişim Tarihi: 07.12.2019

World Health Organization, (2021), *Cardiovascular diseases (CVDs),* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (Erişim Tarihi: 11.07.2021)

World Health Organization, (2021), *Obesity*, https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_3 Erişim Tarihi: 26.07.2020

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (Erişim Tarihi: 2.12.2021)

https://www.cdc.gov/heartdisease/risk_factors.htm Erişim Tarihi: 20.02.2022

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İYİLİK HALİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%15	%5	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Ordu Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

dspace.balikesir.edu.tr