

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN  
KONFOR VE HASTA AKTİFLİK DÜZEYLERİ İLE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Hande ARICI TÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

Hande ARICI TÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN  
KONFOR VE HASTA AKTİFLİK DÜZEYLERİ İLE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Hande ARICI TÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. SELMA TURAN KAVRADIM

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Selma TURAN KAVRADIM  
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER .....  
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ .....  
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Fatma ARIKAN .....  
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Şefika Tuğba YANGÖZ .....  
Pamukkale Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Hande ARICI TÜRK

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selma TURAN KAVRADIM

İmza

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen, akademik yolculuğumda yol gösterici olan, profesyonel yaklaşımlarıyla beni motive eden, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Selma TURAN KAVRADIM'a,

Lisansüstü eğitim sürecimde değerli bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden kıymetli hocalarım Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e; Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a, Doç. Dr. Fatma ARIKAN'a ve İç Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim dalındaki tüm öğretim elemanlarıma,

Tez çalışmamın yürütülmesinde destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne ve T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Başhekimliğı'ne,

Mesleki bilgi ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, yoğun iş temposu ile fedakarca çalışan Kardiyoloji Kliniğı'nin değerli hemşirelerine ve tez çalışmama katılmayı kabul ederek sorularımı içtenlikle cevaplayan kıymetli hastalarıma,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgisini, anlayışını ve desteğini her daim yanımda hissettiğim sevgili eşim Ali Buğra TÜRK'e,

Beni bugünlere getiren, her anımda yanımda olan, hayallerimi ve hedeflerimi gerçekleştirirken desteklerini her daim yanımda hissettiğim canım annem Döndü ARICI'ya, sevgili babam Mustafa ARICI'ya ve biricik kardeşim İrem ARICI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hande ARICI TÜRK

Mayıs, 2024

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma Mayıs 2023- Ağustos 2023 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde dâhil edilme kriterlerine uyan 138 birey üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Genel Konfor Ölçeği ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin %67.4'ünün erkek, %52.9'unun ilköğretim mezunu ve yaş ortalamasının  $55.47\pm 13.59$  olduğu saptanmıştır. Genel Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $2.85\pm 0.29$ , Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamasının  $48.79\pm 12.49$  olduğu saptanmış ve konfor düzeyinin orta düzeyde, hasta aktiflik düzeyinin ise bireylerin %50.7'sinde birinci aşamada olduğu belirlenmiştir. Bireylerin genel konfor düzeyini cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanma sıklığı, sağlık algısı ve halsizlik-yorgunluk semptomunun; hasta aktiflik düzeyini eğitim ve çalışma durumu, düzenli egzersiz, kronik hastalık varlığı, baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk semptomlarının etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Genel Konfor Ölçeği ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konforunun orta düzeyde olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun birinci aşama aktiflik düzeyinde yer aldığı belirlenmiştir. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde konfor ve hasta aktiflik düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması ve artırmaya yönelik bütüncül hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** hasta aktiflik düzeyi, hemşirelik, konfor, miyokard enfarktüsü

## ABSTRACT

**Objective:** This descriptive cross-sectional study was conducted to determine the comfort and patient activity levels of patients with myocardial infarction and the factors affecting them.

**Method:** The study was conducted between May 2023 and August 2023 on 138 individuals who met the inclusion criteria in the Cardiology Clinic of Isparta City Hospital. The research data were collected using Personal Information Form, General Comfort Scale and Patient Activation Measure. SPSS 23.0 package program was used for statistical analysis of the data. Data were evaluated using descriptive statistics, t test, one-way analysis of variance and Pearson correlation analysis. The significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** It was found that 67.4% of the individuals who had myocardial infarction were male, 52.9% were primary school graduates and the mean age was  $55.47 \pm 13.59$  years. The mean score of the General Comfort Scale was  $2.85 \pm 0.29$ , the mean score of the Patient Activation Measure was  $48.79 \pm 12.49$ , and it was determined that the comfort level was at a moderate level and the patient activity level was at the first stage in 50.7% of the individuals. It was concluded that gender, educational status, smoking frequency, health perception and weakness-fatigue symptom affected the general comfort level of the patients; while education and employment status, regular exercise, presence of chronic disease, headache, numbness in hands and arms symptoms affected the patient activity level. It was found that there was a statistically significant, positive, weak correlation between the mean scores of the General Comfort Scale and the Patient Activation Measure.

**Conclusion:** It was determined that the comfort of individuals with myocardial infarction was at a moderate level and the majority of patients were at the first stage activity level. It is recommended to determine the factors affecting comfort and patient activity levels in individuals with myocardial infarction and to plan holistic nursing interventions to increase them.

**Keywords:** comfort, myocardial infarction, nursing, patient activity level

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	viii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	ix
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Koroner Arter Hastalığı	3
2.2. Miyokard Enfarktüsü	3
2.2.1. Miyokard Enfarktüsünde Belirti ve Bulgular	4
2.2.2. Miyokard Enfarktüsünde Tedavi	4
2.2.3. Miyokard Enfarktüsü Sonrası Fiziksel ve Psikososyal Sorunlar	6
2.3. Konfor Kavramı	7
2.3.1. Konfor Düzeyleri	7
2.3.2. Konfor Kuramının Boyutları	8
2.3.3. Konfor Kavramını Etkileyen Faktörler	9
2.3.4. Konforu Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri	10
2.4. Hasta Aktiflik Düzeyi	12
2.4.1. Hasta Aktiflik Aşamaları	12
2.4.2. Hasta Aktiflik Düzeyini Etkileyen Faktörler	13
2.4.3. Hasta Aktiflik Düzeyini Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri	14
2.5. Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri Arasındaki İlişki	15
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>17</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	17

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri	19
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.4.2. Genel Konfor Ölçeği	20
3.4.3. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı	20
3.5. Ön Uygulama	21
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	24
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	24
<b>4. BULGULAR</b>	<b>26</b>
4.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor Düzeylerine İlişkin Bulgular	34
4.3. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor Boyutlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	35
4.4. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeylerine İlişkin Bulgular	54
4.5. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	55
4.6. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	63
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>64</b>
5.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor Düzeyleri ve Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörler	65
4.7. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyleri ve Hasta Aktiflik Düzeylerini Etkileyen Faktörler	75
4.8. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri Arasındaki İlişki	79

<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>81</b>
6.1. Araştırmacılara İlişkin Öneriler	82
6.2. Uygulayıcılara İlişkin Öneriler	82
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>84</b>
<b>EKLER</b>	<b>98</b>
EK-1: İş-Zaman Çizelgesi	98
EK-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu	99
EK-3: Kişisel Bilgi Formu	100
EK-4: Genel Konfor Ölçeği	102
EK-5: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı	104
EK-6: Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni	105
EK-7: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği Kullanım İzni	106
EK-8: Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	107
EK-9: T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kurum İzni	109
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>110</b>

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b>	Örneklem özellikleri	19
<b>Tablo 3.2.</b>	Genel Konfor Ölçeği ve Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın toplam ve alt boyutlarının normallik analizi sonuçları	25
<b>Tablo 4.1.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri	27
<b>Tablo 4.2.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri	29
<b>Tablo 4.3.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar	32
<b>Tablo 4.4.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Genel Konfor Ölçeği alt boyutları, düzeyleri ve toplam puan ortalamalarının dağılımı	34
<b>Tablo 4.5.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	35
<b>Tablo 4.6.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	38
<b>Tablo 4.7.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	43
<b>Tablo 4.8.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	46
<b>Tablo 4.9.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	48
<b>Tablo 4.10.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	52
<b>Tablo 4.11.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamasının dağılımı	54
<b>Tablo 4.12.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı'na göre aktivlik düzeylerinin dağılımı	54

<b>Tablo 4.13.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	55
<b>Tablo 4.14.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	58
<b>Tablo 4.15.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	61
<b>Tablo 4.16.</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişki	63

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Araştırmaya dahil edilme süreci	18
Şekil 3.2.	Araştırmanın uygulama süreci	23



## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>AKS</b>	: Akut Koroner Sendrom
<b>BKI</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>ESC</b>	: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>MI</b>	: Miyokard Enfarktüsü
<b>Min</b>	: Minimum
<b>PAM</b>	: Patient Activation Measure (Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı)
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
<b>SS</b>	: Standart Sapma
$\bar{X}$	: Ortalama

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde en yaygın morbidite ve mortalite nedeni olmayı sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yaklaşık olarak 17.9 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmekte ve bu durum tüm ölümlerin %32'sini oluşturmaktadır (DSÖ, 2021). Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology) verilerine göre ise yaklaşık 19 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (Tsao ve ark., 2023). Kardiyovasküler hastalıklar arasında sık görülen koroner arter hastalığının hayatı tehdit eden en ciddi komplikasyonu, miyokard enfarktüsü olup (Knuuti ve ark., 2020) günümüzde en önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir (Byrne ve ark., 2024). Miyokard enfarktüsünde hastaların göğüs ağrısı yaşaması ve bu duruma çeşitli semptomların eşlik etmesi (Thygesen ve ark., 2018; Byrne ve ark., 2024), buna ek olarak koroner girişim sonrası uygulanan immobilizasyon, komplikasyonlar, yoğun bakım süreci hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir (Dağlı, 2021; Cihan, 2021; Kavaklı ve ark., 2023). Yaşanan bu sorunlarla birlikte hastane yatışlarının ani ve beklenmedik olması ve belirsizlik durumu hastaların konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Şahan ve ark., 2018; Góis ve ark., 2018; Dağlı, 2021).

Konfor kavramı kaliteli bakımın bir parçası ve bütüncül hemşirelik yaklaşımının temeli olarak görülmektedir (Erdemir ve Çırlak, 2013). Konfor, tedaviye uyum sağlama, iyileşme sürecini hızlandırma ve stresle başetmeyi kolaylaştırmada önemlidir (Şahin ve Rızalar, 2018; Yılmaz, 2020). Koroner anjiyografi uygulanan bireylerin konfor düzeyi arttıkça, kaygı düzeyinin azaldığı görülmüştür (Dağlı, 2021). Cihan'ın (2021) koroner anjiyografi sonrası immobil dönemde komplikasyonların azaltılmasının konfor düzeyini artırabileceği belirtilmiştir. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalığa ve tedavi sürecine bağlı yaşadığı fiziksel ve psikososyal sorunların konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebileceği, konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin bütüncül hemşirelik yaklaşımının sağlanmasında ve gerekli müdahalelerinin planlanmasında önemli olabileceği öngörülmektedir.

Kendilerini konforlu hisseden bireylerin, tedaviye daha aktif olarak katıldıkları (Williams ve ark., 2017), hastaların aktiflik düzeyi ve öz yeterliği arttıkça konfor düzeylerinin de arttığı (Ray ve ark., 2013) yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşadıkları sorunların üstesinden gelmesini sağlayacak, sağlık arama davranışlarını geliştiren ve hastaneden taburcu edilmeden önce ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde aktif rol almalarını destekleyecek bir diğer önemli kavram ise hasta aktifliği kavramıdır (Hibbard ve ark., 2004). Hasta aktifliği tedaviye uyumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve hastalıkla ilgili özyönetimi geliştirerek yaşam kalitesini artırmaktadır (Rijken ve ark., 2014; Kinney ve ark., 2015; Prey ve ark., 2016; Akça ve ark., 2018). Literatürde kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeylerinin incelendiği çalışmalar bulunmasına rağmen miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeylerinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır (Gholami ve ark., 2021; Dağlı, 2021; Altıntaş, 2023; Son ve ark., 2023). Konfor ve hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlığını geliştirmede daha istekli olacağı ve tedaviye uyumunun artabileceği öngörülmektedir. Bu çalışmanın hastaların konfor, hasta aktiflik düzeyleri ve etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimlerinin planlanmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor düzeyi nedir?
2. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor düzeyini etkileyen değişkenler nelerdir?
3. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların hasta aktiflik düzeyi nedir?
4. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların hasta aktiflik düzeyini etkileyen değişkenler nelerdir?
5. Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ile hasta aktiflik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter hastalığı (KAH), koroner arterlerdeki obstrüktif veya obstrüktif olmayan aterosklerotik plak birikimi sonucu oluşan inflamatuvar bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Knuuti ve ark., 2020). KAH ciddi ve ilerleyici bir süreç olarak karşımıza çıkabilmekte ve miyokarda gelen kan akımını olumsuz yönde etkilemektedir (Thygesen ve ark., 2018; Byrne ve ark., 2024). KAH'a neden olan risk faktörleri, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Visseren ve ark. 2021). Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet ve aile öyküsü (birinci derece akrabalarında erken yaşta KAH görülmesi) yer almaktadır. KAH gelişme riski her yaş grubu için önemli olmakla birlikte 40 yaşından sonra erkeklerde, 50 yaşından sonra kadınlarda daha fazla görülmektedir (Visseren ve ark. 2021; Tsao ve ark., 2023). KAH'ın değiştirilebilen risk faktörleri arasında ise hipertansiyon, diyabetes mellitus, düşük yoğunluklu lipoprotein, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam ve obezite gibi davranışsal risk faktörleri, stres ve anksiyete gibi psikososyal faktörler, trombojenik faktör, pıhtılaşma bozukluğu, bozulmuş açlık glikoz, serumda homosistein seviyesinin yükselmesi gibi etkili olduğu kanıtlanmış diğer risk faktörleri yer almaktadır (DSÖ, 2021; Visseren ve ark., 2021). Güncel kılavuzlar değiştirilebilen risk faktörlerinin kontrol edilmesinin ve bu doğrultuda sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasının, sekonder kardiyovasküler olay ve ölüm riskinin azaltılmasında etkili olabileceğini vurgulamaktadır (Knuuti ve ark., 2020; Visseren ve ark., 2021). KAH'ın hayatı tehdit eden, en ciddi komplikasyonu miyokard enfarktüsü olup (Knuuti ve ark., 2020), girişimsel kardiyoloji ve tıbbi tedavilerdeki gelişmelere rağmen günümüzde halen dünya çapındaki en önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir (Tsao ve ark., 2023).

### 2.2. Miyokard Enfarktüsü

Koroner arter hastalığı, Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology [ESC]) kılavuzuna göre “Akut Koroner Sendrom (AKS)” ve “Kronik Koroner Sendrom” şeklinde iki klinik süreç olarak tanımlanmaktadır (Knuuti ve ark., 2020). AKS'de, koroner

damarların geçici veya kalıcı trombotik tıkanması sonucu miyokard enfarktüsü gelişmektedir. Miyokard enfarktüsü genellikle koroner arterlerdeki ateroskleroz nedeniyle meydana gelmekte ve miyokard tabakasından geçen kan akım hızının azalması sonucu miyokard iskemisine yol açmaktadır (Visseren ve ark. 2021). İskemiye bağlı damar duvarındaki hasar trombositlerin kolayca agregasyonuna neden olmaktadır. Trombositlerdeki bu agregasyon trombüs oluşumuna yol açmakta ve oluşan trombüsün kopması ile dolaşıma katılması tıkanıklığa neden olmaktadır. Trombüslerin neden olduğu tıkanıklıkların ani iskemik ölümlerde önemli bir yere sahip olduğu bildirilmektedir (Tsao ve ark., 2023).

### **2.2.1. Miyokard Enfarktüsünde Belirti ve Bulgular**

Koroner arterinin tıkanıklık derecesi ve trombüsün lokalizasyonuna göre belirti ve bulgular değişiklik göstermektedir. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde miyokard iskemisine bağlı olarak genellikle basınçlı, sıkıştırıcı yanma tarzında ağrı görülmektedir. Ağrı göğüse, sol veya sağ kola, çeneye, boyuna ve epigastrik bölgeye yayılabilmekte (Byrne ve ark., 2024) ve dispne, mide bulantısı, kusma, yorgunluk, taşikardi ve senkop gibi atipik bulgular ağrıya eşlik edebilmektedir (Thygesen ve ark. 2018; Byrne ve ark., 2024). Miyokard enfarktüsünde, kardiyak biyobelirteçlerde (troponin) değişimle birlikte iskemi, elektrokardiyografi (EKG)'de Q dalgalarının oluşması, ST değişiklikleri ve miyokard dokusunda nekroz alanları oluşmaktadır (Knuuti ve ark., 2020). Miyokard enfarktüsü ST yükselmeli miyokard enfarktüsü veya ST yükselmez miyokard enfarktüsü olarak ikiye ayrılmaktadır. ST yükselmeli miyokard enfarktüsünde akut göğüs ağrısı veya göğüs ağrısıyla birlikte diğer semptomlar ve EKG'de kalıcı ST segment yükselmesi oluşmaktadır. ST yükselmez miyokard enfarktüsünde ise akut göğüs ağrısı veya göğüs ağrısıyla birlikte diğer semptomlar bulunmakta ancak EKG'de kalıcı ST segment yükselmesi bulunmamaktadır (Byrne ve ark., 2024).

### **2.2.2. Miyokard Enfarktüsünde Tedavi**

Miyokard enfarktüsünde tedaviye hızlı bir şekilde başlanması ve perfüzyonun sağlanması hayati önem arz etmektedir (Joshi ve De Lemos, 2021). Kılavuzlar miyokard enfarktüsü şüphesi bulunan hasta ile ilk tıbbi temastan sonraki on dakika içerisinde EKG çekilmesini ve EKG bulguları ST yükselmeli miyokard enfarktüsü ile uyumlu ise hemen reperfüzyon

tedavisinin başlanmasını önermektedir (Byrne ve ark., 2024). Perfüzyonun sağlanmasında perkütan koroner girişim ve fibrinolitik tedavi uygulanmasının önemi vurgulanmaktadır (Joshi ve Lemos, 2021). Hastanın hastaneye ulaşması 120 dakikadan uzun olması durumunda önce fibrinolitik tedavi, daha sonra perkütan koroner girişim yapılması önerilmektedir. Hastanın hastaneye 120 dakikadan daha kısa sürede ulaşması durumunda ise reperfüzyona öncelikle perkütan koroner girişim ile başlanması tavsiye edilmektedir (Byrne ve ark., 2024).

Fibrinolitik tedavi, perkütan koroner girişimin 120 dakikadan daha kısa sürede yapılamadığı durumlarda kullanılan reperfüzyon yöntemidir. Fibrinolitik tedavinin, semptomların başlangıcından sonraki 12 saat içinde uygulanması gerekmektedir (Byrne ve ark., 2024). Fibrinolitik tedavide amaç fibrinolitik ajanlar kullanılarak arterlerdeki trombüsü parçalamaktır. Fibrinolitik tedavinin en önemli komplikasyonu kanamadır. Bu nedenle fibrinolitik tedaviye başlamadan önce bireylerin kanama riskine yönelik kontrendikasyon olan durumları dikkatle incelenmelidir (Ibanez ve ark., 2017). Buna ek olarak, reperfüzyon sonrası segment değişiklikleri, aritmiler açısından EKG izlemi yapılması ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi amacıyla bireylerin en az 24 saat koroner yoğun bakım ünitesinde monitorize olarak takip edilmesi önerilmektedir (Ibanez ve ark., 2017; Byrne ve ark., 2024).

Perkütan koroner girişim, ST yükselmeli miyokard enfarktüsü olan bireylerde önemli bir revaskülarizasyon yöntemidir (Byrne ve ark., 2024). ST yükselmeli miyokard enfarktüsü olmayan bireylerde ise EKG, kardiyak enzim ve risk sınıflamasının değerlendirilmesi sonrası perkütan koroner girişim önerilmektedir (Neumann ve ark., 2019). Perkütan koroner girişim sırasında perkütan transluminal koroner anjioplasti veya damar içine stent yerleştirilmesi ile koroner damarların perfüzyonu sağlanmaktadır. Girişim sırasında trombosit inhibisyonu sağlamak ve trombüs oluşumunu engellemek için antitrombotik ve antikoagülan tedavi uygulanmaktadır (Ibanez ve ark., 2017; Neumann ve ark., 2019). Kılavuzlar, perkütan koroner girişimin hızlı bir şekilde yapılmasının mortalite oranını düşürdüğünü bildirmektedir (Neumann ve ark., 2019; Byrne ve ark., 2024). Perkütan koroner girişimin önemli bir revaskülarizasyon yöntemi olmasıyla birlikte işlem sonrası

tromboz, emboli, kanama, hematoma, taşikardi, bradikardi, nefropati gibi çeşitli komplikasyonlar sıklıkla görülebilmektedir (Costa ve ark., 2020; Byrne ve ark., 2024).

### **2.2.3. Miyokard Enfarktüsü Sonrası Fiziksel ve Psikososyal Sorunlar**

Miyokard enfarktüsü geçiren bireyler, hastalığa ve tedavi sürecine bağlı olarak çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir (Yaman, 2021; Kavradım ve ark., 2022; Demirbaş ve Kaya, 2022; Byrne ve ark., 2024). Hastalarda istirahatle geçmeyen ezici, sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısının olması, bu duruma dispne, bulantı/kusma, yorgunluk, taşikardi, senkop gibi semptomların eklenmesi (Thygesen ve ark., 2018; Byrne ve ark., 2024), buna ek olarak perkütan koroner girişim sonrası uygulanan immobilizasyon, yoğun bakım süreci hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler yaşamasına neden olmaktadır (Dağlı, 2021; Cihan, 2021; Kavaklı ve ark., 2023). Reperfüzyon tedavisine bağlı gelişen tromboz, emboli, kanama, hematoma gibi komplikasyonlar ise hastaların hastanede kalma süresinin uzamasına, ek tanı ve tedavi işlemlerine neden olabilmektedir (Mehta ve ark., 2016; Costa ve ark., 2020; Byrne ve ark., 2024). Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde psikososyal sorunlar arasında ise hastane yatışlarının ani ve beklenmedik olması nedeniyle endişe, stres, anksiyete, depresyon, belirsizlik, umutsuzluk ve ölüm korkusu gibi sorunlar sıklıkla yer almaktadır (Uzdil ve ark., 2018; Murphy ve ark., 2019; Yaman, 2021; Kavradım ve ark., 2022). Yapılan çalışmalarda koroner anjiyografi sürecinin stres, anksiyete ve kaygı düzeylerini artırdığı (Gökçe ve Arslan, 2023; Altıntaş, 2023; Saraç, 2023), koroner anjiyografi sonrası immobilizasyon sürecinin ise hastaların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Öneği ve Arslan, 2021; Batmaz, 2022). Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların hastalığa ve tedavi sürecine bağlı yaşadığı fiziksel ve psikososyal sorunların konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebileceği ve bu durumun da tedaviye uyumu zorlaştırabileceği bilinmektedir (Ponte ve ark. 2014; Krinsky ve ark. 2014; Nural ve Alkan, 2018). Bu doğrultuda hastaların konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin kaliteli ve bütüncül hemşirelik yaklaşımının sağlanmasında ve gerekli müdahalelerinin planlanmasında önemli olabileceği düşünülmektedir.

### **2.3. Konfor Kavramı**

Konfor kavramı, Fransızca “confor” sözcüğünden köken almakta ve Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2024). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği’nin konfor tanımı ise ‘fiziksel, sosyal ve mental iyilik hali veya rahatlık duygusu’ olarak ifade edilmektedir (Betty ve ark., 2018). Konfor kavramı, hemşirelik kuramcıları tarafından kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmektedir. “Hildegard E. Peplau konforu temel insan gereksinimi olarak ele alırken, Watson konforu bakımın bir parçası olarak ifade etmiştir. Orlando, konforun mental ve fiziksel boyutunu, Roy ise psikolojik boyutunu” tanımlamıştır (Erdemir ve Çırlak, 2013). Konfor kuramını geliştiren Katherine Kolcaba’ya göre ise konfor; “kişinin ihtiyaçları ile ilgili yardım, huzur sağlama ve problemlerin üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlanmıştır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991). Kolcaba Konfor Kuramı’nı uzun süreli çalışmalar sonucu 1992 yılında geliştirmiştir (Kolcaba, 1992). Konfor kuramı fiziksel, psikospritüel, çevresel, sosyokültürel olmak üzere dört boyut ve üç düzeyden oluşmaktadır (Kolcaba, 2003). Kurama göre ilk aşama bireylerin konfor düzeylerinin belirlenmesidir (Kolcaba, 2003).

#### **2.3.1. Konfor Düzeyleri**

Konfor kavramı ferahlama, rahatlama, üstünlük olmak üzere üç düzeyden oluşmaktadır. (Kolcaba, 2003). Ferahlama düzeyi, bireyin konfora ait ihtiyaçlarının karşılanması veya sıkıntılarının geçtiğini hissetmesidir. Bireyin sıkıntı veren durumdan kurtulması ile ferahlama hissetmesidir. (Karadağ ve ark., 2017). Rahatlama düzeyi, bireyin sakin olması, durumundan memnun kalma veya huzurlu, rahat hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 2003). Bireyin endişe ve korku gibi sıkıntı veren durumların önlenmesi ile rahat olduğunu ifade etmesidir (Duman ve ark., 2020). Üstünlük düzeyi, bireyin problemlerini çözerek, sorunlarıyla baş edebilme yeteneğine sahip olması olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003). Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, hastalığını yönetebilmesi ve etkili hasta- hemşire ilişkisinin kurulması durumunu ifade etmektedir (Duman ve ark., 2020). Kolcaba’ya göre konfor gereksinimleri karşılanmış olan bireylerin üstünlük düzeyine ulaşabildiği vurgulanmaktadır (Kolcaba, 2003).

### 2.3.2. Konfor Kuramının Boyutları

Konfor kuramının ikinci aşaması, konfor boyutlarının bütüncül bakış açısı ile belirlenmesidir (Kolcaba, 2003). Fiziksel konfor, bedenle ilgili duyuları ele alan durumlardır. Bireylerin fiziksel olarak rahatlamasına etki edecek olan gevşeme ve dinlenme, hastalıklara karşı oluşturulan yanıtlar, beslenme, hidrasyon, eliminasyon, uyku gibi fizyolojik aktiviteleri içeren faktörleri kapsamaktadır (Wilson ve Kolcaba, 2004; Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2015). Bireylerin hastalıklara vermiş olduğu cevaplar ve bedende algılanan rahatsızlık hissi fiziksel konforu etkilemektedir (Kolcaba, 2003). Fiziksel konforu sağlamada gereksinim duyulan parametreler vital bulgular, satürasyon düzeyi, sıvı elektolit dengesi, kan laboratuvar sonuçları gibi vücudun temel fonksiyonlarının oluşturduğu göstergelerdir (Terzi ve Kaya, 2015). Kolcaba, fizyolojik göstergelerden birinin bile normal değer aralığında olmamasının, konforu etkileyebileceğini belirtmektedir (Kolcaba, 2003).

Psikospiritüel konfor zihnin, duyguların ve ruhun bileşenleriyle oluşmaktadır. Bireyin hayatında önemli olan bilinçli farkındalığı (kendisinin farkında olması), öz- saygı, benlik duygusu, cinsel aktivite durumuna ilişkin duygularını kapsamaktadır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003). Bilgilendirme, ibadet etmek, meditasyon, masaj ve terapötik dokunma gibi girişimlerin psikospiritüel konforu sağlamada etkili olduğu bildirilmektedir (Kolcaba 2003; Kolcaba ve Di Marco 2005). Miyokard enfarktüsü sonrası bireylerde belirsizlik, endişe, stres, anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve ölüm kaygısı gibi sorunlar görülebilmektedir (Yaman, 2021; Kavradım ve ark., 2022; Demirbaş ve Kaya, 2022; Byrne ve ark., 2024). Yaşanan bu sorunlar bireylerin hastalık yönetimini ve taburculuk sonrası tekrarlı miyokard enfarktüsü geçirme riskini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tran ve ark., 2019; Türksen Ülkü ve Ünsar 2022). Bireylerin psikospiritüel konfor düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelik girişimlerinin planlanmasının hastalık yönetiminde etkili olabileceği belirtilmektedir (Arıcı ve Kavradım, 2023).

Çevresel konfor, ortamın aydınlığı, genişliği, rengi, ısısı, dekorasyonu, manzarası, kokusu ve gürültüsü gibi dış etkenlere ve bu etkenlerin birey üzerinde oluşturduğu etkilere odaklanmaktadır (Kolcaba, 2003). Bireylerin fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarını

destekleme konusunda çevre önemli bir yere sahip olup, çevresel konforun bu fonksiyonların desteklenmesinde önemi vurgulanmaktadır (Erdemir ve Çırlak, 2013). Kalp hastalarının güvenilir olmayan klinik ortamı, gürültüyü, klinikteki cihaz ve monitör seslerini, dağınık klinik ortamı, kalabalık hasta odalarını ve mahremiyetin olmamasını çevresel stresör olarak algıladıkları ve konfor düzeyini olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (Krinsky ve ark., 2014; Ponte ve ark. 2014). Bu doğrultuda hemşirelerin çevresel stresörleri göz önünde bulundurarak hemşirelik girişimlerini planlanmasının konfor düzeyini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sosyokültürel konfor, kişinin ve yakınlarının diğer sosyal kurum ve kuruluşlarla etkileşimleri ve kişiler arasındaki ilişki boyutunu içermektedir (Erdemir ve Çırlak, 2013). Sosyokültürel konforda, bilgi ve danışmanlık vermek, ailenin geleneklerine, kurallarına ve alışkanlıklarına karşı saygılı ve duyarlı bakım vermek, dini inançları ve yöresel özelliklerine karşı hoşgörülü olmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, olumlu sosyal ilişkilerin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması gibi faktörlerin önemi üzerinde durulmaktadır (Kolcaba, 2003). Sosyokültürel konforu olumsuz olarak etkileyen etkenler arasında aileden uzaklaşma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmasına izin verilmemesi, yeterli ve sürekli bakımın sağlanamaması ve sosyal güvencenin olmaması gibi faktörler yer almaktadır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

### **2.3.3. Konfor Kavramını Etkileyen Faktörler**

Hastanın ihtiyaçlarının doğru şekilde tanımlanması, konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi konforu artırmada öncelikli olarak yapılmalı, ardından konforu artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması önerilmektedir (Kolcaba, 2003). Hastaların konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi kaliteli hemşirelik bakımının sağlanması, bütüncül hemşirelik yaklaşımının temelini oluşturması açısından önemli görülmektedir (Yücel, 2011). Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan bireylerin konfor ve kaygı düzeylerinin incelendiği bir çalışmada immobil dönemde hastaların orta ve üzerinde konfor düzeyinin olduğu, eğitim durumu, tıbbi tanı, girişim tipi, girişim türü ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmanın konforla ilişkili olduğu ve konfor düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı görülmüştür

(Dağlı, 2021). Bu çalışmada acil perkütan koroner girişim yapılan hastaların konfor düzeylerinin daha düşük olduğunu ve bu doğrultuda konfor ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, konfor düzeyini artıracak hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmiştir (Dağlı, 2021). Batmaz (2022) ve Cihan (2021) yaptıkları çalışmada koroner anjiyografi işlemi sonrası hastaların yaşadığı ağrının konfor düzeyini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Batmaz'ın (2022) koroner anjiyografi girişimi sonrası kum torbası ve close pad kullanılan bireylerde konforu etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında hem kum torbası hem de Close pad kullanılan hastalarda ağrı varlığının konfor düzeyini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışmada ayrıca konfor düzeyini mobilizasyon, cerrahi girişim süresi, hematom büyüklüğü ve sürekli ilaç kullanım durumunun etkilediği saptanmıştır. Cihan'ın (2021) koroner anjiyografi sonrası immobil dönemde konfor, hematom ve ağrıyı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada ise kanama, hematom, ağrı gibi komplikasyonların azaltılmasının hastaların konfor düzeyini artırabileceği belirtilmiştir. Krinsky ve arkadaşları (2014) kalp hastaları üzerinde Kolcaba'nın konfor teorisini uygulayarak yaptığı vaka çalışmasında, hastanın göğüs ağrısının olmasının fiziksel konforu, kaygı yaşamalarının psikospiritüel konforu, yoğun bakım sürecinde ailesi ile temasının azalmasının sosyokültürel konforu, klinikteki gürültü, cihazların alarmları, yatak ve sedyelerin dağınık olmasının çevresel konforu etkilediğini göstermiştir. Hastaların yaşadığı fiziksel ve psikososyal sorunların konfor düzeyini etkilemesi ile birlikte hastanenin fiziki koşulları, aile ve sosyal çevreden uzak olmanın, hastanede kalma sürecinin uzamasının konfor düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Krinsky ve ark., 2014; Güleşen ve Üstün, 2020). Koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi alan bireylerin konfor düzeyi ve konfor düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşireler ve doktorlarla daha fazla iletişim içinde olan hastaların konfor düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Nural ve Alkan, 2018).

#### **2.3.4. Konforu Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri**

Konfor kavramı kaliteli bakımın bir parçası ve bütüncül hemşirelik yaklaşımının temeli olarak görölmektedir (Erdemir ve ırlak, 2013). Konfor düzeyi yüksek olan bireyler tedaviye daha iyi uyum sağlamakta, sağlığı ve bakımı ile ilgili sorumluluk almada daha istekli olmakta, iyileşme süreci hızlanmakta ve stresle daha iyi baş edebilmektedir (şahin ve Rızalar, 2018; Yılmaz, 2020). Literatürde koroner anjiyografi girişimi uygulanan

bireylerin konfor düzeyinin artırılmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Güney, 2023; Gökçe ve Arslan, 2023; Sümer, 2023). Bireylerin fiziksel ve psikospiritüel konfor düzeyinin belirlenmesi (ağrı, kanama, anksiyete, kaygı vb.), homeostazinin sürdürülmesi ve rahatlatıcı hemşirelik girişimlerinde bulunulmasının (müzik terapisi, masaj vb.) konfor düzeyini artırmada olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Kolcaba, 2003). Gökçe ve Arslan (2023) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada sanal gerçeklik ve akupresür müdahalelerinin, ağrı ve kaygı düzeylerini azalttığı, konfor düzeylerini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Koroner anjiyografi girişimi uygulanan kadın hastalar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre müzik terapisinin çevresel ortama ilişkin olumlu bir izlenim bıraktığı, hareketsiz yatmadan dolayı yaşanan rahatsızlık düzeylerini ise azalttığı bildirilmiştir (Nilsson, 2012). Sümer'in yaptığı çalışmaya göre ise (2023) refleksoloji ve klasik masaj uygulamalarının ağrı ve anksiyete düzeyini azaltırken, konfor düzeyini artırdığı bildirilmiştir (Sümer, 2023). Başka bir çalışmada koroner anjiyografi girişimi öncesi progresif gevşeme egzersizinin bireylerin anksiyete ve ağrı düzeylerini azalttığı, konfor düzeylerini artırdığı, kan basıncı, nabız ve solunum gibi yaşam bulgularını ise olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Güney, 2023). Binbir (2023) tarafından yapılan çalışmaya göre ise Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının fiziksel, psiko-spiritüel, çevresel ve sosyo-kültürel konfor düzeylerini artırdığı, hemşirelik bakımında bireyi bütüncül olarak ele alan kuram ve modellerin kullanılmasının önemi vurgulanmıştır. Kolcaba Konfor Kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerin etkisinin incelendiği bir sistematik derlemeye göre etkili hemşirelik girişimlerinin ağrı, kaygı, depresyon, stres ve yorgunluk gibi semptomların ve hastanede kalış süresinin azaltılmasında, hasta memnuniyeti ve konfor düzeyinin artırılmasında etkili olduğu görülmüştür (Lin ve ark., 2023).

Kendilerini konforlu hissedен bireylerin, tedaviye daha aktif olarak katıldıkları (Williams ve ark., 2017), hastaların aktiflik düzeyi ve öz yeterliği arttıkça konfor düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir (Ray ve ark., 2013). Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşadıkları sorunların üstesinden gelmesini sağlayacak, sağlık arama davranışlarını geliştiren ve hastaneden taburcu edilmeden önce ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde aktif rol almalarını destekleyecek bir diğer önemli kavram ise "hasta katılımı" veya "hasta aktifliği" kavramıdır. Son yıllarda giderek daha fazla önem kazanmaya

başlayan “hasta aktifliği” kavramı, etkili hastalık yönetimi için birincil itici güç olarak görülmektedir (Hibbard ve ark., 2004; McCabe ve ark., 2018).

#### **2.4. Hasta Aktiflik Düzeyi**

Hasta aktiflik kavramı, Hibbard ve arkadaşları tarafından 2004 yılında “bireyin sağlığını yönetme konusundaki bilgi, beceri, inanç ve kendine güven” olarak tanımlanmıştır (Hibbard ve ark., 2004). Hasta aktifliği belirli bir davranışı değiştirmeye odaklanan kontrol odağı, öz yeterlilik ve değişime hazır olma gibi kavramları da içermektedir (Skolasky ve ark., 2009; Skolasky ve ark., 2011). Hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili rollerini anladığı, bu rolü gerçekleştirecek bilgi, beceri, istek ve davranışa sahip oldukları kabul edilmektedir (Hibbard ve ark., 2004). Aktif hasta, sağlığı ve bakımıyla ilgili konularda kendisinin önemli olduğuna inanan, sağlık ihtiyaçları konusunda sorumluluk alan, sağlık ekibiyle iş birliği içinde olan, sağlığını etkili bir şekilde sürdürebilen, kaliteli bakım ve tedaviye ulaşabilen birey olarak tanımlanmaktadır (Hibbard ve ark., 2004; Rix ve Marrin, 2015). Hasta aktiflik düzeyi düşük olan bireylerin ise sağlık ihtiyaçları konusunda yeterli sorumluluk almadığı, yaşadığı belirtileri önemsemediği, ihtiyaç duyduğunda yardım istemediği ve sağlığı ile ilgili önerilere uymadığı görülmektedir (Rix ve Marrin, 2015).

Hastaların aktiflik düzeyinin artması tekrarlı hastane yatışlarını azaltmakta, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini artırmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesini sağlamakta ve hastalıkla ilgili özyönetimi geliştirmektedir (Rijken ve ark., 2014; Kinney ve ark., 2015; Prey ve ark., 2016; Akça ve ark., 2018). Buna ek olarak hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerde depresyon düzeylerinin daha düşük (Sack ve ark., 2014) ve stres yönetiminin daha iyi olduğu görülmektedir (Hibbard ve ark., 2007). Greene ve arkadaşları (2015) hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin daha iyi klinik göstergelere sahip olduğunu ve daha sağlıklı davranışlar sergilediğini bildirmektedir.

##### **2.4.1. Hasta Aktiflik Aşamaları**

Hasta aktifliği aktif rol almanın önemine inanma, eyleme geçmek için bilgi ve güven, eyleme geçme ve stres altındayken bile rutini koruma olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır (Hibbard ve ark., 2004; Hibbard ve ark., 2007). Birinci aşamada birey, hastalık rolünün önemini henüz anlamamış, sorunları çözme ve baş etme becerisini

geliştirmemiştir. Bu nedenle birey sağlığı ve bakımı konusunda kendini sorumlu hissetmemekte ve sağlığını yönetme konusunda kendisine güvenmemektedir. İkinci aşamada olan bireyin sağlığını yönetebilme becerisi henüz gelişmediğinden, temel sağlık bilgisi ve özgüven eksikliği bulunmaktadır. Bireyin davranış değişikliği yapmaya istekli olmasına rağmen hastalık yönetimi ve sağlık davranışları konusunda bilgi eksikliği bulunmaktadır (Hibbard ve ark., 2004; Koşar ve Besen, 2015). Üçüncü aşamada bulunan bireyin sağlığıyla ilgili konularda temel düzeyde bilgileri bulunduğundan, sağlığını yönetebilme yeteneği gelişmekte ve önerilen sağlık davranışlarını gösterebilmektedir. Dördüncü aşamadaki birey, sağlık konusunda proaktiftir ve önerilen birçok sağlık davranışında bulunabilmektedir. Bu bireylerin davranışı zaman içinde sürdürme veya stresle mücadele etmekte zorlanabildiği görülmekle birlikte ana hedeflerinin sağlıklı yaşam tarzını sürdürmek olduğu bilinmektedir (Hibbard ve ark., 2005). Hasta aktiflik düzeyi yükseldikçe bireylerin hastaneye yatış oranının azaldığı, tedaviye uyumunun ise arttığı bildirilmektedir. (Greene ve Hibbard, 2012).

#### **2.4.2. Hasta Aktiflik Düzeyini Etkileyen Faktörler**

Hasta aktifliği, hastaların kendi bakımına katılması, sağlık bakımını yönetme rolünü üstlenebilmesi, karar alma süreçlerine daha fazla dahil olmayı sağlaması ve kronik hastalıkların etkili bir şekilde yönetilmesi kapsamında çok farklı hasta popülasyonları üzerinde değerlendirilmiştir (Hibbard ve ark., 2004; Sacks ve ark., 2017; Şahin ve ark., 2018). Kalp hastaları üzerinde ise hasta aktifliği kavramının kalp yetmezliği (Shively ve ark., 2013), hipertansiyon (Akça ve ark., 2018) ve koroner arter hastalığına sahip bireyler üzerinde (Zhu ve ark., 2022) incelendiği görülmektedir. Prey ve arkadaşlarının (2016) kalp hastaları ve onkoloji hastaları üzerinde yaptığı çalışma, yatış türünün hasta aktifliğinin önemli bir göstergesi olduğunu, plansız yatışları olan hastaların, planlı yatışları olan hastalara göre daha düşük aktiflik seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Zhu ve arkadaşlarının (2022) koroner arter hastalarında sosyal destek, öz yeterlilik ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, sosyal desteğin sağlanması ve öz yeterliliğin geliştirilmesinin hasta aktifliğini geliştirebileceği vurgulanmaktadır. Shively ve arkadaşlarının (2013) kalp yetmezliği tanısı alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin kendi bakımına daha fazla katıldığı, tekrarlı hastane yatışlarının ve acil servise başvuru sayılarının daha

az olduđu saptanmıřtır. Akça ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyon tanısı alan bireylerin hasta aktiflik ve tedaviye uyum düzeylerini deęerlendirdiđi çalıřmasında, hipertansiyon tanısı alan bireylerin tedaviye uyum düzeyleri dűřűk, hasta aktifliđi düzeylerinin ise yűksek olduđu ve hasta aktiflik düzeyinin cinsiyet, yař, eđitim durumu, yařanılan bűlge, hastalıđın sűresi, bařka kronik hastalıđın varlıđı, gűnlűk yařam aktivitelerini yerine getirememe durumu, hastanın kendi tansiyonunu ۆlebilmesi ve sađlık algısına gűre anlamlı farklılık gűsterdiđi saptanmıřtır.

### **2.4.3. Hasta Aktiflik Dűzeyini Artırmaya Yűnelik Hemřirelik Giriřimleri**

Bireylerin hasta aktiflik düzeyinin bilinmesi, dűřűk aktiflik düzeyindeki hastaların yűksek risk grubuna girmeden ۆnce saptanabilmesini ve erken dűnemde uygun műdahaleler yapılarak sađlık hizmet maliyetlerinin azaltılmasını sađlayabilmektedir (Hibbard ve ark., 2004; Greene ve Hibbard, 2012). Buna ek olarak bireylerin hasta aktiflik düzeyinin bilinmesi hemřire- hasta iletiřimini, hastanın bilgisini ve hastalıđa iliřkin ۆz yeterliliđini artırabilmektedir (Hibbard ve ark., 2005; Alegria ve ark., 2009; Zhu ve ark., 2022). Bu dođrultuda hasta aktiflik düzeyi yűksek olan bireyler, tedaviye uyum, sađlıklı yařam biçimi davranıřları ve hastalıkla ilgili ۆzyűnetimi geliřtirerek yařam kalitesini artırabilmektedir (Rijken ve ark., 2014; Kinney ve ark., 2015; Prey ve ark., 2016; Akça ve ark., 2018).

Literatűrde kardiyovaskűler hastalıkları olan bireyler űzerinde yapılan çalıřmalarda hasta aktiflik düzeyini artırmaya yűnelik uygulanan hemřirelik giriřimlerinin sađlık sonuçları űzerinde olumlu etkilerinin olduđu gűrűlmektedir (Peters ve Keeley, 2017; McCabe ve ark., 2018; Gholami ve ark., 2021; Son ve ark., 2023). McCabe ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalıřmada yűksek düzeyde hasta aktiflik düzeyine sahip atriyal fibrilasyon hastalarının eđitim düzeyinin yűksek olduđu, sađlıđını ise olumlu olarak algıladıkları bildirilmiř, dűřűk aktiflik düzeyine sahip hastaların belirlenmesi ve hemřirelik műdahalelerinin hasta aktiflik düzeyine gűre planlanması ۆnerilmiřtir (McCabe ve ark. 2018). Peters ve Keeley'in (2017) yaptıkları çalıřmaya gűre ise akut miyokard enfarktűsű sonrası hasta aktiflik düzeyi dűřűk olan bireylerin yař, cinsiyet ve eřlik eden kronik hastalıklarından bađımsız olarak olumsuz klinik sonuçlarla karřılařtıkları ve yeniden yatıřların arttıđı bildirilmiřtir. Buna ek olarak bu çalıřmada akut miyokard

enfarktüsü sonrası hasta aktiflik düzeyi düşük olan bireylerin eğitim ve koçluk müdahaleleriyle hasta aktiflik düzeylerinin yükseltilebileceği öngörülmektedir. Kardiyovasküler hastalıkları olan bireyler üzerinde yapılan farklı bir çalışmaya göre ise hasta aktiflik düzeyine göre planlan öz yönetim destek programının hasta aktiflik düzeyini önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir (Gholami ve ark., 2021). Son ve arkadaşlarının (2023) kalp yetmezliği olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı, hastalık bilgisi ve öz bakım davranışlarının daha yüksek olduğunu bildirmiş, hemşirelerin, öz bakım konusunda planlama yapmadan önce, hasta aktiflik düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirmesinin önemini vurgulamıştır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada öz bakıma katılımı artırmayı amaçlayan hasta aktiflik uygulamalarının öz-etkililiği, hasta aktiflik düzeyini ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada hasta aktiflik düzeyini artırmaya yönelik hemşirelik uygulamalarının hastaların bakım sürecinde kullanılmasının yaygınlaştırılması gerektiği önerilmiştir (Çelik, 2023). Tek'in (2018) yaptığı çalışmada ise bireylerin yas belirti ve distres düzeyi yükseldikçe hasta aktiflik düzeylerinin azaldığı, hemşirelerin bireylerin yas belirtilerini ve distres düzeylerini azaltacak girişimleri uygulanması ile hasta aktiflik düzeyinin yükseleceği ve bakım sürecine daha aktif olarak katılacağı bildirilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmaya göre birinci düzey hasta aktifliği olan bireylerin kendi sağlık ve bakımlarına aktif olarak katılmalarının önemine yönelik farkındalıklarını artıracak hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmiştir.

## **2.5. Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Miyokard enfarktüsü geçiren bireyler, hastalığa ve tedavi sürecine yönelik çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşamaktadır (Yaman, 2021; Kavradım ve ark., 2022; Demirbaş ve Kaya, 2022; Byrne ve ark., 2024). Bireylerin yaşamış oldukları tüm bu sorunlar hastalığa ve tedayive uyum sürecini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasını zorlaştırmakta, konfor ve hasta aktiflik düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir (Ray ve ark., 2013; Ponte ve ark. 2014; Krinsky ve ark. 2014; Prey ve ark., 2016; Akça ve ark., 2018). Bireylerin konfor ile hasta aktiflik düzeyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek, hastaların ihtiyaçlarının karşılanması ve gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanmasında

önemli görülmektedir (Kolcaba, 2003; Yücel, 2011; Prey ve ark., 2016). Birçok çalışma konfor ve hasta aktiflik düzeylerini artırmak için etkileyen faktörleri belirlemenin önemini vurgulamaktadır (Yücel, 2011; Dağlı, 2021; Zhu ve ark., 2022). Williams ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmaya göre bireyler kendilerini konforlu hissettiklerinde, hastaların tedaviye daha aktif olarak katıldıkları belirlenmiştir. Özyeterlilik, konfor ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise hasta aktiflik düzeyi veya öz yeterlilik düzeyi arttıkça hastaların konfor düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Ray ve ark., 2013). Yapılan diğer çalışmada ise bireylerin sağlık algısı, hastalık yönetimi ve özbakımla ilgili ihtiyaçlarının değerlendirilmesinin bireye özel bakım sağlanmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Tusa ve ark., 2020). Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi sağlık algısı kötü olan, semptomlarını yönetemeyen, öz bakım ihtiyaçlarını karşılamayan riskli grupların tespitinde, bütüncül ve kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Konfor ve hasta aktiflik düzeyi yüksek olan miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin sağlığını geliştirmekte daha istekli olacağı, tedaviye uyumunun artacağı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişeceği, semptom yönetimini sağlayacağı ve tekrarlı hastane yatışlarının azalacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak literatürde konfor ve hasta aktiflik kavramları farklı hasta popülasyonlarında çalışılmış fakat miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda konfor ve hasta aktiflik düzeylerini, etkileyen faktörleri ve kavramlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, bu çalışma miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmanın miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyi, bu düzeyleri etkileyen faktörlerin belirlenmesine, hemşirelerde bu konuda farkındalığın artmasına, düşük konfor ve aktiflik düzeyindeki hastaların erken saptanmasına ve bu doğrultuda bütüncül hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

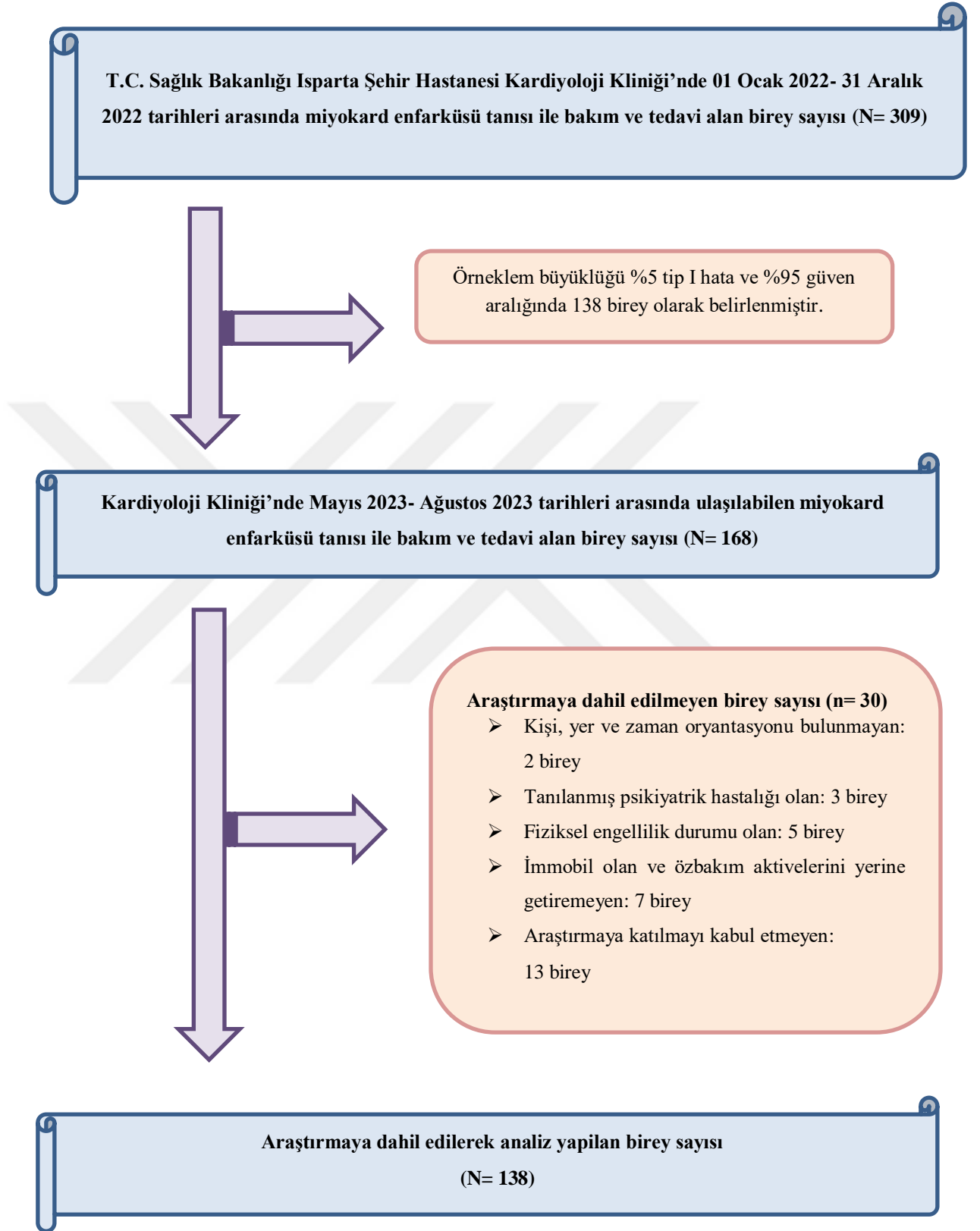
Bu araştırma, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Isparta Şehir Hastanesi 53 ayrı klinik birime ve 835 yatak kapasitesine sahip bir kamu kurumudur. Kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerin yatarak tedavi aldıkları Kardiyoloji Kliniği, tek kişilik ve iki kişilik odaların bulunduğu toplam 20 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte toplam 12 hemşire ve sekiz hekim görev yapmakta olup, gündüz mesaisinde (08:00-16:00 saatleri arasında) sorumlu hemşire ile birlikte beş hemşire, gece mesaisinde ise (16:00-08:00 saatleri arasında) iki hemşire görev yapmaktadır. Kardiyoloji Kliniği'nde miyokard enfarktüsü tanısı alan bireylere rutin tedavi ve bakım uygulanmaktadır. Klinikte miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeylerini doğrudan etkileyen bir program bulunmamaktadır. Araştırmanın verileri, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra Mayıs 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma süreci EK-1' de yer alan iş-zaman çizelgesi dikkate alınarak yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde miyokard enfarktüsü tanısı ile takip edilen bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde miyokard enfarktüsü tanısı ile takip edilen, araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur. Kardiyoloji Kliniği'nde 01 Ocak 2022- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında miyokard enfarktüsü tanısı ile yatan birey sayısı 309'dur. Örneklem büyüklüğü %5 tip I hata ve %95 güven aralığında 138 birey olarak belirlenmiştir (<http://www.raosoft.com/samplesize.html> Erişim tarihi:13.12.2022). Araştırmaya dahil edilme süreci Şekil 3.1. de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmaya dahil edilme süreci

### 3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri

Araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterleri Tablo 3.1.' de yer almaktadır.

**Tablo 3.1.** Örneklem Özellikleri

<b>Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri</b>
1. Miyokard enfarktüsü tanısı alan*
2. 18 yaş ve üzerinde olan
3. Aritmisi olmayan ve miyokard enfarktüsü sonrası 24 saati geçirmiş olan*
4. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda yatarak tedavi alan ve taburculuğu planlanan
5. Okuryazar olan, Türkçe anlayabilen ve konuşabilen
6. Görme engeli, işitme ve konuşma sorunu olmayan
7. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden
<b>Araştırmadan Dışlanma Kriterleri</b>
1. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu bulunmayan
2. Tanılanmış psikiyatrik hastalığı olan*
3. Fiziksel engellilik durumu olan*
4. İmmobil olan ve özbakım aktivelere yerine getiremeyen
5. Araştırmadan ayrılmak isteyen

\*Hasta dosyasından alınacaktır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları kullanılmadan önce araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve kabul edenlere Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2) imzalatılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması aşamasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu (EK-3)”, bireylerin konfor düzeyini ölçmeye yönelik olarak “Genel Konfor Ölçeği (EK-4)”, hasta aktiflik düzeyini belirlemeye yönelik olarak “Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure, PAM) (EK-5)” kullanılmıştır.

#### 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, miyokard enfarktüsü geçiren bireylere ilişkin değişkenleri (sosyodemografik özellikler ve

hastalığa ilişkin özellikleri) kapsayan iki bölümden oluşmaktadır (Koşar ve Besen, 2015; Yaman, 2021; Dağlı, 2021; Türkoğlu, 2022). Birinci bölümde bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir gider durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanma durumu ve egzersiz yapma durumunu belirleyen 11 soru, ikinci bölümde tanı ve tedaviye bağlı yaşadığı sorunlar, sağlığı algılama durumu, daha önce miyokard enfarktüsü geçirme durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, uygulanan tedavi seçeneği ve hastalıkla ilgili bilgi alma durumunu içeren 15 soru yer almaktadır.

### **3.4.2. Genel Konfor Ölçeği**

Genel Konfor Ölçeği Katharine Kolcaba tarafından 1992 yılında üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak geliştirilmiştir. Ölçek ile bireylerin konfor gereksinimlerini belirleyebilme, konforu sağlayabilecek hemşirelik girişimlerini ve konforda artma durumunu değerlendirebilmeyi hedeflenmiştir. Ölçek toplam 48 madde ve dörtlü likert tipten oluşmaktadır. Ölçek ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde), üstünlük (15 madde) olmak üzere üç düzey ve fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde), çevresel (13 madde), sosyokültürel (10 madde) olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçek pozitif ve negatif maddelerden oluşmaktadır. Pozitif maddelerde, “Tamamen katılıyorum” ifadesi (4 puan) yüksek konforu, “Kesinlikle katılmıyorum” ifadesi (1 puan) ise düşük konforu ifade etmektedir. Negatif maddelerde ters kodlama bulunmaktadır. Ölçek puanı arttıkça bireylerin konfor düzeyi artmaktadır. Geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak hesaplanmıştır (Kolcaba, 2003). Ölçeğin Türkçe uyarlanması 2008 yılında Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından yapılmış, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.85 olduğu saptanmıştır (Kuguoğlu ve Karabacak, 2008). Araştırmamızda Genel Konfor Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır.

### **3.4.3. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı**

Bireyin kendi sağlığını ve sağlık bakımını yönetmesi için gerekli olan bilgi, beceri ve özgüveni değerlendirmek amacıyla Hibbard ve arkadaşları tarafından 2004 yılında 22 madde olarak geliştirilmiş, 2005 yılında ise ölçek 13 madde olarak revize edilmiştir (Hibbard ve ark., 2005). Ölçek beşli likert tipte olup, “Kesinlikle katılmıyorum” ifadesine 1 puan, “Katılmıyorum” ifadesine 2 puan, “Katılıyorum” ifadesine 3 puan, “Kesinlikle

katılıyorum” ifadesine 4 puan “Bilemiyorum/değerlendiremiyorum” ifadesine 5 puan verilmektedir. Ölçekte, en düşük puan 0 (sıfır), en yüksek puan 100 (yüz) olup, alınan puan arttıkça hasta aktiflik düzeyi de artmaktadır (Hibbard ve ark., 2005). Ölçek puanlama sonuçlarına göre hasta aktiflik düzeyi dört aşamaya ayrılmış olup birinci aşama 47.0 ve altı (en düşük aktiflik), ikinci aşama 47.1-55.1, üçüncü aşama 55.2-67.0, dördüncü aşama 67.1 ve üzeri (en yüksek aktiflik) şeklindedir (Hibbard ve ark., 2005). Hasta aktiflik düzeyinin birinci aşaması, bireyin hastalık rolünün önemini henüz anlamamış olabileceğini; ikinci aşaması, bireyin harekete geçecek güven ve bilgiden yoksun olduğunu; üçüncü aşaması, bireyin önerilen sağlık davranışlarını göstermeye başladığını; dördüncü aşaması, bireyin sağlık konusunda proaktif olduğunu ve önerilen birçok sağlık davranışında bulunduğunu göstermektedir. Geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır (Hibbard ve ark., 2004). Ölçeğin Türkçe uyarlanması ise 2015 yılında Koşar ve Besen tarafından yapılmış, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.81 olduğu saptanmıştır (Koşar ve Besen, 2015). Araştırmamızda Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır.

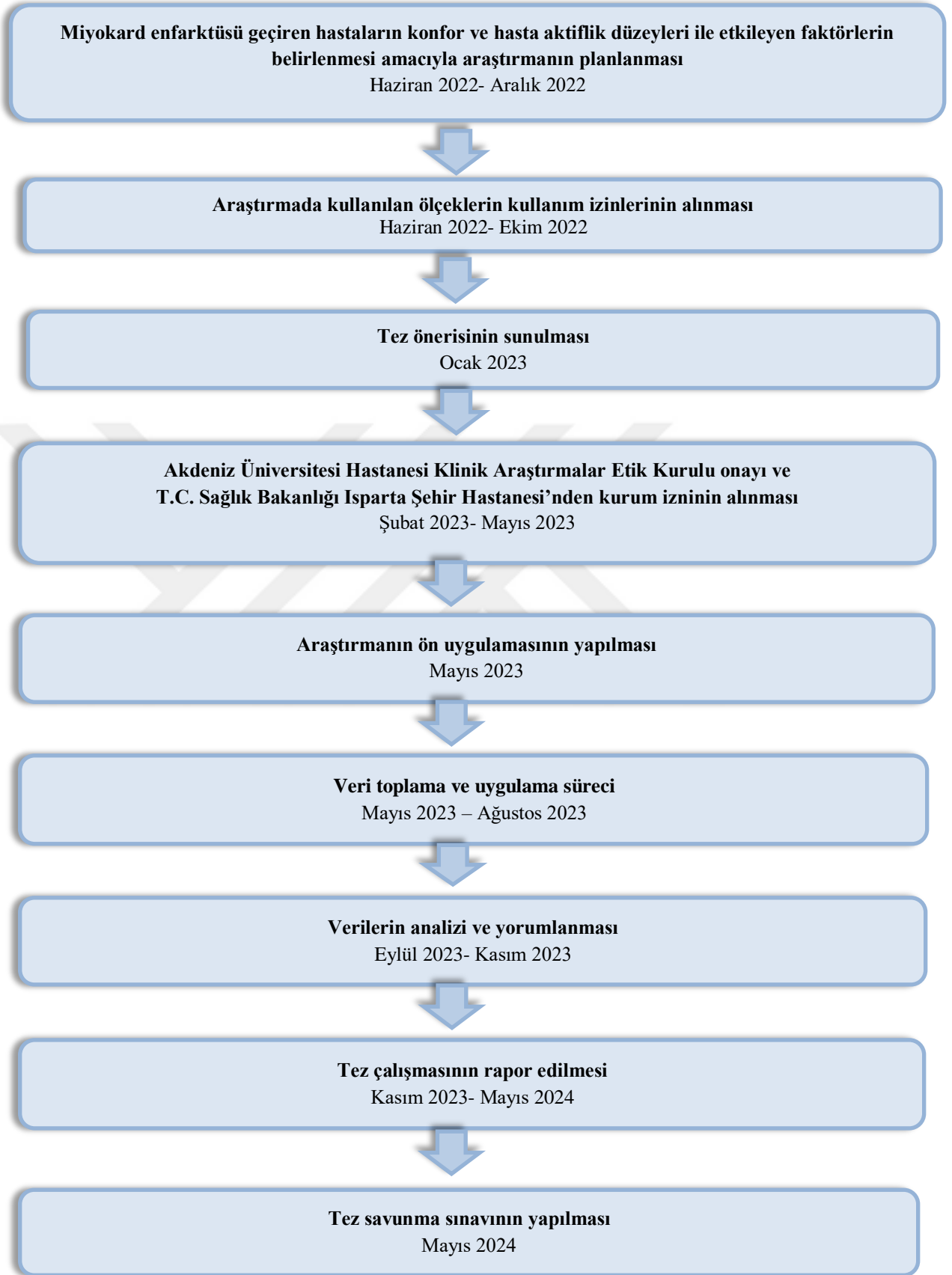
### **3.5. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra Mayıs 2023 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan miyokard enfarktüsü tanılı bireyler ile yapılmıştır. Ön uygulamaya örneklem büyüklüğünün %5'i (7 birey) dahil edilmiştir. Ön uygulamaya alınan bireylere araştırma hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra yazılı onamları alınmıştır. Ön uygulamaya alınan bireylerden ölçek ve formlardaki anlaşılmayan yerleri ifade etmeleri istenmiş ve Kişisel Bilgi Formu'nda bir ifadede biçimsel düzeltme yapılmıştır. Veri toplama formundaki soruların cevaplama süresi 20-25 dakika sürmüştür. Ön uygulamaya alınan yedi birey, anket formlarında sadece biçimsel bir değişiklik yapıldığından araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze

görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verileri toplamaya başlamadan önce klinik hemşireleri ile iş birliği yapılmış ve hasta dosyaları incelenerek miyokard enfarktüsü tanısı alan, genel durumu iyi olan bireyler belirlenmiştir. Miyokard enfarktüsü tanısı alan bireylere araştırmacı kendini tanıtmış ve araştırmanın amacını açıklamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü onamları alınmış ve Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmıştır. Araştırma verileri bireylerin kendilerini rahat ifade edecekleri hasta odalarında toplanmıştır. Veri toplama aşamasında bireylerden sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik “Kişisel Bilgi Formu”, konfor düzeylerini belirlemeye yönelik “Genel Konfor Ölçeği”, hasta aktiflik düzeyini belirlemeye yönelik olarak “Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı”nı doldurmaları istenmiştir. Tüm soruların cevaplanma süresi 20-25 dakika sürmüştür, hastaların anlamakta güçlük çektikleri yerler açıklanmıştır. Araştırmanın uygulama süreci Şekil 3.2 doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama süreci

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (Etik Kurul Karar No: 275, Tarih:05.04.2023) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-8,9). Araştırmada kullanılmış olan "Genel Konfor Ölçeği" (EK-6) ve "Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı" (EK-7) için geçerlik güvenirlilik çalışmasını yapan araştırmacılardan e-posta yoluyla ölçek kullanım izni alınmıştır. Verileri toplanmaya başlamadan önce gönüllülük, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve eşitlik ilkelerine dikkat edilerek katılımcıların sözlü onamları alınmış ve Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmıştır. Araştırma Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu Prensipleri doğrultusunda yürütölmüştür.

### **3.8. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Araştırmada, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların Genel Konfor Ölçeği ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yatarak tedavi ve bakım alan miyokard enfarktüsü geçiren hastalar üzerinde gerçekleştirildiğinden sonuçlar bu merkez ile sınırlıdır.

### **3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) 23.0 (v. 23.0; IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programı ile istatistik uzmanından destek alınarak değerlendirilmiştir. Araştırma verilerin değerlendirilmesi aşamasında nicel değişkenler için ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma, nitel değişkenler için sayı ve yüzde şeklinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu Q-Q Plot çizimi ile incelenerek belirlenmiştir. Tablo 3.2.'deki Genel Konfor Ölçeği ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 2$  arasında olması toplanan verilerin

normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir (George ve Mallery, 2010). İki kategorili değişkenleri karşılaştırmak için bağımsız örneklem t testi, ikiden daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Çok gruplu karşılaştırmalar için Bonferroni testi kullanılmıştır. Nicel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi bulmak amacıyla ise Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 3.2.** Genel Konfor Ölçeği ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın toplam ve alt boyutlarının normallik analizi sonuçları

<b>Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
Fiziksel Boyut	0.148	-0.310
Psikospritiyel Boyut	0.318	0.273
Çevresel Boyut	0.042	0.084
Sosyokültürel Boyut	-0.298	0.062
<b>Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri</b>		
Ferahlama Düzeyi	0.150	-0.220
Rahatlama Düzeyi	-0.127	1.243
Üstünlük Düzeyi	0.476	0.223
<b>Toplam Genel Konfor Ölçeği</b>	0.133	0.127
<b>Toplam Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı</b>	0.092	-0.015

#### 4. BULGULAR

Bu araştırmada, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, araştırmaya yönelik bulgular aşağıdaki alt başlıklar halinde sunulmuştur.

- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor düzeylerine ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konforunu etkileyen faktörlere ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hasta aktiflik düzeylerine ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hasta aktiflik düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

#### 4.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri (N=138)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	45	32.6
Erkek	93	67.4
<b>Yaş (yıl) (<math>\bar{X}\pm SS</math>) / (min-max)</b>	<b>(55.47<math>\pm</math>13.59) (20-95)</b>	
65 yaş altı	101	73.2
65 yaş ve üzeri	37	26.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	73	52.9
Lise	25	18.1
Üniversite ve üzeri	40	29.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	113	81.9
Bekâr	25	18.1
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	62	44.9
Çalışmıyor	76	55.1
<b>Meslek</b>		
İşçi- memur	28	20.3
Emekli	47	34.1
Ev hanımı	27	19.6
Serbest meslek	25	18.0
Diğer*	11	8.0
<b>Gelir Gider Durumu</b>		
Geliri giderinden az	48	34.8
Geliri giderine eşit	64	46.4
Geliri giderinden fazla	26	18.8
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
24.9 kg/m <sup>2</sup> ve altı	45	32.6
25.0 kg/m <sup>2</sup> - 29.9 kg/m <sup>2</sup>	57	41.3
30.0 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	36	26.1
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	60	43.5
Hayır	57	41.3
Bırakmış	21	15.2
<b>Sigara Kullanma Sıklığı</b>		
Kullanmayanlar	78	56.5
1 paketten az	17	12.3
1 paket ve üstü	43	31.2

\*Diğer: Çiftçi, mühendis

**Tablo 4.1.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri (N=138) (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	15	10.9
Hayır	115	83.3
Bırakmış	8	5.8
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Hiç yapmıyor	71	51.4
Ara sıra yapıyor	62	45.0
Düzenli yapıyor	5	3.6

Tablo 4.1.'de miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %67.4'ünün erkek ve %73.2'sinin 65 yaş altında, yaş ortalamasının  $55.47 \pm 13.59$  olduğu saptanmıştır. Bireylerin %52.9'unun ilköğretim mezunu, %81.9'unun evli, %55.1'inin çalışmadığı, %34.1'inin emekli, %46.4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %41.3'ünün beden kitle indeksinin 25.0- 29.9 kg/m<sup>2</sup> olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %43.5'inin sigara kullandığı, %83.3'ünün alkol kullanmadığı ve %51.4'ünün hiç düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri (N=138)

<b>Hastalığa İlişkin Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miyokard Enfarktüsü Türü</b>			
ST yükselmesiz		43	31.2
ST yükselmeli		95	68.8
<b>Uygulanan Girişim Türü</b>			
Koroner anjiyografi		7	5.1
Perkütan koroner girişim		77	55.8
Perkütan koroner girişim ve trombolitik tedavi		54	39.1
<b>Komplikasyon Gelişme Durumu</b>			
Evet		19	13.8
Hayır		119	86.2
<b>Gelişen Komplikasyon Türü</b>			
Komplikasyon gelişmeyen		119	86.2
Kalp yetmezliği		15	11.0
Akciğer ödemi		2	1.4
Hematom		2	1.4
<b>Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>			
Evet		71	51.4
Hayır		67	48.6
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalıklar</b>	<b>Kardiyovasküler Sistem Hastalığı</b>		
	Var	49	35.5
	Yok	89	64.5
	<b>Endokrin Sistem Hastalığı</b>		
	Var	44	31.9
	Yok	94	68.1
	<b>Solunum Sistemi Hastalığı</b>		
	Var	1	0.7
	Yok	137	99.3
	<b>Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>		
Var		77	55.8
Yok		61	44.2
<b>Hastanede Yardıma İhtiyacı Olduğunda Destek Alma Durumu</b>			
Evet		126	91.3
Hayır		12	8.7
<b>Destek Olan Kişi</b>			
Destek olan yok		12	8.7
Eşi		83	60.1
Oğlu, kızı veya torunu		27	19.6
Anne, baba veya kardeşi		12	8.7
Sağlık personeli		4	2.9
<b>Sağlık Algısı</b>			
Kötü		18	13.0
Orta		67	48.6
İyi ve çok iyi		53	38.4
<b>Son Bir Yılda Hastanede Yatma Deneyimi</b>			
Var		28	20.3
Yok		110	79.7
<b>Tekrarlı Yatış Sayısı</b>			
0 (sıfır)		110	79.8
1 gün		14	10.1
2 gün ve üzeri		14	10.1

**Tablo 4.2.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri (N=138) (Devamı)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Durumu</b>		
Evet	35	25.4
Hayır	103	74.6
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Zamanı</b>		
Geçirmemiş	103	74.6
1 yıl ve altı	11	8
1 yıl üzeri ve 5 yıl	11	8
5 yıl üzeri	13	9.4
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Durumu</b>		
Evet	44	31.9
Hayır	94	68.1
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Zamanı</b>		
Uygulanmamış	94	68.1
1 yıl ve altı	12	8.7
1 yıl üzeri -5 yıl	16	11.6
5 yıl üzeri	16	11.6
<b>Sağlık Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu</b>		
Evet	62	44.9
Hayır	76	55.1
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsüne Yönelik Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	87	63.0
Hayır	51	37.0
<b>Bilgi Kaynağı (n=87)*</b>		
Sağlık personeli	62	44.9
Akraba- arkadaş	15	10.9
İnternet	10	7.2

\*Veriler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2’de miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %68.8’ine ST yükselmeli miyokard enfarktüsü tanısı konulmuş ve %55.8’ine perkütan koroner girişim uygulanmıştır. Bireylerin %13.8’inde miyokard enfarktüsü sonrası komplikasyon gelişmiş olup, gelişen komplikasyon türü incelendiğinde bireylerin %11’in de kalp yetmezliği geliştiği saptanmıştır. Bireylerin %51.4’ünün bir kronik hastalığa sahip olduğu, %35.5’inin kardiyovasküler sistem hastalığı, %31.9’unun endokrin sistem hastalığı olduğu saptanmıştır. Bireylerin %55.8’inin sürekli ilaç kullandığı, %91.3’ünün hastanede yardıma ihtiyacı olduğunda destek aldığı, %60.1’inin bu desteği eşinden aldığı ve bireylerin %48.6’sının sağlığını orta düzeyde algıladığı belirlenmiştir. Son bir yılda bireylerin %79.7’si hastanede yatma deneyimi olmadığını ifade etmiştir. Bireylerin %74.6’sının daha önce miyokard enfarktüsü geçirmediği, %9.4’ünün daha önce geçirdiği miyokard enfarktüsü üzerinden beş yıldan fazla zaman geçtiği, %68.1’ine daha önce koroner girişim uygulanmadığı

belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin kontrolleri düzenli olarak yaptırma durumu incelendiğinde %55.1'inin kontrollerini düzenli olarak yaptırmadığı, %63'ünün daha önce miyokard enfarktüsüne yönelik bilgi aldığı, bilgi alanların %44.9'unun bu bilgiyi sağlık personelinden aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).



**Tablo 4.3.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar (N=138)

<b>Bireylerin Tanı ve Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Sorunlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Göğüs Ağrısı</b>		
Var	92	66.7
Yok	46	33.3
<b>Omuz Ağrısı</b>		
Var	48	34.8
Yok	90	65.2
<b>Kol, Boyun ve Çenede Ağrı</b>		
Var	39	28.3
Yok	99	71.7
<b>Sırt Ağrısı</b>		
<b>Var</b>	57	41.3
<b>Yok</b>	81	58.7
<b>Baş Ağrısı</b>		
Var	45	32.6
Yok	93	67.4
<b>Kanama</b>		
Var	10	7.2
Yok	128	92.8
<b>El ve Kollarda Uyuşukluk</b>		
Var	51	37.0
Yok	87	63.0
<b>Terleme</b>		
Var	74	53.6
Yok	64	46.4
<b>Nefes Almada Zorlanma</b>		
Var	78	56.5
Yok	60	43.5
<b>Çarpıntı</b>		
Var	75	54.3
Yok	63	45.7
<b>Bulantı- Kusma</b>		
Var	29	21.0
Yok	109	79.0
<b>Halsizlik- Yorgunluk</b>		
Var	104	75.4
Yok	34	24.6
<b>İştahsızlık</b>		
Var	38	27.5
Yok	100	72.5
<b>Uyku Düzeninde Bozulma</b>		
Var	78	56.5
Yok	60	43.5
<b>Stres</b>		
Var	109	79.0
Yok	29	21.0

Tablo 4.3’de bireylerin miyokard enfarktüsüne bağlı yaşadığı sorunlar yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin miyokard enfarktüsüne bağlı yaşadığı sorunlar incelendiğinde; %66.7’sinde göğüs ağrısı, %34.8’inde omuz ağrısı, %28.3’ünde kol, boyun ve çenede ağrı, %41.3’ünde sırt ağrısı, %32.6’sında baş ağrısı olduğu saptanmıştır. Bu semptomlara ek olarak bireylerin %7.2’sinde kanama, %37’sinde el ve kollarda uyuşukluk, %53.6’sında terleme, %56.5’inde nefes almada zorlanma, %54.3’ünde çarpıntı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %21’inde bulantı- kusma, %75.4’ünde halsizlik-yorgunluk, %27.5’inde iştahsızlık, %56.5’inde uyku düzeninde bozulma, %79’unda stres olduğu saptanmıştır.

#### 4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.4.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Genel Konfor Ölçeği alt boyutları, düzeyleri ve toplam puan ortalamalarının dağılımı (N= 138)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
<b>Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları</b>				
Fiziksel	1.92	3.67	2.79	0.37
Psikospritiyel	1.92	3.92	2.93	0.39
Çevresel	1.85	3.77	2.86	0.36
Sosyokültürel	1.90	3.40	2.82	0.30
<b>Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri</b>				
Ferahlama	1.94	3.56	2.81	0.32
Rahatlama	1.59	3.82	2.89	0.34
Üstünlük	2.20	4.00	2.86	0.33
<b>Genel Konfor Ölçeği</b>	<b>2.04</b>	<b>3.50</b>	<b>2.85</b>	<b>0.29</b>

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Genel Konfor Ölçeği alt boyutları, düzeyleri ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4’de verilmiştir. Genel Konfor Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel alt boyut puan ortalamasının  $2.79\pm 0.37$ , psikospritiyel alt boyut puan ortalamasının  $2.93\pm 0.39$ , çevresel alt boyut puan ortalamasının  $2.86\pm 0.36$ , sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının  $2.82\pm 0.30$  olduğu belirlenmiştir. Bireylerin Genel Konfor Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın 2.93 ile psikospritiyel alt boyuttan, en düşük puanın ise 2.79 ile fiziksel alt boyuttan alındığı saptanmıştır.

Bireylerin Genel Konfor Ölçeği’nin konfor düzeyleri puan ortalamaları incelendiğinde ferahlama düzeyi puan ortalamasının  $2.81\pm 0.32$ , rahatlama düzeyi puan ortalamasının  $2.89\pm 0.34$  ve üstünlük düzeyi puan ortalamasının  $2.86\pm 0.33$  olduğu belirlenmiştir. Genel Konfor Ölçeği’nin konfor düzeyleri puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın 2.89 ile rahatlama düzeyinden, en düşük puanın ise 2.81 ile ferahlama düzeyinden alındığı saptanmıştır. Bireylerin toplam Genel Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $2.85\pm 0.29$  olduğu saptanmıştır.

### 4.3. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor Boyutlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor boyutları ve düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.5.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Sosyo-demografik Özellikleri	Fiziksel		Psiko-Spritüel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Yaş</b>										
65 yaş altı	2.78	0.38	2.93	0.41	2.83	0.37	2.82	0.31	2.84	0.30
65 yaş ve üzeri	2.81	0.34	2.91	0.33	2.93	0.31	2.80	0.24	2.87	0.23
Test değeri**/p	-0.405/0.686		0.277/0.782		-1.413/0.160		0.379/0.705		-0.427/0.670	
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın	2.64	0.32	2.86	0.34	2.78	0.39	2.77	0.29	2.77	0.25
Erkek	2.86	0.38	2.95	0.41	2.89	0.34	2.84	0.29	2.89	0.29
Test değeri**/ p	3.237/0.002*		-1.241/0.217		-1.698/0.092		-1.279/0.203		-2.367/0.010*	
<b>Eğitim Durumu</b>										
İlköğretim <sup>1</sup>	2.78	0.40	2.93	0.40	2.91	0.35	2.78	0.29	2.86	0.29
Lise <sup>2</sup>	2.95	0.37	3.07	0.32	2.87	0.29	2.91	0.31	2.95	0.23
Üniversite ve üzeri <sup>3</sup>	2.71	0.29	2.81	0.38	2.74	0.39	2.83	0.27	2.77	0.27
Test değeri***/ p	3.416/0.036*		3.447/0.035*		2.935/0.057		1.919/0.151		3.233/0.043*	
Bonferroni	2>3		2>3						2>3	
<b>Medeni Durum</b>										
Evli	2.79	0.36	2.92	0.38	2.85	0.35	2.83	0.28	2.85	0.28
Bekâr	2.78	0.40	2.93	0.45	2.87	0.41	2.78	0.33	2.84	0.31
Test değeri**/p	-0.122/0.903		0.059/0.953		0.217/0.828		-0.671/0.504		-0.087/0.931	
<b>Çalışma Durumu</b>										
Çalışıyor	2.84	0.37	2.92	0.42	2.81	0.35	2.85	0.21	2.86	0.30
Çalışmıyor	2.74	0.37	2.92	0.37	2.89	0.36	2.80	0.30	2.84	0.27
Test değeri**/ p	1.491/0.069		-0.001/0.499		-1.191/0.118		0.937/0.351		0.276/0.391	
<b>Meslek</b>										
İşçi-memur <sup>1</sup>	2.74	0.39	2.83	0.44	2.76	0.37	2.80	0.32	2.78	0.33
Emekli <sup>2</sup>	2.83	0.34	2.91	0.38	2.92	0.33	2.80	0.25	2.87	0.26
Ev hanımı <sup>3</sup>	2.65	0.36	2.96	0.34	2.86	0.42	2.81	0.33	2.82	0.27
Serbest meslek <sup>4</sup>	2.76	0.35	2.93	0.41	2.78	0.31	2.88	0.30	2.84	0.28
Diğer <sup>5</sup>	3.12	0.34	3.09	0.37	2.94	0.32	2.87	0.29	3.01	0.24
Test değeri***/ p	3.548/0.009*		0.950/0.437		1.257/0.290		0.403/0.806		1.366/0.249	
Bonferroni	5>1, 5>3									
<b>Gelir Gider Durumu</b>										
Geliri giderinden az	2.75	0.41	2.93	0.40	2.84	0.37	2.78	0.29	2.83	0.28
Geliri giderine eşit	2.78	0.36	2.92	0.41	2.86	0.36	2.83	0.29	2.85	0.30
Geliri giderinden fazla	2.87	0.33	2.92	0.34	2.87	0.36	2.87	0.29	2.88	0.25
Test değeri***/ p	0.862/0.425		0.009/0.991		0.054/0.947		0.959/0.386		0.299/0.742	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi, \*\*\*\*Diğer: Çiftçi, mühendis

**Tablo 4.5.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Devam) (N= 138)

Sosyo-demografik Özellikleri	Fiziksel		Psiko-Spritiuel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Beden Kitle İndeksi</b>										
24.9 kg/m <sup>2</sup> ve altı	2.80	0.34	2.87	0.41	2.87	0.42	2.83	0.28	2.84	0.29
25.0- 29.9 kg/m <sup>2</sup>	2.75	0.37	2.88	0.34	2.78	0.34	2.83	0.27	2.81	0.27
30.0 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	2.83	0.41	3.06	0.41	2.95	0.26	2.80	0.33	2.92	0.29
Test değeri***/ p	0.543/0.582		2.993/0.053		2.541/0.083		0.158/0.854		1.624/0.201	
<b>Sigara Kullanımı</b>										
Evet	2.84	0.40	2.95	0.42	2.91	0.38	2.85	0.32	2.89	0.32
Hayır	2.72	0.32	2.84	0.33	2.79	0.34	2.78	0.26	2.78	0.23
Bırakmış	2.82	0.39	3.06	0.42	2.89	0.30	2.82	0.28	2.91	0.29
Test değeri***/ p	1.481/0.231		2.584/0.079		1.772/0.174		0.879/0.418		2.499/0.086	
<b>Sigara Kullanma Sıklığı</b>										
Kullanmayanlar <sup>1</sup>	2.75	0.34	2.90	0.37	2.81	0.33	2.79	0.26	2.82	0.25
1 paketten az <sup>2</sup>	2.98	0.39	3.09	0.37	3.01	0.40	2.96	0.22	3.01	0.29
1 paket ve üstü <sup>3</sup>	2.78	0.40	2.90	0.43	2.86	0.37	2.81	0.35	2.84	0.32
Test değeri***/ p	2.613/0.077		1.664/0.193		2.148/0.121		2.302/0.104		3.338/0.038*	
Bonferroni									2>1	
<b>Alkol Kullanımı</b>										
Evet	2.71	0.40	2.89	0.38	2.80	0.44	2.84	0.31	2.81	0.29
Hayır	2.79	0.36	2.91	0.38	2.86	0.35	2.81	0.29	2.84	0.28
Bırakmış	2.87	0.49	3.20	0.50	2.95	0.38	2.90	0.23	2.98	0.36
Test değeri***/ p	0.501/0.607		2.094/0.127		0.458/0.633		0.352/0.704		1.040/0.356	
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>										
Hiç yapmıyor	2.77	0.37	2.89	0.39	2.86	0.39	2.82	0.31	2.84	0.31
Ara sıra yapıyor	2.80	0.36	2.95	0.38	2.86	0.33	2.81	0.28	2.86	0.26
Düzenli yapıyor	2.85	0.43	3.06	0.44	2.72	0.23	2.88	0.13	2.87	0.28
Test değeri***/ p	0.162/0.851		0.573/0.565		0.364/0.696		0.113/0.893		0.096/0.908	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin fiziksel alt boyut puan ortalamaları (p=0.002) ve genel konfor puan ortalamalarının (p=0.010), kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bireylerin eğitim durumu ile fiziksel (p=0.036), psikospiritüel (p=0.035) alt boyutları puan ortalamaları ve genel konfor puan ortalamaları (p=0.043) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, eğitim durumu lise olan bireylerin fiziksel, psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları ve genel konfor puan ortalamaları, eğitim durumu üniversite ve üzeri olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin meslek durumu ile fiziksel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olduğu ( $p=0.009$ ), mesleği, çiftçi ve mühendis olan bireylerin fiziksel alt boyut puan ortalamalarının, işçi-memur ve ev hanımı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin sigara kullanma sıklığı ile genel konfor puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p=0.038$ ), bir paketten az sigara kullanan bireylerin genel konfor puan ortalamalarının, sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir gider durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumu değişkenleri ile konfor alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Hastalık Özellikleri	Fiziksel		Psiko-Spritüel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Miyokard Enfarktüsü Türü</b>											
ST yükselmez	2.80	0.37	2.95	0.38	2.92	0.35	2.86	0.32	2.88	0.28	
ST yükselmeli	2.78	0.37	2.91	0.39	2.83	0.36	2.80	0.28	2.83	0.28	
Test değeri**/ p	0.183/0.855		0.580/0.563		1.388/0.167		0.978/0.330		0.957/0.340		
<b>Uygulanan Girişim Türü</b>											
Koroner anjiyografi	2.73	0.20	2.68	0.35	2.87	0.27	2.73	0.20	2.77	0.26	
Perkütan koroner girişim	2.77	0.38	2.92	0.41	2.85	0.38	2.77	0.38	2.84	0.31	
Perkütan koroner girişim ve trombolitik tedavi	2.81	0.37	2.97	0.36	2.86	0.35	2.81	0.37	2.87	0.25	
Test değeri***/ p	0.251/0.778		1.709/0.185		0.031/0.970		0.251/0.778		0.514/0.599		
<b>Komplikasyon Gelişme Durumu</b>											
Evet	2.62	0.37	2.79	0.35	2.92	0.33	2.83	0.29	2.79	0.25	
Hayır	2.81	0.36	2.94	0.39	2.84	0.36	2.82	0.29	2.86	0.29	
Test değeri**/ p	-2.086/0.039*		-1.563/0.120		0.873/ 0.384		0.121/ 0.904		-0.922/0.358		
<b>Gelişen Komplikasyon Türü</b>											
Komplikasyon gelişmeyen	2.81	0.36	2.94	0.39	2.84	0.36	2.81	0.36	2.86	0.29	
Kalp yetmezliği	2.69	0.33	2.83	0.36	2.90	0.35	2.69	0.33	2.81	0.25	
Akciğer ödemi	2.29	0.29	2.57	0.16	3.19	0.05	2.29	0.29	2.67	0.01	
Hematom	2.45	0.76	2.76	0.54	2.84	0.10	2.45	0.76	2.81	0.42	
Test değeri***/ p	2.312/ 0.079		1.055/ 0.370		0.662/ 0.577		2.312/ 0.079		0.409/ 0.747		
<b>Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>											
Evet	2.80	0.34	2.96	0.40	2.93	0.30	2.83	0.31	2.89	0.26	
Hayır	2.77	0.40	2.88	0.38	2.77	0.40	2.81	0.27	2.81	0.30	
Test değeri**/ p	0.586/0.559		1.111/0.134		2.681/0.004*		0.289/0.773		1.569/0.119		
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalıklar</b>	<b>Kardiyovasküler Sistem Hastalığı</b>										
	Var	2.81	0.34	2.95	0.39	2.94	0.26	2.80	0.32	2.88	0.25
	Yok	2.78	0.39	2.91	0.39	2.81	0.39	2.83	0.27	2.83	0.30
	Test değeri**/ p	0.454/0.651		0.547/ 0.292		2.118/0.036*		-0.584/0.560		0.941/ 0.348	
	<b>Endokrin Sistem Hastalığı</b>										
	Var	2.74	0.34	2.91	0.42	2.92	0.32	2.78	0.31	2.84	0.28
	Yok	2.81	0.38	2.93	0.38	2.82	0.3	2.84	0.28	2.85	0.29
	Test değeri**/ p	-1.016/0.311		-0.280/0.390		1.531/ 0.064		-1.022/0.309		-0.132/0.895	
	<b>Solunum Sistemi Hastalığı</b>										
	Var	2.91	-	3.30	-	2.84	-	2.70	-	2.95	-
	Yok	2.79	0.37	2.92	0.39	2.85	0.36	2.82	0.29	2.85	0.28
	Test değeri**/ p	0.334/ 0.739		0.967/ 0.335		-0.037/ 0.971		-0.420/0.675		0.364/ 0.717	
<b>Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>											
Var	2.79	0.35	2.96	0.39	2.94	0.30	2.83	0.30	2.89	0.26	
Yok	2.78	0.39	2.88	0.39	2.75	0.40	2.80	0.28	2.80	0.30	
Test değeri**/ p	0.285/ 0.776		1.104/ 0.271		3.214/0.002*		0.671/ 0.503		1.721/ 0.087		

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Tablo 4.6.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devam)

Hastalık Özellikleri	Fiziksel		Psiko-Spritiüel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Hastanede Yardıma İhtiyacı Olduğunda Destek Alma Durumu</b>										
Evet	2.79	0.36	2.93	0.37	2.86	0.35	2.83	0.28	2.85	0.27
Hayır	2.80	0.50	2.89	0.54	2.83	0.44	2.70	0.39	2.81	0.41
Test değeri**/ p	-0.134/ 0.894		0.340/ 0.734		0.261/0.795		1.424/ 0.157		0.474/ 0.636	
<b>Destek Olan Kişi</b>										
Yok	2.80	0.50	2.89	0.54	2.83	0.44	2.80	0.50	2.81	0.41
Eşi	2.80	0.36	2.92	0.40	2.84	0.36	2.80	0.36	2.85	0.29
Oğlu, kızı, torunu	2.77	0.33	2.96	0.37	2.95	0.35	2.77	0.33	2.88	0.26
Anne, baba, kardeş	2.77	0.43	2.92	0.26	2.84	0.32	2.77	0.43	2.84	0.15
Sağlık personeli	2.66	0.19	2.94	0.32	2.75	0.26	2.66	0.19	2.77	0.13
Test değeri***/ p	0.167/ 0.955		0.095/ 0.984		0.594/ 0.667		0.167/ 0.955		0.191/ 0.943	
<b>Sağlık Algısı</b>										
Kötü <sup>1</sup>	2.46	0.28	2.59	0.34	2.72	0.37	2.46	0.28	2.60	0.24
Orta <sup>2</sup>	2.74	0.31	2.89	0.34	2.81	0.31	2.74	0.31	2.81	0.24
İyi ve çok iyi <sup>3</sup>	2.95	0.38	3.08	0.39	2.96	0.39	2.95	0.38	2.98	0.28
Test değeri***/ p	15.163/0.000*		12.665/0.000*		4.326/ 0.015*		15.163/0.000*		15.309/ 0.000	
Bonferroni	2>1, 3>1, 3>2		2>1, 3>1, 3>2		3>1		2>1, 3>1, 3>2		2>1, 3>1, 3>2	
<b>Son Bir Yılda Hastanede Yatma Deneyimi</b>										
Var	2.67	0.32	2.78	0.30	2.82	0.26	2.79	0.24	2.77	0.22
Yok	2.82	0.38	2.96	0.40	2.86	0.38	2.83	0.30	2.87	0.29
Test değeri**/ p	-1.901/ 0.059		-2.257/0.026*		-0.486/ 0.628		-0.550/ 0.583		-1.735/ 0.085	
<b>Tekrarlı Yatış Sayısı</b>										
0 (sıfır) <sup>1</sup>	2.82	0.38	2.96	0.40	2.86	0.38	2.82	0.38	2.87	0.29
1 gün <sup>2</sup>	2.73	0.35	2.89	0.29	2.89	0.23	2.73	0.35	2.85	0.20
2 gün ve üzeri <sup>3</sup>	2.60	0.29	2.66	0.27	2.76	0.28	2.60	0.29	2.68	0.21
Test değeri***/ p	2.241/ 0.110		3.826/0.024*		0.503/0.606		2.155/ 0.120		2.840/ 0.062	
Bonferroni			1>3							
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Durumu</b>										
Evet	2.75	0.35	2.87	0.37	2.86	0.28	2.81	0.29	2.82	0.26
Hayır	2.80	0.38	2.94	0.39	2.85	0.38	2.82	0.29	2.86	0.29
Test değeri**/ p	-0.630/ 0.530		-0.965/ 0.336		0.038/ 0.970		-0.222/ 0.824		-0.597/0.551	
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Zamanı</b>										
Geçirmemiş	2.80	0.38	2.94	0.39	2.85	0.38	2.80	0.38	2.86	0.29
1 yıl ve altı	2.65	0.42	2.75	0.40	2.78	0.28	2.65	0.42	2.73	0.31
1 yıl üstü ve 5 yıl	2.85	0.21	2.93	0.31	2.90	0.35	2.85	0.21	2.88	0.19
5 yıl üzeri	2.76	0.38	2.92	0.40	2.88	0.22	2.76	0.38	2.86	0.26
Test değeri***/ p	0.676/ 0.568		0.782/ 0.506		0.252/ 0.860		0.676/ 0.568		0.740/0.530	
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Durumu</b>										
Evet	2.76	0.36	2.86	0.40	2.87	0.30	2.79	0.30	2.82	0.28
Hayır	2.80	0.38	2.95	0.38	2.85	0.38	2.83	0.29	2.86	0.28
Test değeri**/ p	-0.608/ 0.544		-1.282/ 0.202		0.245/ 0.807		-0.897/ 0.371		-0.780/ 0.437	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Tablo 4.6.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devam)

Hastalık Özellikleri	Fiziksel		Psiko-Spritüel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Zamanı</b>										
Uygulanmamış	2.80	0.38	2.95	0.38	2.85	0.38	2.80	0.38	2.86	0.28
1 yıl ve altı	2.64	0.40	2.76	0.39	2.80	0.28	2.64	0.40	2.73	0.30
1 yıl üstü ve 5 yıl	2.79	0.28	2.82	0.34	2.89	0.31	2.79	0.28	2.81	0.22
5 yıl üzeri	2.81	0.39	2.97	0.46	2.89	0.32	2.81	0.39	2.89	0.32
Test değeri***/ p	0.668/ 0.573		1.262/ 0.290		0.218/ 0.884		0.668/ 0.573		0.905/ 0.441	
<b>Sağlık Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu</b>										
Evet	2.83	0.37	2.95	0.38	2.87	0.33	2.82	0.27	2.87	0.26
Hayır	2.75	0.37	2.90	0.40	2.84	0.38	2.82	0.31	2.83	0.30
Test değeri**/ p	1.336/ 0.184		0.799/ 0.425		0.406/ 0.686		0.068/ 0.946		0.884/ 0.379	
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsüne Yönelik Bilgi Alma Durumu</b>										
Evet	2.77	0.37	2.88	0.40	2.86	0.35	2.84	0.27	2.84	0.28
Hayır	2.82	0.37	3.00	0.36	2.85	0.38	2.78	0.33	2.87	0.28
Test değeri**/ p	-0.685/ 0.494		-1.758/ 0.081		0.144/ 0.886		1.087/ 0.279		-0.587/ 0.558	
<b>Bilgi Kaynağı</b>										
Yok <sup>1</sup>	2.82	0.37	3.00	0.36	2.85	0.38	2.82	0.37	2.87	0.28
Sağlık personeli <sup>2</sup>	2.69	0.35	2.84	0.42	2.84	0.36	2.69	0.35	2.79	0.29
Akraba- arkadaş <sup>3</sup>	2.92	0.29	2.98	0.31	2.93	0.30	2.92	0.29	2.95	0.20
İnternet <sup>4</sup>	3.05	0.45	2.97	0.40	2.90	0.35	3.05	0.45	2.97	0.30
Test değeri***/ p	3.904/ <b>0.010*</b>		1.822/ 0.146		0.308/ 0.820		3.904/ <b>0.010*</b>		2.180/ 0.093	
Bonferroni	<b>4&gt;2</b>						<b>4&gt;2</b>			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin, komplikasyon gelişme durumu ile fiziksel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.039), komplikasyon gelişmeyen bireylerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalamalarının, komplikasyon gelişen bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumu ile çevresel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.004), kronik hastalığa sahip olan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamalarının, kronik hastalığa sahip olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna ek olarak kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre çevresel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.036), kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamalarının, olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin, sürekli kullanılan ilaç varlığı ile çevresel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p=0.002$ ), sürekli ilaç kullanan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamalarının, kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerin sağlık algısı ile fiziksel ( $p=0.000$ ), psikospiritüel ( $p=0.000$ ), çevresel ( $p=0.015$ ), sosyokültürel ( $p=0.000$ ) ve genel konfor ( $p=0.000$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Sağlık algısı orta ve iyi/çok iyi olan bireylerin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve genel konfor puan ortalamalarının, sağlık algısı kötü olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık algısı iyi/çok iyi olan bireylerin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve genel konfor puan ortalamalarının, sağlık algısı orta olan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık algısı iyi/çok iyi olan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamalarının, sağlık algısı kötü olan bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Bireylerin son bir yılda hastanede yatma deneyimi ile psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p=0.026$ ), hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin psikospiritüel alt boyut puan ortalamalarının, hastanede yatma deneyimi olan bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastanede yatma deneyimi olan bireylerin tekrarlı yatış sayısına göre psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0.024$ ). İki gün ve üzeri hastanede yatan bireylerin hastane yatışı olmayanlara göre psikospiritüel alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Buna ek olarak bireylerin bilgi aldıkları kaynağa göre fiziksel ( $p=0.010$ ) ve sosyokültürel ( $p=0.010$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, internetten bilgi alan bireylerin fiziksel ve sosyokültürel puan ortalamalarının, sağlık personelinde bilgi alan bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin konfor alt boyutları ile miyokard enfarktüsü türü, uygulanan girişim ve gelişen komplikasyon türü, eşlik eden kronik hastalıklardan endokrin sistem ve solunum sistemi hastalıkları varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Bunlara ek olarak, bireylerin hastanede yardıma ihtiyacı olduğunda destek alma durumu, destek olan kişi, daha önce miyokard enfarktüsü geçirme

durumu, daha önce miyokard enfarktüsü geçirme zamanı, daha önce koroner girişim uygulanma durumu, daha önce koroner girişim uygulanma zamanı, sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu, daha önce miyokard enfarktüsüne yönelik bilgi alma durumu ile konfor boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).



**Tablo 4.7.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Yaşanan Sorunlar	Fiziksel		Psiko-Spritiüel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Göğüs Ağrısı</b>										
Evet	2.75	0.37	2.90	0.40	2.83	0.36	2.81	0.29	2.83	0.29
Hayır	2.85	0.37	2.96	0.37	2.90	0.35	2.85	0.30	2.89	0.27
Test değeri**/ p	-1.452/ 0.149		-0.881/ 0.380		-0.957/ 0.341		-0.732/ 0.465		-1.285/ 0.101	
<b>Omuz Ağrısı</b>										
Evet	2.79	0.39	2.88	0.41	2.80	0.36	2.79	0.31	2.82	0.31
Hayır	2.79	0.36	2.95	0.38	2.88	0.35	2.84	0.28	2.87	0.27
Test değeri**/ p	0.000/ 1.000		-1.017/ 0.311		-1.189/ 0.236		-0.875/ 0.383		-0.970/ 0.334	
<b>Kol, Boyun ve Çenede Ağrı</b>										
Evet	2.78	0.39	2.93	0.41	2.84	0.30	2.77	0.32	2.83	0.29
Hayır	2.79	0.36	2.92	0.38	2.86	0.38	2.84	0.28	2.85	0.28
Test değeri**/ p	-0.105/ 0.917		0.054/ 0.479		-0.271/ 0.393		-1.239/ 0.217		-0.371/ 0.712	
<b>Sırt Ağrısı</b>										
Evet	2.74	0.34	2.88	0.40	2.83	0.36	2.77	0.30	2.81	0.28
Hayır	2.82	0.39	2.95	0.38	2.87	0.36	2.86	0.28	2.88	0.29
Test değeri**/ p	-1.214/ 0.227		-1.003/ 0.318		-0.655/ 0.514		-1.747/ 0.083		-1.366/ 0.174	
<b>Baş Ağrısı</b>										
Evet	2.75	0.26	2.86	0.29	2.82	0.36	2.80	0.28	2.81	0.21
Hayır	2.80	0.41	2.95	0.43	2.87	0.36	2.83	0.30	2.87	0.31
Test değeri**/ p	-0.787/ 0.433		-1.313/ 0.191		-0.839/ 0.403		-0.537/ 0.592		-1.146/ 0.254	
<b>Kanama</b>										
Evet	2.64	0.43	2.80	0.53	2.90	0.42	2.69	0.33	2.76	0.38
Hayır	2.80	0.36	2.93	0.38	2.85	0.35	2.83	0.29	2.86	0.27
Test değeri**/ p	-1.318/ 0.190		-1.068/ 0.287		0.365/ 0.716		-1.495/ 0.137		-1.017/ 0.311	
<b>El ve Kollarda Uyuşukluk</b>										
Evet	2.77	0.38	2.86	0.40	2.83	0.36	2.74	0.32	2.80	0.30
Hayır	2.80	0.36	2.96	0.38	2.87	0.36	2.87	0.26	2.88	0.27
Test değeri**/ p	-0.411/ 0.682		-1.463/ 0.146		-0.554/ 0.580		-2.571/ <b>0.011*</b>		-1.409/ 0.161	
<b>Terleme</b>										
Evet	2.76	0.38	2.89	0.41	2.84	0.35	2.78	0.29	2.82	0.30
Hayır	2.82	0.36	2.96	0.36	2.87	0.37	2.86	0.28	2.88	0.27
Test değeri**/ p	-0.834/ 0.405		-0.994/ 0.322		-0.392/ 0.696		-1.551/ 0.123		-1.106/ 0.271	
<b>Nefes Almada Zorlanma</b>										
Evet	2.75	0.40	2.92	0.41	2.89	0.38	2.80	0.31	2.84	0.30
Hayır	2.83	0.33	2.93	0.36	2.81	0.33	2.84	0.26	2.86	0.26
Test değeri**/ p	-1.302/ 0.195		-0.137/ 0.892		1.145/ 0.254		-0.734/ 0.464		-0.239/ 0.811	
<b>Çarpıntı</b>										
Evet	2.73	0.37	2.88	0.42	2.85	0.35	2.79	0.31	2.82	0.30
Hayır	2.85	0.36	2.97	0.35	2.86	0.37	2.85	0.27	2.88	0.26
Test değeri**/ p	-1.821/ 0.071		-1.301/ 0.196		-0.074/ 0.941		-1.213/ 0.227		-1.358/ 0.177	
<b>Bulantı- Kusma</b>										
Evet	2.79	0.33	3.04	0.41	2.98	0.35	2.82	0.30	2.92	0.27
Hayır	2.79	0.38	2.89	0.38	2.82	0.36	2.82	0.29	2.83	0.28
Test değeri**/ p	0.069/ 0.945		1.814/ 0.072		2.059/ <b>0.041*</b>		0.075/ 0.940		1.407/ 0.162	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi

**Tablo 4.7.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Yaşanan Sorunlar	Fiziksel		Psiko-Spritüel		Çevresel		Sosyo-Kültürel		Genel Konfor	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Halsizlik- Yorgunluk</b>										
Evet	2.74	0.37	2.90	0.41	2.85	0.37	2.78	0.29	2.82	0.30
Hayır	2.93	0.33	2.99	0.33	2.88	0.31	2.92	0.25	2.93	0.22
Test değeri**/p	-2.649/0.009*		-1.072/ 0.286		-0.379/ 0.705		-2.242/0.016*		-1.903/0.030*	
<b>İştahsızlık</b>										
Evet	2.69	0.38	2.89	0.43	2.87	0.35	2.77	0.30	2.81	0.30
Hayır	2.82	0.36	2.94	0.37	2.85	0.36	2.84	0.29	2.86	0.27
Test değeri**/p	-1.926/ 0.056		-0.686/0.494		0.298/ 0.767		-1.169/ 0.245		-1.024/ 0.308	
<b>Uyku Düzeninde Bozulma</b>										
Evet	2.74	0.38	2.91	0.38	2.80	0.34	2.80	0.31	2.81	0.28
Hayır	2.85	0.36	2.94	0.40	2.93	0.37	2.85	0.26	2.89	0.28
Test değeri**/ p	-1.731/ 0.086		-0.404/ 0.687		-2.046/0.043*		-1.085/ 0.280		-1.643/ 0.103	
<b>Stres</b>										
Evet	2.79	0.37	2.95	0.38	2.88	0.37	2.85	0.28	2.87	0.28
Hayır	2.78	0.38	2.84	0.40	2.76	0.29	2.72	0.30	2.78	0.29
Test değeri**/ p	0.069/ 0.945		1.346/ 0.181		1.560/ 0.121		2.071/ 0.040*		0.495/ 0.137	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadığı sorunlar ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir. Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşadığı sorunlara göre el ve kollarda uyuşukluk durumu ile sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları arasında (p=0.011); halsizlik- yorgunluk durumu ile fiziksel (p=0.009), sosyokültürel (p=0.016) ve genel konfor (p=0.030) puan ortalamaları arasında; uyku düzeninde bozulma durumu ile çevresel alt boyut puan ortalamaları arasında (p=0.043) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. El ve kollarda uyuşukluk olmayan bireylerin sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının, halsizlik-yorgunluğu olmayan bireylerin fiziksel, sosyokültürel ve genel konfor puan ortalamasının, uyku düzeninde bozulma olmayan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamasının olan bireylere göre daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Bulantı kusma durumu ile çevresel alt boyut puan ortalamaları (p=0.041) arasında; stres durumu ile sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları arasında (p=0.040) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bulantı-kusması olan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamasının olmayanlara göre; stresi olan bireylerin sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının stresi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin konfor alt boyutları ile tanı ve tedaviye bağlı

yaşadıkları sorunlar; göğüs ağrısı, omuz ağrısı, kol, boyun ve çenede ağrı, sırt ağrısı, baş ağrısı, kanama, terleme, nefes almada zorlanma, çarpıntı, iştahsızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).



**Tablo 4.8.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Sosyo-Demografik Özellikleri	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Yaş</b>						
65 yaş altı	2.78	0.32	2.90	0.36	2.85	0.33
65 yaş ve üzeri	2.87	0.27	2.86	0.23	2.87	0.32
Test değeri**/ p	-1.548/ 0.124		0.574/ 0.567		-0.289/ 0.773	
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	2.77	0.29	2.78	0.26	2.80	0.31
Erkek	2.84	0.29	2.94	0.35	2.88	0.33
Test değeri**/ p	-2.027/ <b>0.045*</b>		-2.637/ <b>0.009*</b>		-1.462/ 0.073	
<b>Eğitim Durumu</b>						
İlköğretim <sup>1</sup>	2.81	0.32	2.88	0.34	2.88	0.36
Lise <sup>2</sup>	2.93	0.31	3.03	0.32	2.90	0.25
Üniversite ve üzeri <sup>3</sup>	2.72	0.28	2.81	0.32	2.79	0.30
Test değeri***/ p	3.478/ <b>0.034*</b>		3.359/ <b>0.038*</b>		1.218/ 0.299	
Bonferroni	<b>2&gt;3</b>		<b>2&gt;3</b>			
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	2.81	0.30	2.89	0.32	2.84	0.33
Bekâr	2.76	0.37	2.87	0.37	2.91	0.29
Test değeri**/ p	-0.771/ 0.442		-0.352/ 0.725		0.952/ 0.343	
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	2.79	0.31	2.91	0.36	2.86	0.34
Çalışmıyor	2.81	0.31	2.87	0.31	2.85	0.32
Test değeri**/ p	-0.309/ 0.758		0.855/ 0.394		0.098/ 0.461	
<b>Meslek</b>						
İşçi-memur <sup>1</sup>	2.74	0.30	2.83	0.43	2.79	0.33
Emekli <sup>2</sup>	2.84	0.30	2.90	0.30	2.87	0.30
Ev hanımı <sup>3</sup>	2.78	0.32	2.84	0.27	2.84	0.34
Serbest meslek <sup>4</sup>	2.77	0.33	2.88	0.30	2.86	0.39
Diğer**** <sup>5</sup>	2.93	0.30	3.11	0.34	2.98	0.20
Test değeri***/ p	1.020/ 0.400		1.600/ 0.178		0.753/ 0.558	
<b>Gelir Gider Durumu</b>						
Geliri giderinden az	2.76	0.32	2.87	0.31	2.86	0.35
Geliri giderine eşit	2.83	0.32	2.89	0.35	2.83	0.33
Geliri giderinden fazla	2.83	0.27	2.92	0.33	2.90	0.29
Test değeri***/ p	0.742/ 0.478		0.204/ 0.816		0.380/ 0.685	
<b>Beden Kitle İndeksi</b>						
24.9 kg/m <sup>2</sup> ve altı	2.78	0.32	2.89	0.31	2.85	0.34
25.0 kg/m <sup>2</sup> - 29.9 kg/m <sup>2</sup>	2.80	0.28	2.84	0.35	2.79	0.30
30.0 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	2.83	0.34	2.96	0.32	2.96	0.32
Test değeri***/ p	0.334/ 0.717		1.596/ 0.207		3.056/ 0.050	
<b>Sigara Kullanımı</b>						
Evet <sup>1</sup>	2.84	0.35	2.96	0.39	2.86	0.34
Hayır <sup>2</sup>	2.75	0.26	2.80	0.25	2.80	0.27
Bırakmış <sup>3</sup>	2.83	0.29	2.91	0.32	2.98	0.38
Test değeri***/ p	1.300/ 0.276		3.345/ <b>0.038*</b>		2.386/ 0.096	
Bonferroni			<b>1&gt;2</b>			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi, \*\*\*\*Diğer: çiftçi, mühendis

**Tablo 4.8.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Devam) (N= 138)

Sosyo-Demografik Özellikleri	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Sigara Kullanma Sıklığı</b>						
Kullanmayanlar <sup>1</sup>	2.77	0.27	2.83	0.27	2.85	0.31
1 paketten az <sup>2</sup>	2.93	0.28	3.07	0.34	3.03	0.35
1 paket ve üstü <sup>3</sup>	2.81	0.38	2.92	0.40	2.80	0.32
Test değeri***/ p	1.864/ 0.159		3.777/ <b>0.025*</b>		3.326/ <b>0.039*</b>	
Bonferroni			<b>2&gt;1</b>		<b>2&gt;3</b>	
<b>Alkol Kullanımı</b>						
Evet	2.80	0.32	2.85	0.37	2.78	0.27
Hayır	2.80	0.31	2.88	0.32	2.86	0.33
Bırakmış	2.86	0.39	3.11	0.43	2.98	0.39
Test değeri***/ p	0.155/ 0.856		1.842/ 0.162		0.926/ 0.399	
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>						
Hiç yapmıyor	2.83	0.34	2.86	0.36	2.83	0.32
Ara sıra yapıyor	2.77	0.27	2.92	0.30	2.87	0.33
Düzenli yapıyor	2.80	0.35	2.83	0.22	3.01	0.30
Test değeri***/ p	0.509/ 0.602		0.714/ 0.491		0.884/ 0.415	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin ferahlama (p=0.045) ve rahatlama düzeyi (p=0.009) puan ortalamaları, kadınlara göre daha yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bireylerin eğitim durumu ile ferahlama (p=0,034) ve rahatlama (p=0.038) düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, eğitim durumu lise olan bireylerin ferahlama ve rahatlama düzeyi puan ortalamalarının, eğitim durumu üniversite ve üzeri olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerin sigara kullanma durumu ile rahatlama düzeyi puan ortalamaları arasında (p=0.038); sigara kullanma sıklığı ile rahatlama (p=0.025) ve üstünlük (p=0.039) düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanan bireylerin rahatlama düzeyi puan ortalamalarının, kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, bir paketten az sigara kullanan bireylerin rahatlama ve üstünlük düzeyi puan ortalamalarının sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, meslek, gelir gider durumu, beden kitle indeksi, alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumu değişkenleri ile konfor düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Hastalık Özellikleri	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük		
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Miyokard Enfarktüsü Türü</b>							
ST yükselmez	2.83	0.32	2.93	0.33	2.88	0.30	
ST yükselmeli	2.79	0.31	2.87	0.33	2.84	0.34	
Test değeri**/ p	0.801/ 0.424		1.053/ 0.294		0.631/ 0.529		
<b>Uygulanan Girişim Türü</b>							
Koroner anjiyografi	2.68	0.35	2.87	0.27	2.81	0.23	
Perkütan koroner girişim	2.92	0.41	2.85	0.38	2.83	0.32	
Perkütan koroner girişim ve trombolitik tedavi	2.97	0.36	2.86	0.35	2.89	0.34	
Test değeri***/ p	1.709/ 0.185		0.031/ 0.970		0.567/ 0.568		
<b>Komplikasyon Gelişme Durumu</b>							
Evet	2.78	0.30	2.82	0.28	2.77	0.27	
Hayır	2.80	0.31	2.90	0.34	2.87	0.33	
Test değeri**/ p	-0.303/ 0.763		-0.912/ 0.364		-1.208/ 0.229		
<b>Gelişen Komplikasyon Türü</b>							
Komplikasyon gelişmeyen	2.94	0.39	2.84	0.36	2.87	0.33	
Kalp yetmezliği	2.83	0.36	2.90	0.35	2.77	0.26	
Akciğer ödemi	2.57	0.16	3.19	0.05	2.56	0.04	
Hematom	2.76	0.54	2.84	0.10	3.00	0.37	
Test değeri***/ p	1.055/ 0.370		0.662/ 0.577		1.060/ 0.368		
<b>Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>							
Evet	2.84	0.32	2.92	0.30	2.90	0.31	
Hayır	2.77	0.30	2.85	0.36	2.81	0.33	
Test değeri**/ p	1.308/ 0.097		1.256/ 0.211		1.578/ 0.117		
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalıklar</b>	<b>Kardiyovasküler Sistem Hastalığı</b>						
	Var	2.81	0.33	2.92	0.28	2.91	0.30
	Yok	2.80	0.30	2.87	0.36	2.82	0.34
	Test değeri**/ p	0.197/ 0.844		0.801/ 0.425		1.500/ 0.136	
	<b>Endokrin Sistem Hastalığı</b>						
	Var	2.80	0.32	2.88	0.33	2.85	0.30
	Yok	2.80	0.3	2.89	0.34	2.86	0.34
	Test değeri**/ p	-0.067/ 0.947		-0.074/ 0.941		-0.215/ 0.830	
	<b>Solunum Sistemi Hastalığı</b>						
	Var	2.87	-	3.11	-	2.86	-
	Yok	2.80	0.31	2.89	0.33	2.86	0.33
	Test değeri**/ p	0.217/ 0.829		0.670/ 0.504		0.019/ 0.985	
<b>Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>							
Var	2.84	0.31	2.92	0.29	2.90	0.32	
Yok	2.76	0.31	2.85	0.37	2.80	0.33	
Test değeri**/ p	1.509/ 0.134		1.264/ 0.209		1.786/ 0.076		
<b>Hastanede Yardıma İhtiyacı Olduğunda Destek Alma Durumu</b>							
Evet	2.81	0.30	2.89	0.31	2.85	0.32	
Hayır	2.68	0.40	2.84	0.55	2.92	0.38	
Test değeri**/ p	1.433/ 0.154		0.473/ 0.637		-0.677/ 0.500		

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Tablo 4.9.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devamı)

Hastalık Özellikleri	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Destek Olan Kişi</b>						
Yok	2.89	0.54	2.83	0.44	2.92	0.38
Eşi	2.92	0.40	2.84	0.36	2.82	0.35
Oğlu, kızı, torunu	2.96	0.37	2.95	0.35	2.91	0.28
Anne, baba, kardeş	2.92	0.26	2.84	0.32	2.89	0.22
Sağlık personeli	2.94	0.32	2.75	0.26	2.93	0.22
Test değeri***/ p	0.095/ 0.984		0.594/ 0.667		0.555/ 0.696	
<b>Sağlık Algısı</b>						
Kötü <sup>1</sup>	2.59	0.34	2.72	0.37	2.64	0.23
Orta <sup>2</sup>	2.89	0.34	2.81	0.31	2.81	0.29
İyi ve çok iyi <sup>3</sup>	3.08	0.39	2.96	0.39	2.98	0.34
Test değeri***/ p	12.665/ <b>0.000*</b>		4.326/ <b>0.015*</b>		9.053/ <b>0.000*</b>	
Bonferroni	<b>2&gt;1, 3&gt;1, 3&gt;2</b>		<b>3&gt;1</b>		<b>3&gt;1, 2&gt;1</b>	
<b>Son Bir Yılda Hastanede Yatma Deneyimi</b>						
Var	2.73	0.29	2.81	0.24	2.76	0.25
Yok	2.82	0.31	2.91	0.35	2.88	0.34
Test değeri**/ p	-1.360/ 0.176		-1.433/ 0.154		-1.780/ 0.077	
<b>Tekrarlı Yatış Sayısı</b>						
0 (sıfır) <sup>1</sup>	2.96	0.40	2.86	0.38	2.88	0.34
1 gün <sup>2</sup>	2.89	0.29	2.89	0.23	2.88	0.25
2 gün ve üzeri <sup>3</sup>	2.66	0.27	2.76	0.28	2.64	0.20
Test değeri***/ p	1.519/ 0.223		1.826/ 0.165		3.498/ <b>0.033*</b>	
Bonferroni					<b>1&gt;3</b>	
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Durumu</b>						
Evet	2.81	0.29	2.83	0.32	2.83	0.29
Hayır	2.80	0.32	2.91	0.33	2.86	0.34
Test değeri**/ p	0.166/ 0.869		-1.191/ 0.236		-0.460/ 0.646	
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Zamanı</b>						
Geçirmemiş	2.94	0.39	2.85	0.38	2.86	0.34
1 yıl ve altı	2.75	0.40	2.78	0.28	2.72	0.28
1 yıl üstü ve 5 yıl	2.93	0.31	2.90	0.35	2.90	0.25
5 yıl üzeri	2.92	0.40	2.88	0.22	2.87	0.33
Test değeri***/ p	0.782/ 0.506		0.252/ 0.860		0.693/ 0.558	
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Durumu</b>						
Evet	2.78	0.32	2.84	0.34	2.84	0.31
Hayır	2.81	0.31	2.91	0.33	2.86	0.33
Test değeri**/ p	-0.500/ 0.618		-1.031/ 0.305		-0.472/ 0.638	
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Zamanı</b>						
Uygulanmamış	2.95	0.38	2.85	0.38	2.86	0.33
1 yıl ve altı	2.76	0.39	2.80	0.28	2.73	0.27
1 yıl üstü ve 5 yıl	2.82	0.34	2.89	0.31	2.82	0.27
5 yıl üzeri	2.97	0.46	2.89	0.32	2.93	0.36
Test değeri***/ p	1.262/ 0.290		0.218/ 0.884		0.883/ 0.452	
<b>Sağlık Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu</b>						
Evet	2.82	0.30	2.91	0.29	2.89	0.31
Hayır	2.79	0.32	2.87	0.37	2.83	0.33
Test değeri**/ p	0.535/ 0.593		0.675/ 0.501		1.135/ 0.258	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Tablo 4.9.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devamı)

Hastalık Özellikleri	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsüne Yönelik Bilgi Alma Durumu</b>						
Evvet	2.79	0.30	2.87	0.35	2.84	0.30
Hayır	2.82	0.33	2.91	0.31	2.87	0.37
Test değeri**/ p	-0.411/ 0.682		-0.629/ 0.530		-0.490/ 0.625	
<b>Bilgi Kaynağı</b>						
Yok	3.00	0.36	2.85	0.38	2.87	0.37
Sağlık personeli	2.84	0.42	2.84	0.36	2.83	0.32
Akraba- arkadaş	2.98	0.31	2.93	0.30	2.91	0.26
İnternette	2.97	0.40	2.90	0.35	2.84	0.27
Test değeri***/ p	1.822/ 0.146		0.308/ 0.820		0.284/ 0.837	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.9’da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin, sağlık algısına göre ferahlama (p=0.000), rahatlama (p=0.015) ve üstünlük (p=0.000) düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı iyi/çok iyi olan bireylerin ferahlama, rahatlama ve üstünlük düzeyi puan ortalamalarının, sağlık algısı kötü olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Sağlık algısı iyi/çok iyi olan bireylerin ferahlama düzeyi puan ortalamasının, sağlık algısı orta olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık algısı orta olan bireylerin ferahlama ve üstünlük düzeyi puan ortalamalarının, sağlık algısı kötü olan bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Son bir yılda hastanede yatma deneyimi olan bireylerin tekrarlı yatış sayısına göre üstünlük düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0.033). Son bir yılda hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin üstünlük düzeyi puan ortalamalarının, hastanede iki gün ve üzeri yatan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin konfor düzeyleri ile miyokard enfarktüsü ve uygulanan girişim türü, komplikasyon gelişme durumu, gelişen komplikasyon türü, eşlik eden kardiyovasküler sistem, endokrin sistem ve solunum sistemi hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05). Araştırmaya katılan bireylerin, sürekli kullandığı ilaç varlığı, hastanede yardıma ihtiyacı olduğunda destek alama durumu, destek olan kişi, son bir yılda hastanede yatma deneyimi, daha önce miyokard

enfarktüsü geçirme durumu, miyokard enfarktüsü geçirme zamanı, koroner girişim uygulanma durumu, koroner girişim uygulanma zamanı, sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu, daha önce miyokard enfarktüsüne yönelik bilgi alma durumu ve bilgi kaynağı ile konfor düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.9).



**Tablo 4.10.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Yaşanan Sorunlar	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Göğüs Ağrısı</b>						
Evet	2.77	0.31	2.86	0.34	2.85	0.33
Hayır	2.87	0.31	2.94	0.31	2.86	0.32
Test değeri**/ p	-1.851/ 0.066		-1.402/ 0.163		-0.085/ 0.933	
<b>Omuz Ağrısı</b>						
Evet	2.79	0.32	2.85	0.38	2.81	0.32
Hayır	2.81	0.31	2.91	0.30	2.88	0.33
Test değeri**/ p	-0.370/ 0.712		-1.061/ 0.291		-1.100/ 0.273	
<b>Kol, Boyun ve Çenede Ağrı</b>						
Evet	2.79	0.32	2.89	0.38	2.82	0.31
Hayır	2.81	0.31	2.89	0.32	2.87	0.33
Test değeri**/ p	-0.236/ 0.407		-0.016/ 0.987		-0.774/ 0.440	
<b>Sırt Ağrısı</b>						
Evet	2.73	0.28	2.84	0.35	2.86	0.32
Hayır	2.85	0.33	2.92	0.32	2.85	0.33
Test değeri**/ p	-2.137/ 0.034*		-1.500/ 0.136		0.082/ 0.935	
<b>Baş Ağrısı</b>						
Evet	2.76	0.25	2.85	0.26	2.81	0.30
Hayır	2.82	0.33	2.90	0.36	2.88	0.34
Test değeri**/ p	-1.070/ 0.286		-0.839/ 0.403		-1.128/ 0.261	
<b>Kanama</b>						
Evet	2.66	0.41	2.81	0.45	2.81	0.36
Hayır	2.81	0.30	2.89	0.32	2.86	0.32
Test değeri**/ p	-1.439/ 0.152		-0.782/ 0.436		-0.466/ 0.642	
<b>El ve Kollarda Uyuşukluk</b>						
Evet	2.73	0.34	2.83	0.36	2.85	0.32
Hayır	2.84	0.29	2.92	0.31	2.86	0.33
Test değeri**/ p	-1.947/ 0.054		-1.657/ 0.100		-0.042/ 0.966	
<b>Terleme</b>						
Evet	2.77	0.33	2.84	0.34	2.86	0.32
Hayır	2.84	0.28	2.94	0.31	2.85	0.34
Test değeri**/ p	-1.357/ 0.177		-1.628/ 0.106		0.171/ 0.865	
<b>Nefes Almada Zorlanma</b>						
Evet	2.79	0.32	2.88	0.35	2.87	0.36
Hayır	2.82	0.30	2.90	0.31	2.84	0.29
Test değeri**/ p	-0.633/ 0.264		-0.418/ 0.338		0.461/ 0.646	
<b>Çarpıntı</b>						
Evet	2.76	0.32	2.82	0.33	2.87	0.34
Hayır	2.85	0.29	2.96	0.32	2.84	0.31
Test değeri**/ p	-1.632/ 0.105		-2.443/ <b>0.016*</b>		0.656/ 0.513	
<b>Bulantı- Kusma</b>						
Evet	2.84	0.32	2.97	0.31	2.93	0.31
Hayır	2.79	0.31	2.86	0.33	2.84	0.33
Test değeri**/ p	0.815/ 0.208		1.545/ 0.062		1.298/ 0.196	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi

**Tablo 4.10.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Devam) (N= 138)

Yaşanan Sorunlar	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Halsizlik- Yorgunluk</b>						
Evet	2.76	0.32	2.86	0.34	2.84	0.34
Hayır	2.92	0.27	2.97	0.28	2.90	0.26
Test değeri**/ p	-2.478/ <b>0.014*</b>		-1.677/ 0.096		-0.844/ 0.400	
<b>İştahsızlık</b>						
Evet	2.75	0.34	2.85	0.33	2.82	0.37
Hayır	2.82	0.30	2.90	0.33	2.87	0.31
Test değeri**/p	-1.111/ 0.269		-0.841/ 0.402		-0.745/ 0.457	
<b>Uyku Düzeninde Bozulma</b>						
Evet	2.77	0.33	2.85	0.35	2.82	0.31
Hayır	2.84	0.29	2.93	0.30	2.91	0.35
Test değeri**/ p	-1.317/ 0.190		-1.444/ 0.151		-1.154/ 0.122	
<b>Stres</b>						
Evet	2.82	0.31	2.91	0.32	2.86	0.31
Hayır	2.73	0.30	2.78	0.36	2.82	0.38
Test değeri**/p	1.381/ 0.170		1.870/ 0.064		0.600/ 0.550	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi

Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile konfor düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşadığı sorunlara göre, çarpıntısı ile rahatlama düzeyi puan ortalamaları arasında (p=0.016); halsizlik- yorgunluk ile ferahlama düzeyi puan ortalamaları arasında (p=0.014) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Çarpıntısı olmayan bireylerin rahatlama düzeyi puan ortalamasının, çarpıntısı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak, halsizlik- yorgunluğu olmayan bireylerin ferahlama düzeyi puan ortalamasının, halsizlik- yorgunluğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin konfor düzeyleri ile tanı ve tedaviye bağlı yaşanan sorunlardan göğüs ağrısı, omuz ağrısı, kol, boyun ve çenede ağrı, sırt ağrısı, baş ağrısı, kanama, el ve kollarda uyuşukluk, terleme, nefes almada zorlanma, uyku düzeninde bozulma, stres, bulantı-kusma, iştahsızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.10).

#### 4.4. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hasta aktiflik düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.11.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamasının dağılımı (N= 138)

Ölçek	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı	17.90	75.00	48.79	12.49

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamasının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı’nın minimum 17.90, maksimum 75.00 olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı’ndan elde edilen puan ortalamasının 47.1-55.1 arasında olması, araştırmaya katılan bireylerin hasta aktiflik düzeyinin ikinci aşamasında olduğunu, harekete geçecek güven ve bilgidен yoksun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.12.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı’na göre aktiflik düzeylerinin dağılımı (N= 138)

Hasta Aktiflik Düzeyi	n	%
Aktiflik Düzeyi 1	70	50.7
Aktiflik Düzeyi 2	26	18.8
Aktiflik Düzeyi 3	33	23.9
Aktiflik Düzeyi 4	9	6.5

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı sonuçlarına göre hasta aktiflik düzeyi Tablo 4.12’de incelendiğinde; bireylerin %50.7’si hastalık rolünün öneminin henüz anlaşılmadığı hasta aktiflik düzeyinin birinci aşamasında, %18.8’i harekete geçecek güven ve bilginin olmadığı hasta aktiflik düzeyinin ikinci aşamasında, %23.9’u önerilen sağlık davranışlarının yapılmaya başlanıldığı hasta aktiflik düzeyinin üçüncü aşamasında, %6.5’i sağlık konusunda proaktif olduğunu ve önerilen birçok sağlık davranışının gerçekleştiği hasta aktiflik düzeyinin dördüncü aşamasında olduğu saptanmıştır.

#### 4.5. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hasta aktiflik düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.13.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Sosyo-demografik Özellikleri	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	$\bar{X}$	SS
<b>Yaş</b>		
65 yaş altı	49.69	12.24
65 yaş ve üzeri	46.32	12.97
Test değeri**/ p		1.412/0.160
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	46.80	11.97
Erkek	49.75	12.68
Test değeri**/ p		-1.304/ 0.194
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim <sup>1</sup>	44.98	10.94
Lise <sup>2</sup>	54.24	13.60
Üniversite ve üzeri <sup>3</sup>	52.33	12.40
Test değeri***/ p		8.154/ <b>0.000*</b>
Bonferroni		<b>2&gt;1, 3&gt;1</b>
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	48.61	12.55
Bekâr	49.60	12.40
Test değeri**/ p		0.356/ 0.722
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	51.10	12.01
Çalışmıyor	46.90	12.62
Test değeri**/ p		1.988/ <b>0.049*</b>
<b>Meslek</b>		
İşçi-memur	48.27	14.60
Emekli	49.50	11.29
Ev hanımı	43.67	11.97
Serbest meslek	53.04	13.37
Diğer****	49.95	7.12
Test değeri***/ p		1.985/ 0.100
<b>Gelir Gider Durumu</b>		
Geliri giderinden az	47.80	9.90
Geliri giderine eşit	48.11	13.60
Geliri giderinden fazla	52.28	13.69
Test değeri***/ p		1.267/ 0.285
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
24.9 kg/m <sup>2</sup> ve altı	51.48	12.77
25.0 kg/m <sup>2</sup> - 29.9 kg/m <sup>2</sup>	46.78	12.34
30.0 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	48.60	12.06
Test değeri***/ p		1.806/ 0.168

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi, \*\*\*\*Diğer: Çiftçi, mühendis

**Tablo 4.13.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikleri	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	$\bar{X}$	SS
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	48.63	13.80
Hayır	47.53	11.65
Bırakmış	52.64	10.25
Test değeri***/ p	1.299/ 0.276	
<b>Sigara Kullanma Sıklığı</b>		
Kullanmayanlar	48.91	11.46
1 paketten az	48.89	14.39
1 paket ve üstü	48.53	13.73
Test değeri***/ p	0.014/ 0.987	
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	49.34	11.65
Hayır	48.78	12.66
Bırakmış	47.92	12.82
Test değeri***/ p	0.034/ 0.967	
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Hiç yapmıyor <sup>1</sup>	46.61	11.62
Ara sıra yapar <sup>2</sup>	50.24	12.86
Düzenli yapar <sup>3</sup>	61.66	11.44
Test değeri***/ p	4.352/ <b>0.015*</b>	
Bonferroni	<b>3&gt;1</b>	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.13'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, bireylerin eğitim durumu ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0.000). Eğitim durumu lise olanlar ile üniversite ve üstü olan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, eğitim durumu ilköğretim olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bireylerin çalışma durumu ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.049), çalışan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, çalışmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin düzenli egzersiz yapma durumu ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0.015). Düzenli egzersiz yapan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, hiç yapmayan bireylere göre

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir gider durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, sigara kullanma sıklığı, alkol kullanımı değişkenleri ile Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.13).



**Tablo 4.14.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Hastalık Özellikleri	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı		
	$\bar{X}$	SS	
<b>Miyokard Enfarktüsü Türü</b>			
ST yükselmez	46.69	12.20	
ST yükselmeli	49.74	12.56	
Test değeri**/ p		-1.331/ 0.186	
<b>Uygulanan Girişim Türü</b>			
Koroner anjiyografi	42.65	10.61	
Perkütan koroner girişim	48.63	12.34	
Perkütan koroner girişim ve trombolitik tedavi	49.81	12.86	
Test değeri***/ p		1.033/ 0.359	
<b>Komplikasyon Gelişme Durumu</b>			
Evet	44.56	11.18	
Hayır	49.46	12.59	
Test değeri**/ p		-1.597/ 0.113	
<b>Gelişen Komplikasyon Türü</b>			
Komplikasyon gelişmeyen	49.46	12.59	
Kalp yetmezliği	43.71	11.75	
Akciğer ödemi	44.15	6.71	
Hematom	51.40	13.01	
Test değeri***/ p		1.065/ 0.366	
<b>Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>			
Evet	46.71	12.20	
Hayır	50.98	12.49	
Test değeri**/ p		-2.030/ <b>0.044*</b>	
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalıklar</b>	<b>Kardiyovasküler Sistem Hastalığı</b>		
	Var	44.64	11.22
	Yok	51.07	12.61
	Test değeri**/ p		-2.980/ <b>0.003*</b>
	<b>Endokrin Sistem Hastalığı</b>		
	Var	47.70	13.34
	Yok	49.29	12.10
	Test değeri**/ p		-0.696/ 0.488
	<b>Solunum Sistemi Hastalığı</b>		
	Var	55.60	-
	Yok	48.74	12.51
	Test değeri**/ p		0.546/ 0.586
<b>Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>			
Var	47.19	12.28	
Yok	50.81	12.55	
Test değeri**/ p		-1.703/ 0.091	
<b>Hastanede Yardıma İhtiyacı Olduğunda Destek Alma Durumu</b>			
Evet	49.26	12.62	
Hayır	43.78	10.01	
Test değeri**/ p		1.460/ 0.147	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Tablo 4.14.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devamı)

Hastalık Özellikleri	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	$\bar{X}$	SS
<b>Destek Olan Kişi</b>		
Eşi	48.31	12.22
Oğlu, kızı, torunu	50.72	13.22
Anne, baba, kardeş	52.70	15.25
Sağlık personeli	48.95	9.81
Test değeri***/ p		0.969/ 0.427
<b>Sağlık Algısı</b>		
Kötü	44.78	11.99
Orta	48.43	11.16
İyi ve çok iyi	50.60	14.01
Test değeri***/ p		1.523/ 0.222
<b>Son Bir Yılda Hastanede Yatma Deneyimi</b>		
Var	45.52	9.23
Yok	49.62	13.09
Test değeri**/ p		-1.560/ 0.121
<b>Tekrarlı Yatış Sayısı</b>		
0 (sıfır)	49.62	13.09
1 gün	48.36	7.13
2 gün ve üzeri	42.67	10.42
Test değeri***/ p		1.957/ 0.145
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Durumu</b>		
Evet	47.21	13.12
Hayır	49.32	12.28
Test değeri**/ p		-0.864/ 0.389
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsü Geçirme Zamanı</b>		
Geçirmemiş	49.32	12.28
1 yıl ve altı	46.62	7.11
1 yıl üstü ve 5 yıl	42.30	17.14
5 yıl üzeri	51.86	12.45
Test değeri***/ p		1.441/ 0.234
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Durumu</b>		
Evet	47.41	13.28
Hayır	49.43	12.11
Test değeri**/ p		-0.888/ 0.376
<b>Daha Önce Koroner Girişim Uygulanma Zamanı</b>		
Uygulanmamış	49.43	12.11
1 yıl ve altı	46.65	6.78
1 yıl üstü ve 5 yıl	43.53	15.68
5 yıl üzeri	51.85	13.74
Test değeri***/ p		1.484/ 0.222
<b>Sağlık Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu</b>		
Evet	47.79	14.20
Hayır	49.60	10.91
Test değeri**/ p		-0.848/ 0.398

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Tablo 4.14.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Hastalık Özellikleri	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	$\bar{X}$	SS
<b>Daha Önce Miyokard Enfarktüsüne Yönelik Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	49.82	12.59
Hayır	47.03	12.22
Test değeri**/ p	1.270/ 0.206	
<b>Bilgi Kaynağı</b>		
Yok	47.03	12.22
Sağlık personeli	48.09	13.40
Akraba- arkadaş	54.36	9.05
İnternet	53.74	9.89
Test değeri***/ p	1.960/ 0.123	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hastalık özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.14’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumu ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.044), kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanlarının, kronik hastalığa sahip olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, kardiyovasküler sistem hastalığına sahip olma durumu ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.003), kardiyovasküler sistem hastalığı olmayan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin hasta aktiflik düzeyi ile miyokard enfarktüsü türü, uygulanan girişim türü, komplikasyon gelişme durumu, komplikasyon türü, eşlik eden endokrin ve solunum sistemi hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0.05). Bireylerin, sürekli kullanılan ilaç varlığı, hastanede yardıma ihtiyacı olduğunda destek alama durumu, destek olan kişi, sağlık algısı, son bir yılda hastanede yatma deneyimi, tekrarlı yatış sayısı, daha önce miyokard enfarktüsü geçirme durumu, geçirme zamanı ve koroner girişim uygulanma durumu, daha önce koroner girişim uygulanma zamanı, sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu, daha önce miyokard enfarktüsüne yönelik bilgi alma durumu, bilgi kaynağı ile hasta aktiflik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p >0.05). (Tablo 4.14).

**Tablo 4.15.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138)

Yaşanan Sorunlar	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	$\bar{X}$	SS
<b>Göğüs Ağrısı</b>		
Evet	47.85	11.63
Hayır	50.65	13.99
Test değeri**/ p	-1.244/ 0.216	
<b>Omuz Ağrısı</b>		
Evet	47.91	11.44
Hayır	49.26	13.04
Test değeri**/ p	-0.601/ 0.549	
<b>Kol, Boyun ve Çenede Ağrı</b>		
Evet	47.77	12.58
Hayır	49.19	12.49
Test değeri**/ p	-0.598/ 0.551	
<b>Sırt Ağrısı</b>		
Evet	47.91	13.04
Hayır	49.40	12.12
Test değeri**/ p	-0.692/ 0.490	
<b>Baş Ağrısı</b>		
Evet	45.33	14.39
Hayır	50.46	11.15
Test değeri**/ p	-2.300/ <b>0.023*</b>	
<b>Kanama</b>		
Evet	45.63	10.05
Hayır	49.03	12.65
Test değeri**/ p	-0.830/ 0.408	
<b>El ve Kollarda Uyuşukluk</b>		
Evet	45.75	10.23
Hayır	50.57	13.37
Test değeri**/ p	-2.216/ <b>0.028*</b>	
<b>Terleme</b>		
Evet	48.28	12.05
Hayır	49.37	13.04
Test değeri**/ p	-0.510/ 0.611	
<b>Nefes Almada Zorlanma</b>		
Evet	47.39	10.81
Hayır	50.60	14.26
Test değeri**/ p	-1.503/ 0.135	
<b>Çarpıntı</b>		
Evet	48.15	11.51
Hayır	49.54	13.60
Test değeri**/ p	-0.650/ 0.517	
<b>Bulantı- Kusma</b>		
Evet	48.86	10.69
Hayır	48.77	12.96
Test değeri**/ p	0.037/ 0.970	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi

**Tablo 4.15.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N= 138) (Devamı)

Yaşanan Sorunlar	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	$\bar{X}$	SS
<b>Halsizlik- Yorgunluk</b>		
Evet	47.92	12.60
Hayır	51.45	11.89
Test değeri**/ p		-1.440/ 0.152
<b>İştahsızlık</b>		
Evet	45.73	12.31
Hayır	49.95	12.41
Test değeri**/ p		-1.784/ 0.077
<b>Uyku Düzeninde Bozulma</b>		
Evet	49.98	12.03
Hayır	47.24	12.98
Test değeri**/ p		1.284/ 0.201
<b>Stres</b>		
Evet	49.30	12.48
Hayır	46.88	12.53
Test değeri**/ p		0.926/ 0.356

\*p<0.05, \*\*Bağımsız örneklem t testi

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar ile hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.15’de verilmiştir. Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşadığı sorunlara göre baş ağrısı ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında (p=0.023); el ve kollarda uyuşukluk ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında (p=0.028) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk olmayan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanlarının, olan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin hasta aktiflik düzeyleri ile tanı ve tedaviye bağlı yaşanan sorunlar; göğüs ağrısı, omuz ağrısı, kol, boyun ve çenede ağrı, sırt ağrısı, kanama, terleme, nefes almada zorlanma, çarpıntı, uyku düzeninde bozulma, stres, bulantı- kusma, halsizlik-yorgunluk, iştahsızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.15).

#### 4.6. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 4.16’de verilmiştir.

**Tablo 4.16.** Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişki

	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puanı	
	r	p
<b>Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları</b>		
Fiziksel	0.239	<b>0.005*</b>
Psikospritiyel	0.235	<b>0.005*</b>
Çevresel	-0.041	0.637
Sosyokültürel	0.367	<b>0.000*</b>
<b>Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri</b>		
Ferahlama	0.209	<b>0.014*</b>
Rahatlama	0.181	<b>0.034*</b>
Üstünlük	0.218	<b>0.010*</b>
<b>Genel Konfor Ölçeği</b>	0.230	<b>0.007*</b>

\*p<0.05

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanı ile fiziksel ( $r=0.239$ ,  $p<0.05$ ), psikospritiyel ( $r=0.235$ ,  $p<0.05$ ) ve sosyokültürel ( $r=0.367$ ,  $p<0.05$ ) alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanı ile çevresel alt boyut arasında ise ilişki saptanmamıştır ( $r=-0.041$ ,  $p<0.637$ ).

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanı ile ferahlama düzeyi ( $r=0.209$ ,  $p<0.05$ ), rahatlama düzeyi ( $r=0.181$ ,  $p<0.05$ ) ve üstünlük düzeyi ( $r=0.218$ ,  $p<0.05$ ) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanı ile Genel Konfor Ölçeği arasında ( $r=0.230$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda aşağıdaki üç başlık altında tartışılmıştır.

- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor düzeyleri ve konfor düzeylerini etkileyen faktörler
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hasta aktiflik düzeyleri ve hasta aktiflik düzeylerini etkileyen faktörler
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyleri arasındaki ilişki

## 5.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor Düzeyleri ve Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Genel Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $2.85 \pm 0.29$  olduğu ve konforun orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin orta düzey konfora sahip olmasında hastaların %79'unun stres, %75.4'ünün halsizlik-yorgunluk, %56.5'inin uyku düzeninde bozulma gibi semptomlar yaşaması, %61.6'sının da sağlığını orta ve kötü düzeyde algılamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Genel Konfor Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde psikospiritüel alt boyut puan ortalamasının diğer boyutlara göre daha yüksek, fiziksel alt boyut puan ortalamasının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Perkütan koroner girişim sonrası bireylerin immobil olması, ağrı, halsizlik-yorgunluk, uyku düzeninde bozulma gibi semptomlar yaşamasının fiziksel konforu olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bireylerin %91.3'ünün hastanede yardıma ihtiyacı olduğunda sosyal ve duygusal destek almasının, %20.3'ünün son bir yılda hastanede yatma deneyimi ve %63'ünün daha önce miyokard enfarktüsüne yönelik bilgi almış olmasının psikospiritüel konforun yüksek çıkmasında etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak çalışmamızda Genel Konfor Ölçeği'nin konfor düzeyleri puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın rahatlama düzeyi, en düşük puanın ise ferahlama düzeyinden alındığı saptanmıştır. Ferahlama düzeyi, bireyin konfora ait ihtiyaçlarının karşılanması veya sıkıntılarının geçtiğini hissetmesi, rahatlama düzeyi ise bireyin sakin olması, durumundan memnun kalma durumu veya huzurlu hissetmesi, üstünlük düzeyi ise bireyin problemlerini çözerek, sorunlarıyla baş edebilme yeteneğine sahip olması olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 2003). Bireylerin büyük çoğunluğunun sağlığını orta (%48.6) ve kötü (%13) düzeyde algılaması ve %75.4'ünün halsizlik ve yorgunluğunun olmasının konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Altuner'in (2023) koroner anjiyografi işlemi uygulanan bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında çalışma bulgularımıza benzer şekilde, konfor ortalamasının  $2.54 \pm 0.25$  olduğu, bireylerin en yüksek puanı rahatlama düzeyinden, en düşük puanı ferahlama düzeyinden aldığı saptanmıştır. Çalışmada bireylerin yaşadıkları semptomların, konfor düzeyinin orta düzeyde algılamasına neden olduğu bildirilmektedir. Çıracı (2019)'nın çalışmasında konfor ortalamasının  $2.99 \pm 0.3$  olduğu saptanmış, en düşük puanın fiziksel

konfor alt boyutundan, en yüksek puanın ise psikospiritüel konfor alt boyutundan alındığı, femoralden koroner anjiyografi girişimi yapılmasının konfor düzeyinin azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir. Batmaz'ın (2022) çalışmasında ise, konfor düzeyinin azalmasının nedenleri arasında koroner anjiyografi sonrası mobilizasyon, cerrahi girişim süresi, hematoma büyüklüğü ve sürekli ilaç kullanımı olduğu gösterilmiştir. Güleşen ve Üstün'ün (2020) çalışmasında Genel Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $2.67 \pm 15$  olduğu, bireylerin en yüksek puanı rahatlama düzeyinden, en düşük puanı ferahlama düzeyinden aldığı, alt boyut puanları incelendiğinde en yüksek puanı sosyokültürel boyuttaki rahatlama düzeyinden, en düşük puanı ise fiziksel boyuttaki ferahlama düzeyinden aldığı saptanmıştır.

Araştırmamızda kadınların fiziksel alt boyut puan ortalamaları, genel konfor puan ortalamaları, ferahlama ve rahatlama düzeyleri puan ortalamalarının erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kadınların konfor düzeyinin erkeklere göre düşük olmasında, kaygı düzeylerinin (Dağlı, 2021) ve konfor beklentilerinin daha yüksek olmasının (Yel ve Ünsar, 2020; Altıntaş, 2023) etkili olabileceği belirtilmektedir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde kadın bireylerin erkeklere göre konfor düzeylerinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir (Çıracı, 2019; Yılmaz, 2020; Batmaz, 2022). Bu durumun kadınlarda anksiyete, kaygı düzeyleri ve konfor beklentilerinin erkeklere göre farklı olmasından kaynaklandığı ifade edilmektedir (Dağlı, 2021; Altıntaş, 2023) Çalışmamızın aksine koroner anjiyografi girişimi uygulanan bireylerde cinsiyetle konfor arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Altuner, 2023; Altıntaş, 2023; Saraç, 2023; Dağlı, 2021). Bu doğrultuda anksiyete ve kaygı düzeyi yüksek kadın bireylerin risk grubu olarak belirlenmesi ve konfor düzeylerinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Araştırmamızda bireylerin eğitim durumu ile fiziksel, psikospiritüel alt boyut ve genel konfor puan ortalamaları; ferahlama ve rahatlama düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farkın eğitim durumu lise olan bireylerin, eğitim durumu üniversite ve üzeri olan bireylere göre konfor düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Bireylerin eğitim düzeyinin artmasının

bakıma ilişkin farkındalıklarını, bilgi arayışlarını ve beklentilerini artırdığı (Kureshi ve ark. 1995; Yel ve Ünsar, 2020; Altıntaş, 2023), bu durumun ise konfor algıları ve konfor ihtiyaçlarının artmasına neden olduğu çalışmalarda bildirilmektedir (Dağlı, 2021; Çıracı, 2019). Çalışma bulgularımızı destekler nitelikte yapılan çalışmalarda koroner anjiyografi girişimi uygulanan bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe, konfor düzeylerinin düştüğü bildirilmektedir (Batmaz, 2022; Cihan, 2021; Dağlı, 2021). Çalışma bulgularımızın aksine literatürde koroner anjiyografi girişimi uygulanan bireylerde eğitim düzeyinin konfor düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Altıntaş, 2023; Sümer, 2023; Saraç, 2023). Bu doğrultuda eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin risk grubu olarak belirlenmesi, konfor ihtiyaçlarının doğru şekilde tanımlanması ve konforu artırmaya yönelik girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

Araştırmamızda çalışma durumu ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmazken, bireylerin mesleği ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bireylerin meslek durumu ile fiziksel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, çiftçi ve mühendis olan bireylerin fiziksel alt boyut puan ortalamalarının, işçi-memur ve ev hanımı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma verilerimizi destekler nitelikte Özden'in (2018) çalışmasında, bireylerin mesleklerine göre konfor düzeyleri arasında önemli bir fark olduğunu tespit etmiştir. Çalışmaya göre daha esnek olarak çalışan bireylerin konfor düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatürde meslek durumu ile konfor arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Batmaz, 2022; Saraç, 2023; Altıntaş, 2023). Araştırma verilerimizi destekler nitelikte çalışma durumunun konfor düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (Altıntaş, 2023; Güleşen ve Üstün, 2020) çalışan bireylerin psikospiritüel alt boyut, ferahlama ve rahatlama düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu gösteren bir çalışma da literatürde bulunmaktadır. (Çıracı, 2019).

Araştırmamızda bir paketten az sigara kullanan bireylerin Genel Konfor Ölçeği, rahatlama ve üstünlük düzeyleri puan ortalamalarının, sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres veya odaklanma ihtiyacı duyulduğunda, sigara kullanmanın anlık olarak rahatlattığı ve stresi azaltmada etkisinin olduğu belirtilmektedir (Sexton ve Natale, 2009; Nelson, 2012; Kutlu ve ark., 2021). Bu doğrultuda sigara

kullanan bireylerde sigaranın sakinleştirici, rahatlatıcı etkisinin olduğunu, stres oluşturan durumlarla başetmede ve anlık olarak rahatlık sağlamada etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde sigara kullanımı ile konfor düzeyi arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Çıracı, 2019; Altuner, 2023; Altıntaş, 2023; Kavaklı ve ark., 2023). Araştırma bulgularımızın aksine sigara kullanan bireylerin konfor düzeylerinin, kullanmayanlara göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmaların olduğu da görülmektedir (Dağlı, 2021; Altınsoy, 2023). Araştırmaya katılan bireylerin %43.5'inin sigara kullandığı, sigara içenlerinde %31.2'sinin bir paketten fazla sigara içtiği (Tablo 4.1.) saptanmıştır. Bu doğrultuda sigara kullanan bireylerin sigarayı sakinleştirici, rahatlatıcı olarak algılamasının, sigara kullanımının zararlarına yönelik bilinç uyandırılmasına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Sigara kullanan bireylerin risk grubu olarak belirlenmesi, sigaranın bırakılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi gerekli durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir gider durumu, beden kitle indeksi, alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumu değişkenleri ile konfor boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde araştırma bulgularımızın aksine konfor ile yaş ve medeni durum arasında anlamlı bir fark olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bilgilere göre ileri yaşın koroner anjiyografi girişimi sonrası konfor düzeyini önemli derecede düşürdüğü bildirilmektedir (Saraç, 2023). Buna ek olarak, medeni durum ile konfor düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu gösteren çalışmalarda, evli bireylerin sosyal ve duygusal destek almasının konfor düzeyinin yükseltilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Altıntaş, 2023). Araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte yaş (Çıracı, 2019; Dağlı, 2021; Altuner, 2023; Altıntaş, 2023), medeni durum (Çıracı, 2019), gelir gider durumu (Saraç, 2023), beden kitle indeksi, (Dağlı, 2021), alkol kullanımı (Altuner, 2023) ve düzenli egzersiz yapma durumu (Batmaz, 2022) ile konfor düzeyi arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

Araştırmamıza katılan bireylerin %13.8'de kalp yetmezliği, akciğer ödemi ve hematoma gibi komplikasyonlar gelişmiştir. Komplikasyon gelişen bireylerin fiziksel alt boyut puan ortalamalarının, komplikasyon gelişmeyen bireylere göre daha düşük olduğu tespit

edilmiştir. Miyokard enfarktüsü sonrası bireylerde kanama hematoma, kalp yetmezliği, kardiyogenik şok gibi ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir (Byrne ve ark.,2024). Kolcaba, fizyolojik göstergelerden birinin bile normal değer aralığında olmamasının, fiziksel konforu etkileyebileceğini belirtmektedir (Kolcaba, 2003). Cihan'ın (2021) koroner anjiyografi sonrası immobil dönemde konfor, hematoma ve ağrıyı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada kanama, hematoma, ağrı gibi komplikasyonların azaltılmasının hastaların konfor düzeyini artıracaklarını belirtilmiştir. Koroner anjiyografi girişimi uygulanan bireylerde yapılan çalışmalarda komplikasyonların konfor düzeyini azalttığı, bu doğrultuda uygun hemşirelik müdahaleleri ile azaltılmasının bireylerin konfor düzeyini artıracakları vurgulanmaktadır (Cihan, 2021; Dağlı, 2021). Bu doğrultuda komplikasyon gelişen bireylerin risk grubu olarak belirlenmesi ve komplikasyonların azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerin uygulanmasının bireylerin konfor düzeyini artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sürekli ilaç kullanan, kronik hastalığa sahip olan ve eşlik eden kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireylerin, kronik hastalığa sahip olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan bireylere göre çevresel konfor alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların %51.4'ünün kronik hastalığa sahip olması, %35.5'inin eşlik eden kardiyovasküler hastalığa sahip olması, %55.8'inin uzun süreli düzenli ilaç kullanıyor olmasının kronik hastalığın kabullenmesini, hastalığa ve çevreye uyum sağlamasını kolaylaştırması (Özden, 2018; Amaç ve Çam, 2019) nedeniyle konfor düzeyinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde sağlığı teşvik edici ortamlar oluşturan, sağlığı ve bakımı ile ilgili sorumluluk alan bireylerin konfor düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kolcaba, 1991). Bu doğrultuda kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan bireylerin çevresini düzenli ilaç alabileceği şekilde düzenlemesi, sağlığı ve bakımıyla ilgili sorumluluk almasının konfor düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Araştırma verilerimizi destekler nitelikte Aydınçulü ve Arslan'ın (2021) cerrahi ameliyat geçiren bireylerde yaptığı çalışmada sürekli ilaç kullanan hastaların, konfor düzeyinin anlamlı olduğu gösterilmiştir. Çalışmada sürekli ilaç kullanan bireylerin, hastalığa bağlı semptomlarının azaldığı, çevresini ilaç alımına göre düzenledikleri ve sağlığı geliştirme davranışları kazandıkları bildirilmektedir. Literatürde çalışma bulgularımızın aksine kronik hastalığa sahip olmanın ve sürekli ilaç kullanmanın,

bireylerin konfor düzeyini olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Yılmaz, 2020; Altınsoy, 2023; Saraç, 2023). Saraç'ın (2023) çalışmasına göre koroner anjiyografi girişimi dışında başka bir kronik hastalığı sahip olmanın konfor düzeyini olumsuz etkilediği, bireylerin tıbbi durumunu olumsuz olarak algıladığı bunun da koroner anjiyografi öncesi anksiyete ve korku düzeylerinin yükselmesine neden olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda sağlık algısı orta olan bireylerin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları, genel konfor puan ortalamaları ve ferahlama, rahatlama, üstünlük düzeyleri puan ortalamalarının sağlık algısı kötü olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek olarak sağlığını iyi/çok iyi algılayan bireylerin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları, genel konfor puan ortalamaları ve ferahlama, rahatlama, üstünlük düzeyleri puan ortalamalarının sağlık algısı kötü olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Miyokard enfarktüsü sonrası sağlık algısı iyi olan bireylerin sağlıklı davranışlar sergilemeye başlamış olması, sağlığını ve bakımını yönelik farkındalıkları ve bilgi arayışlarının artmış olmasının (Tuncer, 2024) konfor düzeyinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde araştırma verilerimizi destekler nitelikte, sağlığını iyi olarak algılayan bireylerin konfor düzeylerinin arttığını gösteren çalışmalara rastlanılmıştır (Şahin ve Rızalar, 2018; Dağlı, 2021; Güner ve Kumsar, 2021). Güner ve Kumsar'ın (2021) yaptığı çalışmaya göre bireylerin %65,9'unun sağlık algılarının iyi olduğu ve sağlık algısı düzeyinin yüksek olmasının konfor düzeylerini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Altıntaş'ın (2023) yaptığı çalışmaya göre koroner anjiyografi işlemi sonrası immobil dönemde olan bireylerin sağlığını kötü algıladıkları ve konfor düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya göre sağlık algısı kötü olan bireylerin immobil dönemde sırt, bel ve boyun ağrıları gibi semptomlar yaşamasının konfor düzeyinin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin sağlık algısının değerlendirilmesi ve sağlıklı davranışların kazanılmasına yönelik desteklenmesinin konfor düzeyini artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda son bir yılda hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin psikospiritüel alt boyut puan ortalamalarının, hastanede yatma deneyimi olanlara göre daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastanede yatma deneyimi olan bireylerin tekrarlı yatış sayısına göre psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları ve üstünlük düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin, iki gün ve üzeri yatan bireylere göre psikospiritüel konforu ve üstünlük düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Miyokard enfarktüsü sürecinde bireylerin, ciddi semptomlarla hastaneye yattığı, aile ve sosyal ilişkilerinin etkilendiği ve belirsizlikler nedeniyle anksiyete, depresyon, ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Uzdil ve ark., 2018; Kavradım ve ark., 2022). Bu doğrultuda daha önce hastanede yatma deneyimi olan bireylerin olumsuz hastane deneyimlerinin olması (Wensley ve ark., 2020; Yılmaz, 2020) daha önce sağlık personeli ile etkin iletişim kuramamaları (Nural ve Alkan, 2018), hastanedeki yatış süreci uzadıkça aile ve sosyal ilişkilerinin etkilenmesi, miyokard enfarktüsüne bağlı yaşanan psikososyal sorunların artması sebebiyle konfor düzeyinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Literatürde araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde hastaneye yatış sıklığı ve yatış süresi arttıkça konfor düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Güleşen ve Üstün, 2020; Yılmaz, 2020). Yapılan çalışmalara göre bireylerin kendini güvende hissetmesi, sağlık personelleri ile etkin iletişim kurması, sağlığı konusunda bilgilendirilme yapılması ve olumlu hastane deneyimleriyle konfor düzeylerinin artacağı bildirilmektedir (Güleşen ve Üstün, 2020; Yılmaz, 2020). Çalışma sonuçlarımızın aksine hastanede yatma deneyimi ile konfor arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Dağlı, 2021; Altuner, 2023; Altıntaş, 2023). Bu doğrultuda hastanede yatma deneyimi olan bireylerin risk grubu olarak belirlenmesi, etkili baş etme yöntemlerinin uygulanması, sağlık algısının değerlendirilmesi ve etkin iletişim ile sağlık konusunda bilgilendirme yapılması önerilmektedir.

Araştırmamızda bireylerin bilgi aldıkları kaynağa göre fiziksel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, internetten bilgi alan bireylerin, sağlık personelinden bilgi alan bireylere göre daha yüksek konfor düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. İnternetin sağlık konusunda bilgilere daha esnek ve hızlı ulaşma olanağı sağlaması, zamandan bağımsız olarak istenildiği zaman bilgiye ulaşılabilmesi, fiziksel engellerin olmaması nedeniyle daha çok tercih edildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Demir ve Gözüm, 2011; Pazar ve ark., 2015). Doğu ve

arkadaşlarının (2015) miyokard enfarktüsü geçirmiş bireyler üzerinde yaptığı çalışmaya göre sağlık personelinin sağlık eğitimlerine yeterince zaman ayıramaması, internetten alınan bilginin, sağlık personeline göre daha kolay ulaşılabilir olması, internetin hem görsel hem işitsel yöntemlerle bilgi sağlanması, bireysel ve interaktif olmasının bireylerin tercihlerini etkilediği bildirilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasında online hemşirelik eğitimlerinin artırılması, klinikte rutin verilen eğitimlerden farklı öğretim yöntemleri ile bireylerin desteklenmesinin konforu arttırmada önemli olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda bireylerin konfor alt boyutları ile tanı ve tedaviye bağlı yaşanan sorunlardan; göğüs ağrı, omuz ağrısı, kol, boyun ve çenede ağrı, sırt ağrısı, baş ağrısı, kanama, terleme, nefes almada zorlanma, iştahsızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Literatürde çalışma bulgularımızı destekler nitelikte ağrı, nefes almada zorlanma ile konfor düzeyi arasında fark olmadığı gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Güner ve Kumsar, 2021; Dikmen ve Aslan, 2020). Buna ek olarak, literatürde araştırma bulgularımızın aksine konfor ile iştahsızlık, nefes almada zorlanma, ağrı ve kanama arasında ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre koroner anjiyografi sonrası kanama, hematoma, ağrı gibi sorunların azaltılmasının bireylerin konfor düzeyini artırabileceği belirtilmektedir (Cihan, 2021; Batmaz, 2022). Ayrıca literatürde iştahsızlık, nefes almada zorlanma, baş ağrısı semptomları arttıkça konfor düzeyinin azaldığını gösteren çalışma sonuçları da bildirilmektedir (Yılmaz, 2020; Dikmen ve Aslan, 2020; Demir ve Özer, 2022).

Çalışmamızda çarpıntısı olan bireylerin rahatlama düzeyleri puan ortalamasının, çarpıntısı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çarpıntısı olan bireylerin fonksiyonel durumunun bozulduğu ve günlük yaşam aktivitelerinin sınırlandığı (Durmaz, 2022) bu nedenle konfor düzeyini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde çarpıntının kardiyovasküler sistem hastalığına bağlı mortalite riskini iki kat arttırdığı bildirilmektedir (Antoni ve ark., 2012). Buna ek olarak atriyal fibrilasyon olgusunun incelendiği bir çalışmaya göre hastanın çarpıntısının devam etmesinden korktuğu, çarpıntı nedeniyle kendini rahat hissetmediği ifade ettiği ve çarpıntı nedeniyle fiziksel aktivitelerini yerine getirmekte zorlandığı belirtilmiştir (Duman ve ark., 2020).

Literatürde çarpıntı değişkeni ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda el ve kollarında uyuşukluk olan bireylerin sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bireylerin el ve kollarında hissettikleri uyuşukluğa bağlı zorluk yaşadıkları ve günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanması sebebiyle konfor düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir. Araştırma verilerimizi destekler nitelikte Yılmaz ve Coşkun'un (2019) yaptığı çalışmasında, hastaların %15.6'sında uyuşma olduğu, uyuşma, güçsüzlük ve ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir. Literatürde el ve kollarda uyuşukluk değişkeni ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, miyokard enfarktüsü sonrası el ve kollarında uyuşukluk, çarpıntı gibi fonksiyonel kapasiteyi sınırlayan ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen semptomların etkisini azaltan, konfor düzeyini artıran hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Çalışmamızda bulantı-kusması olan bireylerin çevresel alt boyut puan ortalamasının bulantı- kusması olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bulantı-kusmanın azaltılmasına yönelik olarak çevre düzeninin sağlanması, hasta odasının havalandırılması ve kötü kokunun olmaması gerektiği bildirilmektedir (Aygin, 2016). Bu bilgiler doğrultusunda, miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin bulantı-kusmanın oluşmasını önlemeye yönelik alınan önlemlerin çevresel konfor düzeyini yükselttiği düşünülmektedir. Literatürde araştırma verilerimizin aksine bulantı- kusmanın bireylerin konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Wilson ve Kolcaba, 2004; Şahin ve Rızalar, 2018; Demir ve Özer, 2022).

Araştırmamızda halsizlik-yorgunluğu olan bireylerin olmayanlara göre fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyutları, genel konfor puan ortalaması ve ferahlama düzeyleri puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bireylerin halsizlik-yorgunluk semptomları arttıkça fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilendiği (Altınsoy, 2023) ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanması (Yanmış, 2020) nedeniyle konfor düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir. Kalp yetmezliği olan bireyler üzerinde yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre halsizlik-yorgunluk gibi semptomların, bireylerin evden çıkmasını zorlaştırdığı ve sosyal

izolasyona yol açması nedeniyle yaşam kalitesini ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Kyriakou ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise etkili şekilde yönetilemeyen yorgunluk semptomunun, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilediği ve yaşam kalitelerinin azalmasına neden olduğu bildirilmiştir (Çetiner, 2023). Literatürde araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte yorgunluk şiddeti arttıkça konfor düzeyinin olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Yanmış, 2020; Altınsoy, 2023). Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde yorgunluğun değerlendirilmesi, yorgunluk düzeyini azaltacak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve etkili baş etme yöntemlerinin uygulanması ile konfor düzeyinin artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda uyku düzeninde bozulma olan bireylerin, uyku düzeninde bozulma olmayanlara göre çevresel konfor düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bireylerin alıştıkları ortam dışında bir yerde olması, aile ve sosyal ilişkilerinin etkilenmesi sebebiyle konfor düzeyinin olumsuz olarak etkilendiği düşünülmektedir. Yıldız ve Aydın'ın (2013) yaptığı çalışmada uykuyu olumsuz hasta ilişkileri, rahatsız fiziksel koşullar ve gürültü gibi faktörlerin etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Öneği ve Arslan'ın, (2021) çalışmasında ise miyokard enfarktüsüyle birlikte koroner anjiyografi girişimi yapılan bireylerde uzun süreli sırt üstü yatmanın ve çevresel faktörlerin bireylerin uyku kalitesini ve konfor düzeyini etkilediği bildirmektedir. Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Batmaz, 2022; Kavaklı ve ark., 2023). Bu doğrultuda hemşirelerin uykuyu etkileyebilecek çevresel stresörleri göz önünde bulundurarak hemşirelik girişimlerini planlanmasının konfor düzeyini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü sonrası stres yaşadığını ifade eden bireylerin sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının, stres yaşadığını belirtmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde stres yaratan olumsuz olayların bireyde oluşturduğu etkiler sonucu olumlu davranış değişikliklerinin olabileceği bildirilmektedir (Yang ve ark., 2020). Buna ek olarak stres sonrası bireyde oluşan olumlu davranış değişikliklerin sosyal ilişkilerini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Li ve ark., 2020). Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü nedeniyle hastane yatışı gerçekleşen bireylerin aileleriyle ve sosyal çevreleriyle olumlu ilişki kurma çabalarının artmasının sosyokültürel

konfor düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikteki bir çalışmaya göre stresli bir hastalık geçiren bireylerin aileleriyle ve sosyal çevreleriyle daha olumlu ilişkiler kurdukları, psikolojik sağlıklarının arttığı, olumlu davranışlar kazandıkları bildirilmektedir (Lau ve ark. 2006). Bu bilgiler doğrultusunda hemşirelerin stresi fazla olan bireylerle etkin iletişim kurmaları ve sosyal desteklerin arttırılmasına yönelik bireyleri desteklemesi önerilmektedir.

#### **4.7. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyleri ve Hasta Aktiflik Düzeylerini Etkileyen Faktörler**

Çalışmamızda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalaması  $48.79 \pm 12.49$  tespit edilmiş olup, bireylerin %50.7'sinin hastalık rolünün öneminin henüz anlaşılmadığı hasta aktiflik düzeyinin birinci aşamasında olduğu saptanmıştır. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın en düşük puanı sıfır, en yüksek puanı 100 olup, alınan puan arttıkça hasta aktiflik düzeyi de artmaktadır (Hibbard ve ark., 2005). Araştırmamızda Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'ndan elde edilen puan ortalamasının 47.1-55.1 arasında olması, araştırmaya katılan bireylerin hasta aktiflik düzeyinin ikinci aşamasında olduğunu, harekete geçecek güven ve bilgiden yoksun olduğunu göstermektedir. Araştırmamıza katılan bireylerin %51.4'ünün kronik bir hastalığa sahip olması ve %55.8'inin sürekli ilaç kullanıyor olmasının, miyokard enfarktüsüne bağlı semptomlar yaşıyor olmalarının hasta aktiflik düzeyini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Zaimoğlu ve Özer (2023), Tusa ve arkadaşlarının (2020) kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmasında sırası ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamasının  $28.88 \pm 15.54$  ve  $69.9 \pm 15.7$  olduğu bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda yaş, beden kitle indeksi, fiziksel aktivite, kronik hastalık sayısı ve depresyonun bireylerin hasta aktiflik düzeylerini olumsuz yönde etkilediği, kronik hastalık varlığı, hastalık süresi ve yaşla birlikte bireylerin sağlıklarını yönetmekte zorlandıkları ve sağlıkları konusunda pasif hale geldikleri belirtilmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde birçok çalışmada cinsiyet ile hasta aktiflik düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (Tusa ve ark. 2020; Öğüt, 2022; Zaimoğlu ve Özer 2023; Ay ve

Çıray, 2023). Çalışma sonuçlarımızın aksine Akça ve arkadaşları (2018) erkek bireylerin kadınlara göre hasta aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Graffigna ve arkadaşlarının (2015) kronik hastalığı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu fakat cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Buna ek olarak bireylerin yaş, medeni durum, meslek, gelir gider durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, sigara kullanma sıklığı, alkol kullanımı değişkenleri ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde yaş, cinsiyet, gelir gider durumu, beden kitle indeksi ile hasta aktiflik düzeyi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yaş arttıkça ve gelir durumu azaldıkça hasta aktiflik düzeyinin azaldığı ve beden kitle indeksi düşük olan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Hendricks ve Rademakers, 2014; Akça ve ark. 2018; Tusa ve ark. 2020; Pala ve Altay, 2023).

Araştırmaya katılan eğitim durumu lise ve üniversite/üstü olan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, eğitim durumu ilköğretim olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile farkındalıklarının, bilgiye ulaşma imkanlarının, bilgi edinme davranışların (Ay ve Çıray, 2023) ve beklentilerinin artmış olmasının (Kureshi ve ark. 1995; Yel ve Ünsar, 2020; Altıntaş, 2023) hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarını yüksek olmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte eğitim düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında anlamlı fark olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hibbard ve ark., 2007; Hendricks ve Rademakers, 2014; Akça ve ark. 2018; Zhu ve ark., 2022; Ay ve Çıray, 2023). Pala ve Altay'ın (2023) yaptıkları çalışmada hasta aktiflik düzeyini etkileyen en önemli faktörün eğitim düzeyi olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin hasta aktifliğini desteklemede bireylerin eğitim düzeyini göz önünde bulundurması, hastanın uygun eğitim ihtiyacını tespit ederek, bireye özgü eğitim planı hazırlayarak girişimlerini planlamasının uygun olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda çalışan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu

doğrultuda çalışmayan bireylerin sosyoekonomik koşullarının kötü olması (Hibbard ve ark. 2008), sağlık hizmetlerine maddi ulaşılabilirliğinin kısıtlanmış olması (Ünver, 2022), daha az sosyal destek almasına sebep olmuş olabileceği (Öğüt, 2022) ve hasta aktiflik düzeylerini olumsuz olarak etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Literatürde araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde çalışan bireylerin hasta aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Ay ve Çıray, 2023). Ülkemizde yapılan bir çalışmada çalışan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve emekli olan bireylerin hasta aktiflik düzeyinin birinci aşamasında oldukları görülmektedir (Öğüt, 2022). Zhu ve arkadaşlarının (2022) koroner arter hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada ekonomik durumu daha iyi olan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu doğrultuda çalışmayan bireylerin risk grubu olarak belirlenmesi ve hasta aktiflik düzeyinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, hiç yapmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin, olmayanlara göre daha düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme davranışları sergilediği bildirilmektedir (Greene ve ark., 2015). Bu doğrultuda bireylerin düzenli egzersiz yapmasının, kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırdığı düşüncesinin hasta aktiflik düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Literatürde araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte fiziksel aktivite yapma ile hasta aktiflik düzeyleri arasında fark olduğunu gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir (Hibbard ve ark., 2007; Tusa ve ark., 2020). Hibbard ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapma, stres yönetimi, kan basıncı takibi gibi sağlığı ve bakımı yönetme davranışlarının hasta aktiflik düzeyi ile pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu doğrultuda düzenli egzersiz yapmayan, stresini yönetemeyen, beden kitle indeksi yüksek, öz yönetim becerileri eksik olan bireylerin saptanması ve sağlıklı davranışların kazandırılmasına yönelik desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kronik hastalığa sahip olan ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanlarının, kronik hastalığa sahip olmayan

bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Birden fazla kronik hastalığı yönetmek zorunda kalan bireylerin tedaviye uyum sağlamada zorlanabileceği (Sacks ve ark., 2017; Akça ve ark. 2018; Ay ve Çıray, 2023) ve hasta aktiflik düzeylerinin olumsuz olarak etkilenebileceği düşünölmektedir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Akça ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyon hastalarının hasta aktiflik ve tedaviye uyum düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında, hipertansiyon dışında kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre hasta aktiflik düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylere yönelik tedaviye uyum programları düzenlemesi, mobil sağlık uygulamalarının geliştirilmesi ve kullanılmasının önemli olduğu düşünölmektedir.

Bireylerin hasta aktiflik düzeyleri ile tanı ve tedaviye bağlı yaşanan sorunlar; göğüs ağrısı, omuz ağrısı, kol, boyun ve çenede ağrı, sırt ağrısı, kanama, terleme, nefes almada zorlanma, çarpıntı, uyku düzeninde bozulma, stres, bulantı-kusma, halsizlik-yorgunluk, iştahsızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma sonuçlarımızın aksine hasta aktiflik düzeyi ile ağrı, halsizlik- yorgunluk arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Van Maarschalkerweerd ve ark., 2017; Pelin, 2017). Van Maarschalkerweerd ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, hasta aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin, halsizlik- yorgunluk semptomlarını, hasta aktiflik düzeyi düşük olan bireylere göre daha az yaşadığı bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk olan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamalarının, olmayan bireylere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk gibi semptomların bireylerin kendi sağlığını yönetebilme yeteneğini olumsuz yönde etkilediği, bu durumun da hasta aktiflik düzeyinin azalmasına neden olduğu düşünölmektedir. Literatürde ağrısı olan bireylerin hastalıklarının yönetiminde aktif rol almadıkları bu durumun da hasta aktiflik düzeyini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Pelin, 2017). Araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte Yao ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmalarında ağrının etkisi

ve şiddeti ile Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, ağrının etkisi ve şiddeti arttıkça hasta aktiflik düzeyinin azaldığı belirtilmektedir. Pelin'in (2017) yaptığı çalışmada ise ağrısı olan bireylerin düşük hasta aktiflik düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir. Literatürde bireylerin etkili semptom yönetiminin, semptomları tanımlayan, tedavisi konusunda yeterince bilgi sahibi olan, kendi bakımına katılan, aktif bir hasta ile sağlanabileceği vurgulanmaktadır (Hibbard ve ark. 2005; Koşar ve Besen, 2015). Bu doğrultuda miyokard enfarktüsüne bağlı yaşanan baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk semptomlarının hasta aktiflik düzeyini olumsuz olarak etkilediği, hemşirelerin bireylerde yaşanan semptomları tanımları ve semptomların etkisini azaltacak ve hasta aktiflik düzeyini artıracak hemşirelik girişimlerinin uygulanması önerilmektedir.

#### **4.8. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Araştırmamızda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanı ile fiziksel ( $p=0.005$ ), psikospiritüel ( $p=0.005$ ) ve sosyokültürel ( $p=0.000$ ) alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüş; çevresel alt boyut ( $p=0.637$ ) arasında ise ilişki saptanmamıştır. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puanı ile ferahlama ( $p=0.014$ ), rahatlama ( $p=0.034$ ) ve üstünlük düzeyi ( $p=0.010$ ) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı ile Genel Konfor Ölçeği ( $p=0.007$ ) arasındaki korelasyon incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin %79'unun stres, %75.4'ünün halsizlik-yorgunluk, %56.5'inin uyku düzeninde bozulma gibi semptomlar yaşaması, %61.6'sının sağlığını orta ve kötü düzeyde algılaması, %51.4'ünün kronik bir hastalığa sahip olması ve %55.8'inin sürekli ilaç kullanıyor olmasının konfor ve hasta aktiflik düzeyini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bireylerin konfor ile hasta aktiflik düzeyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek, hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, hasta iletişimini optimize edebilmek ve gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanmasında

önemli görülmektedir (Kolcaba, 2003; Yücel, 2011; Prey ve ark., 2016). Bu doğrultuda konfor ve hasta aktiflik düzeyi yüksek olan miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin sağlığını geliştirmekte daha istekli olacağı, tedaviye uyumunun artacağı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişeceği, semptom yönetimini sağlayacağı ve tekrarlı hastane yatışlarının azalacağı düşünülmektedir. Farklı hasta popülasyonlarındaki çalışmalarda konfor ve hasta aktiflik düzeylerini artırmak için etkileyen faktörleri belirlemenin önemini vurgulamıştır (Yücel, 2011; Dağlı, 2021; Zhu ve ark., 2022). Williams ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu nitel bir çalışma göre hastalar kendilerini konforlu hissettiklerinde, hastaların tedaviye daha aktif olarak katıldıkları tespit edilmiştir. Bir başka araştırmada bireylerde özyeterlilik, konfor ve hasta aktiflik düzeyi incelenmiştir. Çalışmaya göre hastaların aktiflik düzeyi veya öz yeterliliği arttıkça konfor düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Ray ve ark., 2013). Bu bilgiler doğrultusunda miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin tedaviye uyumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve hastalıkla ilgili özyönetimi geliştirecek olan hasta aktiflik kavramının konfor düzeyinin yükseltilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık personelinin miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde konfor ve hasta aktiflik düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemesi, konfor ve hasta aktiflik düzeyinin artırılmasına yönelik bütüncül hemşirelik girişimlerinin planlanması, hasta aktifliğin konfor üzerine etkisini inceleyen deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Literatürde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri, bu düzeyleri etkileyen faktörlerin belirlendiği ve bu iki kavram arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu çalışmanın miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlendiği ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Bu çalışmanın miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimlerinin planlanmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonuçlarının kaliteli ve bütüncül hemşirelik bakımının geliştirilmesi açısından sağlık personelinde farkındalığı artıracığı, yeni araştırmaların planlanmasında araştırmacılara yol gösterici olacağı öngörülmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi, konfor ve hasta aktiflik kavramları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. Bu çalışmanın miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor, hasta aktiflik düzeyleri ve etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimlerinin planlanmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor düzeylerinin orta düzeyde olduğu,
- Cinsiyet, eğitim durumu, meslek, komplikasyon gelişme durumu, sağlık algısı, bilgi kaynağı ve halsizlik-yorgunluk semptomunun fiziksel konfor üzerinde etkili olduğu,
- Eğitim durumu, sağlık algısı, son bir yılda hastanede yatma deneyimi ve tekrarlı yatış sayısının psikospiritüel konfor üzerinde etkili olduğu,
- Kronik hastalığa sahip olma durumu, eşlik eden kardiyovasküler sistem hastalığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, sağlık algısı, uyku düzeninde bozulma ve bulantı-kusma semptomunun çevresel konfor üzerinde etkili olduğu,
- Sağlık algısının, bilgi kaynağının, el ve kollarda uyuşukluğun, stres ve halsizlik-yorgunluk semptomlarının sosyokültürel konfor üzerinde etkili olduğu,
- Cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, sigara kullanma sıklığı, sağlık algısı, son bir yılda hastanede yatma sayısı, çarpıntı, halsizlik-yorgunluk semptomlarının ferahlama, rahatlama ve üstünlük düzeyinde etkili olduğu,
- Cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanma sıklığı, sağlık algısı ve halsizlik-yorgunluk semptomunun genel konfor üzerinde etkili olduğu,
- Araştırmaya katılan miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin hasta aktiflik düzeyinin ikinci aşamasında olduğu,
- Eğitim durumu, çalışma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, eşlik eden kardiyovasküler sistem hastalığı, baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk semptomları hasta aktiflik düzeyi üzerinde etkili olduğu,

- Bireylerin konfor ve hasta aktivlik düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin hasta aktivlik düzeyleri arttıkça konfor düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

### **6.1. Araştırmacılara İlişkin Öneriler**

Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor, hasta aktivlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenerek bütüncül hemşirelik girişimlerinin planlanmasının, miyokard enfarktüsü sonrası hastaların aktivlik düzeyinin ve uygun eğitim ihtiyacının tespit edilmesi, eğitim planının hazırlanması, hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliği ve tedaviye uyumunun sağlanmasında önemli katkılar sağlayacağı öngörülmektedir. Bu nedenle;

- Daha geniş örneklem kitlesiyle ve çok merkezli araştırmaların planlanması,
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor düzeylerini etkileyen faktörlerin derinlemesine incelendiği nitel araştırmaların planlanması,
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktivlik düzeylerini etkileyen değişkenlerin tabakalandırarak daha büyük örneklemlerle araştırmaların planlanması,
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktivlik düzeylerinin incelendiği nicel ve nitel araştırmaların planlanması,
- Hasta aktivlik düzeyi ve konfor düzeyini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların yapılması,

### **6.2. Uygulayıcılara İlişkin Öneriler**

- Konfor düzeyini etkileyen faktörler incelendiğinde miyokard enfarktüsü geçiren kadınların, eğitim seviyesi daha yüksek olanların, çalışma koşulları zorlu olan mesleklerin, sigara kullananların, sağlık algısı kötü olan hasta grubunun risk grubu olarak belirlenmesi ve konfor düzeylerinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Miyokard enfarktüsü sonrası halsizlik- yorgunluk, uyku düzeninde bozulma, çarpıntı, el ve kollarda uyuşukluk bulunan bireylerin konfor düzeylerinin daha düşük tespit edilmesi nedeniyle bireylerde semptom yönetiminin sağlanması,

- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin fiziksel, psikospiritüel çevresel ve sosyokültürel konforunu artırmaya yönelik bütüncül hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan, egzersiz yapmayan, kronik hastalığa sahip olan, baş ağrısı, el ve kollarda uyuşukluk olan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin daha düşük olduğu, bu hasta grubunun risk grubu olarak belirlenmesi ve hasta aktiflik düzeyinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Risk grubu olarak belirlenen bireylerde semptom yönetiminin sağlanması, etkili baş etme yöntemlerini uygulanması, sağlık algısının değerlendirilmesi, sağlıklı davranışların kazanılmasına yönelik desteklenmesi, konfor ve hasta aktiflik düzeylerinin artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Risk grubu olarak belirlenen bireylere yönelik online hemşirelik eğitimlerinin artırılması, klinikte rutin verilen eğitimlerden farklı öğretim yöntemleri ile bireylerin desteklenmesi, etkili baş etme yöntemlerini uygulanması
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin konfor ve hasta aktiflik düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu, konfor ve hasta aktiflik düzeyini artırmaya yönelik müdahalelerin planlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Akça N, Sönmez S, Öke P, Saygılı M. Hipertansiyon hastalarında hasta aktifliği ve tedaviye uyum düzeylerinin değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 2018; 1768- 1778.

Alegría M, Sribney W, Perez D, Laderman M. Keefe, K. The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for us and foreign born latino patients. Journal of General Internal Medicine. 2009; 24(3): 534-41.

Altınsoy R. Meme Kanseri Hastalarında Yorgunluk ve Konforun Değerlendirilmesi. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Edirne (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seda Kurt).

Altıntaş N. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. L.H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Ankara (Danışman: Doç. Dr. M Meriç).

Altuner H. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Hasta Konforunun Rahatsızlığa Dayanma Gücü ile İlişkisi. A.M.A.A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. E Uğur).

Amaç HY, Çam R. Günübürlük cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 5(1): 1222-1237.

Antoni ML, Boden H, Delgado V, Boersma E, Fox K, Schlij MJ, Bax JJ. Primer perkütan koroner girişim ile tedavi edilen akut miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda taburcu kalp hızı ile mortalite arasındaki ilişki. Eur Heart J. 2012; 33: 96 – 102.

Arıcı H, Turan Kavradım S. Kardiyovasküler hastalıklarda konfor. Akdeniz Hemşirelik Dergisi. 2023; 2(1): 32-39.

Ay A, Çıray N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların aktiflik düzeyi ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2023; 16(1): 39-50.

Aydınçülü N, Arslan S. Cerrahi geçiren hastaların erken dönem konfor düzeyleri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2021; 16(3): 401-406.

Aygin D. Bulantı ve kusma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(1): 44-56.

Batmaz M. (2022). Koroner Anjiyografi Sonrası Kum Torbası ve Close Pad Kullanılan Hastalarda Uyku Kalitesi, Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Malatya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Z Cengiz).

Betty JB, Ladwig GB, Makic MBF. Hemşirelik Tanıları El Kitabı Bakım Planlamasında Kanıt Dayalı Rehber Çeviren: Gürhan N, Kitiş Y, Polat Ü, Fidancı BE. 11 baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul; 2018, s: 505-508.

Binbir H. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Planlanan Hastalara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri Ve Kolcaba'nin Konfor Kuramina Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakiminin Konfor Düzeyine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2023, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ş Çınar Yücel).

Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, .... Ibanez B. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2024; 13(1): 55-161.

Çelik F. Karaciğer Sirozu Olan Hastalar İçin Mobil Sağlık Uygulaması Geliştirilmesi Ve Uygulamanın Hasta Aktiflik Düzeyi, Özetkililik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2023, Antalya (Danışman: Prof. Dr. H Bektaş).

Çetiner E. Hematolojik Kanser Tanılı Bireylerde Yorgunluk ve Öz-Duyarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Antalya (Danışman: Doç. Dr. S Turan Kavradım).

Cihan Z. Koroner Anjiyografi Geçiren Hastalarda İmmobilizasyon Konforu, Hematom ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. H.K.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Gaziantep (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Ö Işıl).

Çıracı B. Radial ve Femoral Girişli Anjiyografilerde Hastaların Konfor Düzeylerinin Belirlenmesi. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul. (Danışman: Doç.Dr. S Rızalar)

Costa GF, Sardinha DM, Oliveira VMLP, Barata FS, Silva PHVD, Mafra INP, ... Nunes, MCA. Nursing care for patients submitted to coronary transluminal angioplasty: an integrative review. *Cardiology and Angiology: An International Journal*. 2020; 9(1): 18-26.

Dağlı İN. Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeyleri. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Edirne (Danışman: Doç. Dr. EP Gürdoğan).

Demir CA, Özer Z. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi/the relationship of symptoms and comfort in patients receiving hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2022; 17(1): 10-27.

Demir Y, Gözüm S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. *DEUHYOED*. 2011; 4(4): 196-203.

Demirbaş E, Kaya Y. Miyokard infarktüsü geçiren hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle baş etme yöntemleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Black Sea Journal of Health Science*. 2022; 5(3): 344-355.

Dikmen RD, Aslan H. The effects of the symptoms experienced by patients undergoing hemodialysis treatment on their comfort levels. *Journal of Clinical Nephrology and Renal Care*. 2020; 6(2): 1-9.

Doğu Ö, Kaya H, Gündüz H, Parlak Z. Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylere eğitim ve danışmanlıkta web tabanlı uzaktan eğitim önerisi. MN Kardiyoloji. 2015; 22(4): 217-22.

Duman HT, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Aykar FŞ. Kolcaba'nın konfor kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. Turk J Cardiovasc Nurs. 2020; 11(24): 37-42.

Durmaz BN. Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-Bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. L Özdemir).

Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2013; 6(4): 224-230.

George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step. A simple study guide and reference (10. Baskı). GEN, Boston, MA: Pearson Education, Inc; 2010, s: 152-165.

Gholami M, Talaei AA, Tarrahi MJ, Taqi FM, Galehdar N, Pirinezhad P. The effect of self-management support program on patient activation and inner strength in patients with cardiovascular disease. Patient Education and Counseling. 2021; 104(12): 2979-2988.

Góis JA, Freitas KS, Kolcaba K, Mussi FC. Genel Konfor Anketinin miyokard enfarktüsü geçiren Brezilyalı hastalara kültürler arası uyarlanması. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018; 71: 2998-3005.

Gökçe E, Arslan S. Effects of virtual reality and acupressure interventions on pain, anxiety, vital signs and comfort in catheter extraction processes for patients undergoing coronary angiography: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Practiceç. 2023; e13176.

Graffigna G, Barelllo S, Bonanomi A, Lozza E, Hibbard J. Measuring patient activation in Italy: translation, adaptation and validation of the italian version of the Patient

Activation Measure 13 (PAM13-I). BMC Medical Informatics and Decision Making. 2015; 15(1): 1.

Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. Health Affairs. 2015; 34(3): 431-437.

Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. Journal of General Internal Medicine. 2012; 27: 520-526.

Güleşen G, Üstün B. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2020; 13(4): 251-258.

Güner A, Kumsar AK. Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 6(2): 155-162.

Güney B. Koroner Anjiyografi İşlemi Öncesi Yapılan Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Bireylerin Yaşam Bulguları, Anksiyete ve Konfor Düzeyine Etkisi. D.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Düzce (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi T Türten Kaymaz)

Hendricks M, Rademakers J. Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. BMC Health Services Research. 2014; 14: 1-9.

Hibbard JH, Greene J, Becker ER, Roblin D, Painter MW, Perez DJ, ... Tusler M. Racial/ethnic disparities and consumer activation in health. Health Affairs. 2008; 27(5): 1442-1453.

Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Development and testing of a short form of the Patient Activation Measure. Health Services Research. 2005; 40(6): 1918-1930.

Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (Pam): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*. 2004; 39(4): 1005- 1026.

Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?. *Health Services Research*. 2007; 42(4): 1443-63.

Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes M, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H. . . . Group E.Sd. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with st-segment elevation: the task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with st-segment elevation of the european society of cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2017; 39(2): 119-177.

Joshi P, De Lemos J. Diagnosis and management of stable angina: a review. *Jama*. 2021; 325(17):1765–1778.

Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z. (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri* (1.baskı). İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2017, s: 653-670.

Kavaklı Ö, Güvenç G, Coşkun H. The effect of counseling and sleep mask application in coronary intensive care patients on sleep quality and anxiety: a randomized controlled study. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2023; 10(2): 152.

Kavradim ST, Sert M, Özer Z. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2022; 13(31): 65-73.

Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski JS. The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98(5): 545-552.

Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, . . . Bax JJ. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020; 41(3): 407-477.

Kolcaba K, Di Marco MA. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs*. 2005;31(3):187-194.

Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(11): 1301–1310.

Kolcaba K. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1991; 23(4): 237-240.

Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing, New York; 2003, s: 1-264.

Kolcaba K. Holistik comfort: operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. 1992; 15(1):1-10.

Koşar, C. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (Patient Activation Measure) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Doç. Dr. DB Besen).

Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's Comfort Theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res*. 2014; 27(2): 147-50.

Kuguoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2008; 16(61): 16-23.

Kureshi J, Rocke AD, Tariq AO. Perioperative knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery. *Middle East J Anesthesiol* 1995;13(3):333-325.

Kutlu R, Demirbaş N, Karaoğlu N. Sigara içenlerde psikolojik bağımlılığın ve sigara içme isteğinin bırakma başarısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Selcuk University Medical Journal*. 2021; 37(3).

Kyriakou M, Middleton N, Ktisti S, Philippou K, Lambrinou E. Supportive care interventions to promote health-related quality of life in patients living with heart failure:

a systematic review and meta-analysis. *Heart, Lung and Circulation*. 2020; 29(11): 1633-1647.

Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *Journal of Infection*. 2006; 53(2): 114-124.

Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study of active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(6): 2032.

Lin Y, Zhou Y, Chen C. Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*. 2023; 12 (1): 33.

Mccabe PJ, Stuart-Mullen LG, Mcleod CJ, O Byrne T, Schmidt MM, Branda ME, Griffin JM. Patient activation for self-management is associated with health status in patients with atrial fibrillation. *Patient Preference and Adherence*. 2018; 12: 1907–1916.

Mehta LB, Devon H, Grines C, Krumholz H, Johnson M. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133(9): 916-47.

Murphy B, Le Grande M, Alvarenga M, Worcester M, Jackson A. Anxiety and depression after a cardiac event: prevalence and predictors. *Front Psychol*. 2019; 10: 3010.

Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012;27(6):690-9.

Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, ... Zembala MO. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European heart journal*. 2019; 40(2): 87-165.

Nilsson U. Effectiveness of music interventions for women with high anxiety during coronary angiographic procedures: a randomized controlled. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012; 11(2): 150-153.

Nural N, Alkan S. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. *Holist Nurs Pract*. 2018; 32(1): 35-42.

Öğüt B. Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetiminin Değerlendirilmesi İ.S.Z.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Z Özer).

Öneği T. Arslan DE. Sleep quality and fatigue level of patients with coronary angiography. *Clinical and Experimental Health Sciences*; 2021:11(3), 449-456.

Özden G. Tip 2 Diyabet Mellitus' lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Malatya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi S Çıtlık Sarıtaş).

Pala N, Altay B. Diyabet tanısı almış bireylerin hasta aktiflikleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki. *Aydın Sağlık Dergisi*. 2023; 9(1): 51.

Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2015; 11(1): 1-4.

Pelin M. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. H Sert).

Peters AE, Keeley EC. Patient engagement following acute myocardial infarction and its influence on outcomes. *The American Journal of Cardiology*. 2017; 120(9): 1467-1471.

Ponte KMdA, Silva LdFd, Aragão AEdA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2014; 23:56-64.

Prey JE, Qian M, Restaino S, Hibbard J, Bakken S, Schnall R, ... Creber RM. Reliability and validity of the Patient Activation Measure in hospitalized patients. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99(12): 2026-2033.

Ray MK, Beach MC, Nicolaidis C, Choi D, Saha S, Korthuis PT. Patient and provider comfort discussing substance use. *Fam Med*. 2013; 45(2). 109-17.

Rijken M, Heijmans M, Jansen D, Rademakers J. (2014). Developments in patient activation of people with chronic illness and the impact of changes in self-reported health: results of a nationwide longitudinal study in the netherlands. *Patient Education and Counseling*. 2014; 97(3): 383–390.

Rix A, Marrin K. Prudent health care and patient activation: an appraisal prepared for the planned care programme. Welsh Government, Cardiff. 2015.

Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD. Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient Education and Counseling*. 2017; 100(7): 1268-1275.

Sacks RM, Greene J, Hibbard JH, Overton V. How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? *Journal of Affective Disorders*. 2014; 169: 1-6.

Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *Egypt Heart J*. 2018;70(3):143-147.

Şahin BP, Rızalar S. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *HSP*. 2018; 5(3): 404-413.

Şahin CK, Pakyz S, aydam D. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sıvı kısıtlamasına uyumları ve hasta aktifliği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018; 2(3): 126-137.

Saraç İ. 65 Yaş Üstü Bireylerde Koroner Anjiyografi Öncesi Korkunun Koroner Anjiyografi Sonrası Konfor ile İlişkisi. B.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İstanbul (Danışman: Prof. Doç. Dr. S Taylan).

Sexton S, Natale R. Risk and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician*. 2009;79(8):681-5

Shively MJ, Gardetto NJ, Kodiath MF, Kelly A, Smith TL, Stepnowsky C, ... Larson CB. Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013; 28(1): 20-34.

Skolasky RL, Mackenzie EJ, Riley LH, Wegener ST. Psychometric properties of the Patient Activation Measure among individuals presenting for elective lumbar spine surgery. *Quality of Life Research*. 2009; 18(10): 1357–1366.

Skolasky RL, Yeşil AF, Scharfstein D, Boulton C, Reider L, Wegener ST. Psychometric properties of the patient activation measure among multimorbid older adults. *Health Services Research*. 2011; 46(2): 457– 478.

Son YJ, Lee SJ, Kim SH. The role of patient activation in self-care behaviours of Korean older adults with heart failure. *Nursing Open*. 2023; 10(8): 5202-5210.

Sümer K. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Refleksoloji Masajının Ağrı, Anksiyete ve Konfor Düzeyine Etkisi. S.B.Ü. Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2023, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M Şendir).

TDK. Türkçede batı kökenli kelimeler sözlüğü. Türk Dil Kurumu, Ankara; 2024.

Tek S. Kanser hastalarında yas belirtisi ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Sevim Buzlu).

Terzi B, Kaya NA. Planned admission protocol application in intensive care units. *Nursing in Critical Care*. 2015; 22(6): 362-371.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD. Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) task force for the universal definition of myocardial infarction fourth universal definition of myocardial infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2018; 138(20):618-651.

Tran H, Byatt N, Erskine N, Lessard D, Devereaux RS, Saczynski J, et al. Impact of anxiety on the post-discharge outcomes of patients discharged from the hospital after an acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiology.* 2019; 278:28-33

Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CA, Arora P, Avery CL, ... American Heart Association council on epidemiology and prevention statistics committee and stroke statistics subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2023 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2023; 147(8): e93-e621.

Tuncer A. Koroner Arter Hastalığı Olanlarda Sağlık Algısı ve Sigara Bırakma Yorgunluğunun Değerlendirilmesi. N.E.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2024, Konya (Danışman: Prof. Dr. F.G Cihan - Dr. Öğr. Üyesi N Demirbaş).

Türkoğlu B. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Kişilik Özelliklerinin Prodromal Semptom Farkındalığına Etkisi. B.U.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Bursa (Danışman: Prof. Dr. H Yıldız).

Türksen Ülkü S, Ünsar S. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2022;13(32): 159-166.

Tusa N, Kautiainen H, Elfving P, Sinikallio S, Mäntyselkä P. Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases. *BMC Family Practice.*2020; 21(1): 225

Uzdil N, Ceyhan O, Simsek N. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara psikososyal yaklaşım. *Annals of Health Sciences Research.* 2018; 7(1): 51-57.

Van Maarschalkerweerd P, Rademakers J, Rijken M. (2017). Cancer survivors' activation to self-management and its relationship with participation in paid work and work-related problems. *Psycho-Oncology*. 2017; 26(11): 1881-1887.

Visseren FJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, ... ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021; 42(34):3227–3337.

Wensley C, Botti M, McKillop A, Merry AF. Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*. 2020;10:e033336.

Williams A, Lester L, Bulsara C, Petterson A, Bennett K, Allen E, Joske D. Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced (PEECE): Developing and testing a measurement instrument. *BMJ Open*. 2017; 7(1): E012999.

Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*. 2004; 19: 164-173.

World Health Organization (WHO) (2021). Erişim Tarihi: 21 Mart 2024, Cardiovascular diseases. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

Yaman V. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. N.H.B.V.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Nevşehir (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi G Muz).

Yang D, Tu C.-C, Dai X. The effect of the 2019 novel coronavirus pandemic on college students in Wuhan. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020; 12(S1): S6–S14.

Yanmış S. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yoga Uygulamasının Yorgunluk, Konfor ve Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi. S.C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, Sivas (Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU).

Yao F, Zheng M, Wang X, Ji S, Li S, Xu G, Zheng Z. Patient activation level and its associated factors in adults with chronic pain: A cross-sectional survey. *Medicine*. 2021; 100(19): e25929.

Yel P, Ünsar S. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2020; 11(24): 7-15.

Yıldız FT, Aydın HT. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2013; 17(1): 1-7.

Yılmaz E, Coşkun T. Meme kanserli hastalarda üst ekstremitte sorunları ve yaşam kalitesi. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2019; 15(1).

Yılmaz KC. Hastanede yatan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde dispne şiddeti ve genel konfor düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *DEUHFED*. 2020; 13(4): 222-230.

Yücel ŞÇ. Kolcaba'nin Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011; 27(2): 79-88.

Zaimoğlu BN, Özer Z. Kronik hastalığı olan bireylerde e-sağlık okuryazarlık ve hasta aktivasyon düzeylerinin incelenmesi/investigation of e-health literacy and patient activation levels in individuals with chronic disease. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2023; 18(1): 12-21.

Zhu Y, Song Y, Wang Y, Ji H, Wang D, Cai S, Wang A. Relationships among social support, self-efficacy, and patient activation in community-dwelling older adults living with coronary heart disease: a cross-sectional study. *Geriatric Nursing*. 2022; 48: 139-144.

## EKLER

### EK-1: İŞ-ZAMAN ÇİZELGESİ

Faaliyetler/ Aylar	Ocak 2023	Şubat 2023	Mart 2023	Nisan 2023	Mayıs 2023	Haziran 2023	Temmuz 2023	Ağustos 2023	Eylül 2023	Ekim 2023	Kasım 2023	Aralık 2023	Ocak 2024	Şubat 2024	Mart 2024	Nisan 2024	Mayıs 2024
Literatürün taranması																	
Tez önerisinin hazırlanması																	
Tez önerisinin yapılması																	
Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınması																	
T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Kurumundan izin alınması																	
Ön uygulamanın yapılması																	
Veri toplama ve uygulama süreci																	
Verilerin analizi yapılması																	
Çalışmanın rapor edilmesi																	
Tez savunma sınavının yapılması																	

## **EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

### **Sayın Katılımcı;**

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yüksek Lisans yapmaktayım. Bu araştırma miyokard enfarktüsü geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Size vereceğim anket sorularını cevaplamak 25-30 dakikanızı alacaktır. Sorulara vereceğiniz her yanıt araştırma sonuçlarını etkilemektedir. Bu nedenle soruları cevaplarken objektif olmanızı ve cevaplandırılmamış soru bırakmamanızı rica ediyoruz. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Çalışmadan istediğiniz zaman hiçbir gerekçe belirtmeden ayrılabilirsiniz. Araştırma kapsamında herhangi bir girişim veya uygulama yapılmayacaktır. Ayrıca almış olduğunuz tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmadan toplanan bilgiler, isimler gizli tutulacak ve güvenli şekilde saklanacaktır. Sizden alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

**HANDE ARICI TÜRK**

**Yüksek Lisans Öğrencisi – Hemşire**

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Isparta Şehir Hastanesi

Araştırma hakkında bana sözlü ve yazılı açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

### **Araştırma Katılımcısının;**

**Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Tarih:**

### **EK-3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

#### **Sosyodemografik Özellikler**

1) Yaşınız: .....

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

3) Eğitim durumunuz nedir?

1. İlköğretim ( ) 2. Lise ( ) 3. Üniversite ve üzeri ( )

4) Medeni durumunuz nedir? 1. Bekar ( ) 2. Evli ( )

5) Çalışma durumunuz nedir? 1. Çalışıyorum ( ) 2. Çalışmıyorum ( )

6) İşiniz/ Mesleğiniz nedir?

1. İşçi-Memur ( ) 2. Emekli ( ) 3. Ev hanımı ( ) 4. Serbest meslek ( ) 5. Diğer .....

7) Aylık gelir gider durumunuz nedir?

1. Geliri giderinden az ( ) 2. Geliri giderine eşit ( ) 3. Geliri giderinden fazla ( )

8) Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet ...tane/paket/gün 2. Hayır ( ) 3. Bıraktım ( )

9) Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet ( ) 2. Hayır ( ) 3. Bıraktım ( )

10) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1. Hiç yapmıyorum ( ) 2. Ara sıra yaparım ( ) 3. Düzenli yaparım ( )

11) Beden Kitle İndeksi (BKI)..... (Kilo...../kg ve Boy...../cm)

#### **Hastalığa İlişkin Özellikler**

12) Başka kronik hastalığınız var mı? 1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır ( )

13) Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1. Var ..... 2. Yok ( )

14) Daha önce hastanede yatarak tedavi aldınız mı?

1. Evet (Son bir yıl içinde hastanede yatma sayısı) ..... 2. Hayır ( )

15) Kalp krizine bağlı şu anda aşağıdaki sorunları yaşıyor musunuz?

Semptomlar (Belirtiler)	Evet	Hayır	Semptomlar (Belirtiler)	Evet	Hayır
Göğüs ağrısı			Nefes almada zorlanma		
Omuz ağrısı			Çarpıntı		
Kol, boyun ve çenede ağrı			Uyku düzeninde bozulma		
Sırt ağrısı			Stres		
Baş ağrısı			Bulantı- kusma		
Kanama			Halsizlik- Yorgunluk		
El ve kollarda uyuşukluk			İştahsızlık		
Terleme			Diğer		

**16) Sađlđınızı nasıl algılıyorsunuz?**

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

**17) Hastanede yardıma ihtiyacınız olduğunda destek alabildiğiniz/alabileceğiniz kimse var mı?**

1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır ( )

**18) Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?** 1. Evet ( ) 2. Hayır ( ) *(Cevabınız 'Evet' ise 19. soruyu cevaplayınız.)*

**19) Kalp krizini ne zaman geçirdiniz? .....**

**20) Daha önce koroner anjiografi geçirdiniz?** 1. Evet (ne zaman) ..... 2. Hayır ( )

**21) Kontrollerinizi düzenli olarak yaptırır mısınız?** 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**22) Kalp krizine yönelik (risk faktörleri, belirtileri, tedavileri gibi) bilgi aldınız mı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**23)Bilgi aldıysanız, bu bilgiyi kimden aldınız?**

1.Sağlık personeli ( ) 2.Akraba/Arkadaş ( ) 3.İnternet ( ) 4. Diğer .....

**\*Hasta Dosyasından Alınacak Bilgiler**

**24) \*Tanı konulan miyokard enfarktüsü türü .....**

**25) \*Uygulanan girişim türü?**

1. Koroner anjiografi ( ) 2. Perkütan koroner girişim ( ) 3. Trombolitik tedavi ( )

4. Diğer .....

**26) \*Komplikasyon gelişti mi?** 1) Evet..... 2) Hayır ( )

#### EK-4: GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ

Rahatlık kavramı ile ilgili çalışmamızda görüşleriniz bizim için önemlidir katılımınız için teşekkür ederiz. Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “kesinlikle katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4. Yardıma gereksinim duyduğum güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İncancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1

	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

## EK-5: HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇÜM ARACI

Lütfen aşağıdaki her bir maddeye hangi düzeyde katıldığınızı boş kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Maddeleri, başkalarının sizden beklediği şekilde değil, size doğru geldiği şekilde cevaplamamız önem taşımaktadır. Eğer herhangi bir madde size uygun gelmiyorsa 'Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum' seçeneğini işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Bilemiyorum/ Değerlendiremiyorum
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.					
2. Kendi sağlık bakımında aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.					
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim yada doktora gitmem mi gerekiyor bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					
12. Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					



## EK-7: HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



**Hande Arici** 18.10.2022

Sayın Hocam Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği alanında



**Dilek Büyükkaya...** 18.10.2022



Alicılar: ben ▾

Sayın Arıcı,  
Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği'ni (Patient Activation  
Measurement-PAM) tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar dilerim.

**Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN**

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı


Mithatpaşa Cad. İnciraltı

Balçova İzmir

Tel:

**EK-8: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI**

**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**




Sayı: 265 19/04/2023

Sayın  
Dr.Öğr.Üyesi Selma TURAN KAVRADIM  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Öğretim Üyesi




Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğumuz,  
"Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri ile Etkileyen  
Faktörlerin Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr.Arslan TAŞATARĞİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ekle: Etik Kurul Kararı


---


Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA  
Tel :   
Faks :   
e-posta : 

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
2023

<b>ETİK KURULU BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULU/N ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüsü /ANTALYA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Selma TURAN KAYRADIM	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No:KAEK- 275	Tarih: 05.04.2023
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkezlerden/birimlerden izin alındıktan sonra yapımında bilimsel ve etik açılarından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

## EK-9: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ KURUM İZİNİ

  
T.C.  
ISPARTA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-16657963-799-215260337  
Konu : Araştırma İzin (Hande ARICI)

10.05.2023

ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans bölümü öğrencisi Hande ARICI'nın "Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırma çalışmasını uygulama talebi ,kimlik ve kişisel bilgilerin kullanılmasını, yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında paylaşılmaması, bakanlığımızın izni olmadan herhangi bir yerde yayımlanmaması, ayrıca araştırma yapılacak bölümün kurallarına riayet edilmesi kaydı ile uygun görülmüş olup hastanemiz kardiyoloji kliniğinde yapması hususunda;

Gereğini rica ederim.


Dr. Mehmet KARAKAYA  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Hande ARICI

Bu belge, gizli elektronik ortamda iletilmektedir.  
Belge dijital imza ile: 2D1177540-8C3D-4678-B030-F93AC1AA118F  
Belge dijital imza adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ehya>

İsparta İl Sağlık Müdürlüğü Sayı: İSK.142 Cilt: No: 71 /B /N: 21280 /  
ISPARTA 23000  
Telefon No: [REDACTED]  
Faks: [REDACTED]  
Kapı Adresi: [REDACTED]

Diğer isim: Eylem İzzet ALYÖRÜK  
Hemşire  
Telefon No: 02462119000 - 9022



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Hande	<b>Uyruğu</b>	TC
<b>Soyadı</b>	ARICI TÜRK	<b>Tel no</b>	
<b>Doğum tarihi</b>		<b>e-posta</b>	

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lise</b>	Merkez Efendi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2015
<b>Lisans</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi	2021
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
<b>Doktora</b>		

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Göğüs Hastalıkları Hemşireliği	Hatay Devlet Hastanesi (Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi)	2016-2018
Kardiyoloji Hemşireliği	Isparta Şehir Hastanesi	2018-2023
Arş. Gör.	Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi	2023- Devam ediyor.

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Sınav türü</b>	<b>Puanı</b>
İngilizce	YÖKDİL	75

### Yayımlar ve Bildiriler:

- Arıcı H, Turan Kavradım S., “Kardiyovasküler Hastalıklarda Konfor”, Akdeniz Hemşirelik Dergisi; 2(1): 32-39, 2023.
- Türk Arıcı H, Turan Kavradım S., “Koroner Anjiyografi Girişimi Uygulanan Bireylerde Tamamlayıcı Terapilerin Konfor Üzerine Etkisi: Sistematik Derleme”, 7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi (IHSLC 2024), Burdur, 7-9 Mart 2024.