

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AKUT KORONER SENDROM TANILI HASTALARIN
HASTALIK ALGISI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Taner KOÇKARA

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI**

İSTANBUL, 2019

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AKUT KORONER SENDROM TANILI HASTALARIN
HASTALIK ALGISI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Taner KOÇKARA

174003050

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

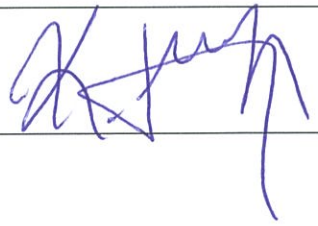
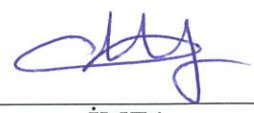
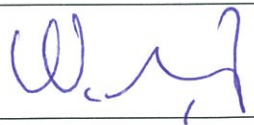
ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Taner KOÇKARA
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI

Tez Savunma Tarihi : 27.12.2019
Tez Savunma Saati : 13:00

Tez Konusu : "Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi"

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

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ TEMUÇİN		
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI (Danışman)	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR (Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi)	KABUL	

ÖZET

Bu araştırma, Akut Koroner Sendrom (AKS) tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı yöntemle yapıldı. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplandı. Araştırma, 1.3.2019 – 1.9.2019 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirildi. Yapılan çalışmaya 374 kişi katıldı. Veri toplama araçları olarak; Hasta Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde Shapiro-Wilk testi, Bağımsız gruplar t testi, Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis testi ve korelasyon analizleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların HAÖ "Kimlik" boyutu yüzdelere bakıldığında en sık "ağrı" deneyimlendiği tespit edildi. "Hastalık hakkındaki görüşleri" boyutunun alt boyut puan ortalamalarının "Süre (Akut/Kronik)" $18,03 \pm 7,12$, "Sonuçlar" $19,16 \pm 4,33$, "Kişisel kontrol" $21,56 \pm 4,05$, "Tedavi kontrolü" $19,23 \pm 3,42$, "Hastalığı anlayabilme" $18,55 \pm 3,94$, "Süre (Döngüsel)" $12,43 \pm 4,07$, "Duygusal temsiller" $20,55 \pm 4,70$ olduğu belirlendi, "Hastalık nedenleri" boyutunun alt boyut puan ortalamaları ise "Psikolojik atıflar" $16,21 \pm 4,44$, "Risk faktörleri" $18,57 \pm 4,67$, "Bağışıklık" $6,45 \pm 2,30$, "Kaza/Sans" $4,01 \pm 1,58$ olarak bulundu. AKS'li hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. "Hastalık hakkındaki görüşleri"nin alt boyutlarından "Sonuçlar", "Kişisel kontrol", "Tedavi kontrolü", "Hastalığı anlayabilme", "Duygusal temsiller"; "Hastalık nedenleri"nin alt boyutlarından "Psikolojik atıflar" ve "Bağışıklık" ile "Durumluk Kaygı Ölçeği" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). HAÖ "Kimlik" boyutu; "Hastalık hakkındaki görüşleri" boyutunun "Sonuçlar", "Hastalığı anlayabilme", "Süre (Döngüsel)", "Duygusal temsiller" alt boyutları ve "Hastalık nedenleri" boyutunun "Psikolojik atıflar" ve "Risk faktörleri" alt boyutları puan ortalamaları ile "Sürekli Kaygı Ölçeği" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin, akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algılarının ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve buna yönelik planlı eğitim ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut Koroner Sendrom, Hastalık algısı, Anksiyete.

ABSTRACT

DETERMINATION OF DISEASE PERCEPTION AND ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

The aim of this descriptive study was to determine the level of anxiety and anxiety in patients with Acute Coronary Syndrome (ACS). Survey data were collected by questionnaire method. The research was conducted between the dates of 1.3.2019 - 1.9.2019 in a government hospital. 374 patient participated in the study. Patient Information Form, Disease Perception Scale and State and Trait Anxiety Scale were used to obtain the data. Statistical methods, Shapiro-Wilk test, Independent groups t test, Mann-Whitney U test, One-Way ANOVA, Kruskal-Wallis test and correlation analysis were used for data analysis.

When the percentages of the “Identity” subscale of the illness perception scale of the patients with ACS were examined, it was found that the most frequent “Pain” was experienced. Mean scores of the subscales of disease perception were; “Duration (Acute / Chronic)” 18.03 ± 7.12 , “Results” 19.16 ± 4.33 , “Personal control” 21.56 ± 4.05 , “Treatment control” 19.23 ± 3.42 , “Understanding the disease” 18.55 ± 3.94 , “Duration (cyclic)” 12.43 ± 4.07 , “Emotional representations” 20.55 ± 4.70 , “Psychological references” 16.21 ± 4.44 , “Risk factors” 18.57 ± 4.67 , “Immunity” 6.45 ± 2.30 , “Accident / Chance” was found to be 4.01 ± 1.58 . The state and trait anxiety levels of the patients with ACS were moderate. A statistically significant positive correlation was found between “Results” of illness perception sub-dimensions, “Personal control”, “Treatment control”, “Understanding the disease”, “Emotional representations”, “Psychological attribution”, and “Mean scores of immunity” and State Anxiety Scale ($p < 0.05$). A significant positive correlation was found between the mean scores of continuous anxiety scale and “Identity”, “Results”, “Understanding of the disease”, “Duration (cyclical)”, “Emotional representations”, “Psychological attribution”, and “Risk factors” ($p < 0.05$).

In line with these results; It is recommended that health professionals, especially nurses, determine the perceptions and anxiety levels of patients with acute coronary syndrome and provide planned training and counseling for this purpose.

Key Words: Acute Coronary Syndrome, Disease perception, Anxiety.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgilerini benimle paylaşan, bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle elinden gelenin fazlasını yapan, tüm sorunlarımda kolay bir şekilde ulaşabildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini esirgmeden yol gösteren, mesleki hayatımda aydınlatıcı olarak bilgileri ve tecrübelerinden faydalandığım çok değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI'ya, hayatım boyunca sevgisini, ilgisini, maddi ve manevi tüm desteklerini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan sevgili babama, anneme, ablama ve abime teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Taner KOÇKARA

BEYAN

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

Taner KOÇKARA



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN.....	v
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AKUT KORONER SENDROM	4
2.1.1. Akut Koroner Sendrom Tanımı	4
2.1.2. Akut Koroner Sendromun Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Akut Koroner Sendromun Sınıflandırılması	5
2.1.3.1. Stabil Olmayan Anjina Pektoris (USAP)	5
2.1.3.2. ST Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI)	6
2.1.3.3. ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMI)	6
2.1.4. Akut Koroner Sendromun Etiyolojisi	6
2.1.5. Akut Koroner Sendromda Risk Faktörleri	6
2.1.5.1. Değiştirilemeyen Majör Risk Faktörleri	7
2.1.5.2. Değiştirilebilir Majör Risk Faktörleri	8
2.1.6. Akut Koroner Sendromda Belirti ve Bulgular	10
2.1.7. Akut Koroner Sendromda Tanı Yöntemleri	11
2.1.8. Akut Koroner Sendromda Tedavi	13
2.1.9. Akut Koroner Sendrom ve Hastalık Algısı	15
2.2. AKUT KORONER SENDROM VE ANKSİYETE	18
2.3. AKUT KORONER SENDROMDA HEMŞİRELİK BAKIMI	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24

3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.6. Verilerin Analizi	29
3.7. Araştırma Soruları	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
KAYNAKLAR	90
EKLER	102
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	31
Tablo 2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	32
Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeği “Kimlik” Boyutu Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı	33
Tablo 4. Hastalık Algısı Ölçeği’ne İlişkin Bilgiler	34
Tablo 5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği’ne İlişkin Bilgiler	35
Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kimlik Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 7. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Kimlik Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	37
Tablo 8. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 9. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	39
Tablo 10. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 11. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	41
Tablo 12. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel Kontrol Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 13. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel Kontrol Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	43
Tablo 14. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	44
Tablo 15. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	45
Tablo 16. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46

Tablo 17.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon ...	47
Tablo 18.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Döngüsel) Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	48
Tablo 19.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (döngüsel) Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	49
Tablo 20.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Temsiller Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 21.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Temsiller Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	51
Tablo 22.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Psikolojik Atıflar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..	52
Tablo 23.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Psikolojik Atıflar Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	53
Tablo 24.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Risk Faktörleri Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 25.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Risk Faktörleri Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	55
Tablo 26.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Bağışıklık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 27.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Bağışıklık Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	57
Tablo 28.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kaza/Şans Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 29.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Kaza/Şans Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	59
Tablo 30.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 31.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	61
Tablo 32.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62

Tablo 33.	Hastalığa İlişkin Özellikler ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	63
Tablo 34.	Hastalık Algısı Ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	64



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACCF	: Amerikan Kardiyoloji Koleji Vakfı
AHA	: Amerikan Kalp Derneği
AKS	: Akut Koroner Sendrom
AP	: Anjina Pektoris
Ark.	: Arkadaşları
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CK	: Kreatin Kinaz
CSM	: Sağduyulu Özerklik Modeli
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
HDL	: High Density Lipoprotein
HT	: Hipertansiyon
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KABG	: Koroner Arter Bypass Graft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
LDL	: Low Density Lipoprotein
LMIC	: Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NSTEMI	: ST Elevasyonu Olmayan Miyokard İnfarktüsü
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
PCI	: Perkütan Koroner Girişim
PPTKA	: Primer Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
SaO₂	: Arterial oksijen saturasyonu
SpO₂	: Pulse oksimetre ile ölçülen saturasyon
SRM	: Kendi Kendini Düzenleme Modeli

STEMI	: ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USAP	: Unstabil Anjina Pektoris
WBC	: Beyaz Kan Hücreleri (Lökosit)



1. GİRİŞ

Kardiyovasküler Hastalıklar, Avrupa ve Avrupa Birliğinde (AB) her yıl sırasıyla 3,9 ve 1,8 milyon ölümden sorumlu olan bir numaralı ölüm nedenidir. Avrupa'daki kardiyovasküler hastalıkların, 75 yaş altı ölümün %38'i erkeklerden, %45'i kadınlardan kaynaklanmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları, Türkiye İstatistik Kurumu aracılığıyla ICD 10 ana tanı kodlarına göre yapılan araştırmada %36,2'si erkeklerde, %44,4'ü kadınlarda olmak üzere %39,9 oranı ile ölüm nedenleri arasında birinci sıradadır. İkinci sırada %21,1 ölüm oranı ile neoplazmalar yer almaktadır (1,2).

Koroner kalp hastalığı (KKH), ABD'de genel ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır. TEKHARF çalışması 2007-2008 tarama veri sonuçlarının, koroner arter hastalıklarının (KAH) ülkemizde 1990'dan bu yana yılda %6,4 hızında yükseldiğini göstermektedir. KAH prevalansı, 50 yaşın üzerindeki grupta 1990 yılına kıyasla %80 oranında artış bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2012 yılında 7,4 milyon insanın ölüm sebebini iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır. Bunların yaklaşık yarısını oluşturan Akut Koroner Sendrom tüm dünyada ölümlerin %15 'ini temsil etmektedir. Kronik bir hastalık olan KAH, bütün dünyada hem ciddi bir ekonomik yük, hem de yaşam kalitesine olan olumsuz etkileriyle sosyal bir sorun oluşturmaktadır (2-4).

Bugün, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de koroner arter hastalığı en çok görülen ölüm nedenidir. Koroner arter hastalığı genellikle kendini Akut Koroner Sendrom (AKS) olarak göstermektedir. AKS, akut miyokard iskemisi nedeniyle ortaya çıkan belirti ve klinik bulgularla ayırt edilmiş bir durumdur. AKS, koroner damarda oluşan aterosklerotik plağın tamamının bozulması sonucunda oluşmaktadır. Çeşitli derecelerde plak üstünde oluşan pıhtı koroner kan akımını bozar (5).

Başka bir deyişle AKS, koroner damarlarda ani kan akımının azalması ile akut miyokard infarktüsüne veya iskemisine sebep olan klinik tabloların toplamıdır. AKS, kararsız anjina pectoris (USAP), ST yükselmesiz miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMI) olmak üzere 3 tip klinik sendromdan oluşmaktadır. Kişinin elektrokardiyografi (EKG)'sinde ST yükselmesinin olması STEMI olarak ifade edilmekte ve bu durum çoğunlukla koroner damarların kollateral dolaşım ile desteklenmesi mümkün olmaması halinde tam tıkanma ile oluşmaktadır. Bu durumda, birkaç saat içinde kan akımının koroner damarlarda yeniden sağlanması (reperfüzyon

tedavisi: perkütan girişim veya tromboliz) çok büyük bir yaşamsal önem taşır. EKG’inde ST yükselmesi olmayan fakat izleme sürecinde biyokimyasal belirleyicilerde artış olan hastalar NSTEMI olarak kabul edilirken; biyokimyasal belirleyicilerde artış görülmeyen ve ST yükselmesi olmayan hastalar ise, USAP olarak kabul edilir (6,7).

Koroner arter hastalıkları ile ilgili risk faktörleri kontrol edilemeyen ve edilebilen olmak üzere iki kategoride incelenebilir. Kontrol edilemeyen risk faktörleri; aile öyküsü, cinsiyet ve yaşıdır. Kontrol edilebilen risk faktörleri ise düşük HDL, hipertansiyon, diyabetes mellitus, sigara, yüksek LDL, stres, şişmanlık, hareketsizlik gibi iyi bilinen risk faktörleridir. Bu risk faktörlerinden sigara, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, diyet ve fiziksel inaktivite modifiye edilebilir risk faktörleri arasında yer alır (5,8).

Bu risk faktörlerinin varlığı prognozu olumsuz etkiler. Akut koroner sendrom açısından risk altındaki bireylerin önceden tespit edilerek modifiye edilebilir olanların birincil koruma olarak düzeltilmesi gereklidir. AKS gelişimi sonrası ise mevcut riskler belirlenerek morbidite ve mortaliteyi azaltmak için hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının arttırılması gerekmektedir (5).

Hastalık algısı bireyler arasında değişim göstermektedir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, deneyimleri, baş etme mekanizmaları, değerleri ve genetik özellikleri gibi etkenler bireyin hastalığa ilişkin algısının oluşumunda etkili olmaktadır. Hastalık kavramı hem subjektif hem de objektif durumları içerdiğinden, aynı hastalığa yakalanan bireyler değişik tepkiler göstermektedir. Hastalar bilgileri, inançları, kişisel deneyimleri, gereksinimleri ve değerleri doğrultusunda hastalıklarını ifade etmeye çalışırlar. Benzer hastalığa sahip kişilerin hastalık algıları değişiklik gösterebileceği gibi o hastalıkla ilgili sağlık profesyonellerinin de algıları farklılık gösterebilmektedir. Bundan dolayı her hastanın bireysel algısı dikkate alınıp değerlendirilmelidir. Hastalık algısı, hastalığın bilişsel görünümünü ve hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları içermektedir. Bu ifadeler kişilerin hastalık hakkındaki algıları ve fikirlerindeki değişimlere yanıt olarak meydana gelen dinamik bir süreçtir. Kişiye bir hastalık tanısı konduktan sonra çoğunlukla kendi durumu ile ilgili inançları organize ederek bir model geliştirir. Hastalığı yönetmede bu durumda önemli bir belirleyicidir. Hastalık algısı modeli hastalığı değerlendirme, yorumlama ve baş etme aşamalarından oluşan döngüsel bir süreç olarak kabul edilmektedir. Hastalığa bağlı olarak meydana gelen semptomlar hakkındaki inanışlar, algılanan sonuçları, beklenen süresi, hastalığın dönemleri,

hastalığın tedavi ve kontrol edilebilirliği ile olası sebepleriyle ilgili özel inançları ortaya koymaktadır (9,10).

Hastanın hastalığın belirtilerine olan bakış açısıyla, tedaviyi hazırlayan sağlık profesyonellerinin bakış açısı birbirinden çok farklı olabilir. Hastalar, yaşadıkları belirtiler hakkında veya tedavinin yan etkileriyle ilgili yanlış yorumlar yapabilirler. Hastalık algısı kişilerin herhangi bir hastalığa yakalanma durumunu en aza indirmek için nasıl davranacağını da etkilemektedir. Bu durumun sonucu olarak, herhangi bir hastalıkla alakalı algı durumu kişilerin risk azaltıcı sağlıklı davranışlarının gelişiminde çok önemlidir. Hastanın hastalığına ilişkin değerlendirme yapması, yorumu ve algısı; yaşam kalitesini ve psikososyal durumunu, davranışsal ve duygusal tepkilerini ve baş etme biçimini doğrudan etkilemektedir (10).

Fiziksel etkenlere bağlı koroner arter hastalığı risk faktörlerine ilave olarak, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörlerin, kardiyovasküler hastalık gelişimi ve ilerlemesinde büyük bir rol oynadığı düşünülmektedir. AKS'li hastalar arasında anksiyete ve depresyonun birlikte görülme sıklığı yüksektir. Bu psikososyal bozukluklar hastaların %80'inde bir arada bulunması ile ilişkilidir ve akut koroner sendromdan sonra hastalarda uzun sürebilir. Hem depresyon hem de anksiyete tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarının, tekrarlayan koroner olayların ve bozulmuş yaşam kalitesiyle yakından ilişkilidir. Koroner bakım ünitesinde yatan AKS'li hastalarda depresyon ve anksiyetenin varlığı, yaşam kalitesinde azalmaya, mortalitede artışa ve yineleyen akut koroner olaylara neden olmaktadır. Anksiyete ve depresyonun kardiyovasküler sorunlarda artışa yol açması ile ilgili olarak çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. Özellikle, serotonin ile bağlantılı endotel ve platelet fonksiyon bozukluğu, sempatik aktivitede ve inflamasyonda artma, kalp hızı değişkenliğinde azalma gibi etkenler sağlığın geliştirilmesine dair olumsuz sonuçları sebebiyle önemlidir (11,12).

Depresyon ve anksiyete varlığı, hastanın kardiyak rehabilitasyon sürecini olumsuz yönde etkilese de akut koroner sendrom sebebi ile yatan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyi rutin olarak değerlendirilmemektedir. Böyle hastalarda, depresyon ve anksiyete düzeyini belirleyen etkenlere ilişkin araştırmalar sınırlıdır (11).

Bu araştırma; Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AKUT KORONER SENDROM

2.1.1. Akut Koroner Sendrom Tanımı

Akut koroner sendrom, koroner arterdeki plak rüptürünün oluşturduğu darlık sonucunda kan akımını azaltması, miyokardın yetersiz perfüzyonu sonucu nekroza ya da infarktüse yol açan klinik tabloların toplamıdır (6,13,14).

2.1.2. Akut Koroner Sendromun Epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya çapında morbite ve mortalitenin önemli sebebi olma yolunda gitgide artan bir rol almaktadır. Bütün dünyada yapılan çalışmalar kardiyovasküler hastalıklardaki ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında %28,9'dan %36,3'e yükseleceğini öngörmektedir (15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılında, tüm dünyadaki ölümlerin %31'ini temsil ettiği tahmin edilen 17,9 milyon insan kardiyovasküler hastalılardan kaynaklandığını belirtmektedir (16).

Amerikan Kalp Derneği'nin (AHA) 2016 yılındaki kalp hastalıkları ve inme İstatistiklerinin güncel verilerine göre ABD'de 20 yaş üstü 15,5 milyon koroner kalp hastası (KAH) bulunmaktadır (17). Bu rakam 20 yaşından büyükler için %6,4, erkeklerde %7,9 ve kadınlarda %5,1 olarak koroner kalp hastalığı prevalansına karşılık gelmektedir (18).

2030'a gelindiğinde, ABD yetişkin nüfusunun %43,9'unun koroner arter hastalığı olacağı tahmin edilmektedir. Dünyada, kardiyovasküler hastalıklardaki ölümlerin dörtte üçü düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde (LMIC) meydana gelmektedir. 2015 yılında 17 milyon erken ölüm arasında (70 yaş altında) bulaşıcı olmayan hastalıkların %82'si LMIC'de gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin %37'si erkeklerde ve kadınlarda neredeyse eşit olan KVH'lardan kaynaklanmaktadır (19).

Kardiyovasküler hastalıklar Avrupa'da ise tüm ölümlerin %45'ini ve AB'deki tüm ölümlerin %37'sini oluşturmaktadır. Her sene Avrupa'da 3,9 milyon ölüme ve Avrupa Birliği'nde (AB) ise 1,8 milyon ölüme neden olmaktadır (20). Avrupa ülkelerine özgü verilerin ayrıntılı bir analizi, KVH ölüm oranlarının düştüğünü göstermiştir. Tüm Avrupa

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2018 yılında ölüm vakalarının %38,4'ünü oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almıştır (22). Ülkemizde Türk Kardiyoloji Derneğinin öncülüğünde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre KKH 'nin yıllık mortalite oranı 20 yaş ve üzeri nüfusta binde 11,4 (erkeklerde 13.5, kadınlarda 9) olduğu hesaplanmıştır (23).

Bu da göstermektedir ki koroner kalp hastalığına bağlı ölüm oranlarında Türkiye Avrupa ortalamasının üstünde yer almaktadır (24). DSÖ, obezite, sigara içimi, kolesterol ve kan basıncı kontrolü gibi birincil korunma önlemleri ile erken yaştaki bireylerde kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin üçte ikisinin önlenebileceğini ve diğer üçte birinin de daha kaliteli sağlık bakım hizmeti alabileceğini bildirmektedir (25).

Akut Koroner Sendrom, ST Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI), stabil olmayan anjina pectoris (USAP) ve ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMI) olmak üzere üç tip klinik sendrom bulunmaktadır (26-28).

Stabil olmayan anjina, plak rüptürünü takiben koroner arterin tamamen tıkanmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ancak kan akışında kritik bir azalma ile birlikte, oksijen beslemesinin istirahatte veya minimum strese yetersiz kalmasıyla oluşur. Genellikle dinlenirken, uyurken veya çok az fiziksel efor sarf ederken oluşmaktadır. Miyokard infarktüsünden farklı olarak, kararsız anjina semptomları genellikle gliseril trinitrat ile hafiflemekte veya 30 dakika içinde kendiliğinden düzelmektedir (29,30).

2.1.3.2. ST Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI)

NSTEMI, miyokard perfüzyonundaki bir azalma nedeniyle, miyokard oksijen ihtiyacı ile arz arasındaki akut dengesizliğin bir sonucu olarak oluşmaktadır. En sık olarak bozulmuş aterosklerotik plakta gelişen ve tıkaçıcı olmayan ya da miyokardiyumu sağlayan bir damarın tamamlayıcıya yakın trombozuna neden olan tıkaçıcı olmayan bir trombüsten kaynaklanmaktadır. NSTEMI, dengesiz anjinin yanı sıra, tipik olarak ST segmenti depresyonlarına ve ters T dalgalarına neden olmaktadır. Kardiyak troponin mutlak doku özgüllüğü nedeniyle MI tanısı için tercih edilen biyobelirteçtir (31-33).

2.1.3.3. ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMI)

ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMI), genellikle infarktla ilişkili arterin kalıcı ve tam trombotik tıkanmasına yol açan aterosklerotik plak rüptürü veya plak erozyonu sonucu oluşan bir tür akut koroner sendrom olarak bilinmektedir. STEMI elektrokardiyografi'de (EKG) ST yükselmesi ve kardiyak biyobelirteçlerde ilişkili bir artış ile sonuçlanmaktadır (34-36).

2.1.4. Akut Koroner Sendromun Etiyolojisi

Akut koroner sendrom, aterosklerotik plakların yırtılması veya yüzeysel erozyonu ile başlamaktadır. Lipid çekirdeğini ve trombojenik bileşenlerini akan kana maruz bırakır böylece trombin oluşumu, fibrin birikmesi ve trombosit agregasyonunu başlatmaktadır. AKS'ye yol açan fakat nadir görülen diğer nedenler koroner diseksiyon, arterit, miyokardiyal köprüleme, tromboembolizm veya bariz koroner arter hastalığı olmayan koroner vazospazm olarak tanımlanmaktadır (37,38).

2.1.5. Akut Koroner Sendromda Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığı risk sınıflandırması, stabil anjinası olan hastaların değerlendirilmesi ve kardiyovasküler olayların primer ve sekonder önlenmesinin yönetimi, KAH ve kardiyovasküler olay (miyokard infarktüsü [MI] / iskemi, anjin veya inme) riski taşıyan hastaların bakımında anahtar bileşenlerdir. AHA bu risk faktörlerini; değiştirilemez ve değiştirilebilir, kontrol edilemez ve kontrol edilebilir, tedavi edilemez ve tedavi edilebilir şeklinde sınıflandırmıştır (39,40).

Değiştirilemeyen majör risk faktörleri; cinsiyet, yaş, genetik yatkınlık ve aile öyküsünden oluşur.

Değiştirilebilir, kontrol edilebilir ve tedavi edilebilir risk faktörleri ise; sigara içme, diyabetes mellitus, obezite/fazla kilo, hipertansiyon, yüksek kan kolesterol düzeyi ve fiziksel inaktiviteden oluşur (40-42).

2.1.5.1. Değiştirilemeyen Majör Risk Faktörleri

Cinsiyet

Kardiyovasküler hastalıkların mortalite oranı 1984'ten beri kadınlarda erkeklerden daha fazladır (43). KVH prevalansı kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır, ancak kardiyovasküler hastalıklar genç kadınlarda hala en yüksek ölüm nedenidir (44). Anjina ile başvuran erkeklerin %30'unda ve kadınlarda %60'a kadar normal arterler veya tıkalı olmayan lezyonlar vardır (45).

Yaş

Ateroskleroz, neredeyse tüm yaşlı insanları etkileyen bir yaşlanma sürecidir. Ateroskleroz sürecinin kendisinin çocukluk çağında bile yaşamın çok erken bir döneminde başladığı bilinmektedir. Koroner arter hastalığı (KAH), dünya çapında özellikle yaşlı hastalarda önde gelen ölüm sebebidir. Amerikan Kalp Derneği (AHA) istatistiklerine göre, KAH ölümlerinin %83'ü 65 yaş üstü hastalardan oluşmaktadır. Akut koroner sendromdan beklenen mortalite oranları, 65 yaşın üzerindeki her 10 yıllık artış için 1,7'lik bir oranla artmaktadır (46,47).

Genetik Yatkınlık ve Aile Öyküsü

Aile öyküsü olan bireylerde koroner kalp hastalığı (KKH) riski, kalıtsal genetik duyarlılığı ve değiştirilebilir risk faktörlerinin ailesel oluşumunu yansıtmaktadır (48). Aterosklerotiklerin neden olduğu koroner kalp hastalığı gibi çoklu faktörler genetik bilgi üzerinde daha çok rol oynamaktadır. Birinci derece erkek akrabalarda 55 yaşından küçük, kadınlarda ise 65 yaşından küçük olma durumunda erken gelişen ateroskleroz varlığı gelecekteki kardiyovasküler olaylar için öngörücü olmaktadır. Ailedeki bireylerden birindeki kardiyovasküler hastalık öyküsünün kardiyovasküler riskini 2,3-2,6 kat arttırdığı tespit edilmiştir (49).

2.1.5.2. Değiştirilebilir Majör Risk Faktörleri

Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalık (KVH) için değiştirilebilen önemli bir risk faktörüdür (50). Sigara kalp hızı ve kan basıncında yükselmeye neden olmakta, katekolamin salınımını ve periferik damar direncini artırmaktadır. Koroner arterlerde akıma bağlı kanda pıhtılaşma eğilimini arttırırken, kanda pıhtılaşma eğilimi dilatasyonu azaltmaktadır. Solunan dumanda mevcut olan reaktif oksijen radikalleri plazma düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL)'i okside eder; okside LDL, arterlerin intimasından damar duvarına monosit adezyonu ile enflamatuvar süreci başlatır, bu da aterosklerozla sonuçlanır (51).

Sigara içmek yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL)'in kardiyoprotektif etkilerini ortadan kaldırır. Nikotin ile karbonmonoksidin doğrudan etkileriyle birlikte endotel hasarı oluşturmaktadır. Kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalması miyokardiyal iskemi riskini arttırmaktadır. Sigara kullanımının kardiyovasküler hastalığı bulunan hastalarda ise miyokard infarktüsü oranını birkaç kat arttırabilir (51,52).

Hipertansiyon

Hipertansiyon; inme, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve periferik vasküler hastalık dahil olmak üzere çok sayıda kardiyovasküler hastalık için önde gelen risk faktörüdür (53). Hipertansiyonun, ateroskleroz ve mikrovasküler fonksiyon bozukluğu gibi çeşitli faktörlerin miyokard iskemisine potansiyel katkı sağladığı bildirilmiştir (54).

Amerikan Kalp Derneği kılavuzunda hipertansiyon, tansiyonu 120 mm Hg'den yüksek bir sistolik kan basıncı veya 80mm Hg'den daha yüksek bir diyastolik basınç olarak tanımlamaktadır. Kardiyovasküler mortalite riski, her 20 mmHg sistolik ve 10 mmHg diyastolik basınç artışı için 115/75'lik bazal kan basıncında iki katına çıkmaktadır. Hipertansiyon kadınlarda biraz daha sık görülür ve erkeklerle karşılaştırıldığında 2 kat, kalp yetmezliği riskinde 3 kat artış göstermektedir (55).

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM), vasküler değişikliklerle, özellikle de koroner arter hastalığı (KAH) ile ilişkilidir, akut miyokard infarktüsüne (AMI) ve iskemik kalp yetmezliğine yol açar (56). Diyabetik hastalar, endotel hücrelerine, vasküler düz kas disfonksiyonuna, bozulmuş trombosit fonksiyonuna ve anormal pıhtılaşmaya yol açan, hiperglisemi, dislipidemi ve insülin direnci gibi metabolik faktörler de dahil olmak üzere birçok nedenden dolayı aterosklerotik KAH gelişimi için yüksek risk göstermektedir (57).

Tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette de kardiyovasküler mortalite, DM veya miyokard infarktüsü (MI) öyküsü ile eşdeğer olarak artmakta ve ikisi çok sinerjiktir. KAH hem tip 1 hem de tip 2 DM'de ana ölüm nedenidir. DM, kalp hastalığından dolayı iki ile dört kat artmış mortalite riski ile ilişkilendirilmektedir. DM'li 65 yaşın üzerindeki kişilerin %70'inden fazlası bir çeşit kalp hastalığı veya felçten öleceğı düşünülmektedir (58).

Yüksek Kan Kolesterol Düzeyi

Dislipidemi varlığı artmış kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile yakından ilgilidir. Özellikle, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolü (LDL-C) ve yüksek yoğunluklu olmayan lipoprotein kolesterolü (HDL-C olmayan) yüksek seviyelerde ateroenezde ve KAH prevalansında anahtar faktörler olarak kabul edilmiştir (59).

HDL genel olarak sağlık durumu endeksi olarak kabul edilir, çünkü endotel hücrelerinin içindeki nitrik oksit (NO) salgılanmasını uyarak kanın pıhtılaşmasını azaltır ve endotel hücrelerinin enflamatuar faktörlerinin ekspresyonunu inhibe ederek enflamasyonunu önler. Ayrıca HDL, monositlerin ve endotel hücrelerinin etkileşimi ve adsorpsiyonunu sınırlandırmak için düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) oksidasyonunu önler (60). Dislipidemili hastaların LDL-C seviyeleri ≥ 140 mg / dL ve HDL-C seviyeleri ≤ 40 mg / dL ise ya da HMG-CoA redüktaz (statinler) inhibitörleri de dahil olmak üzere lipit düşürücü bir ilaç kullanıyorlarsa risk altında oldukları kabul edilmektedir (61).

Obezite

Obezite, kardiyovasküler hastalıklar için güçlü bir risk faktörüdür. Obezite, artmış hipertansiyon (HTN), diabetes mellitus tip 2 (DM), metabolik sendrom (MetS) ve dislipidemi riski ile ilişkilidir. Bu hastalıklar üzerindeki etkisiyle obezite, KAH gelişme riskini arttırmaktadır. Bel çevresi karın içi yağ kütlesi ve toplam vücut yağının

yaklaşık endeksidir. Bel çevresindeki değişiklikler, kardiyovasküler hastalık ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörlerindeki değişiklikleri yansıtır.

Aşırı kilo ve obezite trigliseritler, insülin direnci, kan basıncı ve kolesterol üzerinde olumsuz metabolik etkilere neden olur. Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Amerikan Kardiyoloji Koleji Vakfı'nın (ACCF) ortak ilkeleri koroner arter hastalığı (KAH) ve periferik arter hastalığı (PAH dahil olmak üzere diğer aterosklerotik vasküler hastalıklar) olan hastalarda normal beden kitle indeksini (BKİ) 18,5 ila 24,9 kg / m² arasında tutmak gerektiğini önermektedir (62-66).

Fiziksel İnaktivite

Fiziksel aktivite, kardiyovasküler hastalık için değiştirilebilir bir risk faktörüdür (67). Düzenli fiziksel aktivitenin, KKH saptanan hastalarda kardiyak mortaliteyi %25-30 oranında azalttığı bulunmuştur (68).

Bu bağlamda fiziksel aktivite, prognozda, özellikle müdahalesiz veya müdahalesi olmayan KAH hastalarında önemli gelişmelere yol açmaktadır.

Fiziksel aktivite zindeliği artırır ve ruh sağlığını geliştirir. Ayrıca hipertansiyon, LDL kolesterol ve trigliserit seviyeleri, diyabet ve fazla kilo gibi çeşitli risk faktörleri üzerinde olumlu bir etki yapar. Fiziksel aktiviteden kaynaklanan iyileşmeler ilaçlardan bağımsız ve bunlara ilavedir (69).

2.1.6. Akut Koroner Sendromda Belirti ve Bulgular

Akut koroner sendrom tanılı hastaların primer şikayeti ağırlıklı olarak göğüs ağrısı ile karakterizedir (70). Geçici miyokard iskemisine bağlı iskemik göğüs ağrısı ile karakterize olan klinik sendrom anjina pectoris (AP) olarak adlandırılmaktadır. Anjina pectoris, koroner arter aterosklerozu veya vazospazm nedeniyle oluşan periyodik substernal göğüs ağrısı, kalbin belirli bir bölgesinde oksijen ve kan akımının azalması sebebiyle oluşur (71).

AKS'li hastalar tipik olarak boyun, çene veya kollara yayılabilen istirahat halinde > 20 dakikanın üstünde retrosternal ağrı veya rahatsızlık hissi gösterir (72). Kararsız anginada göğüs ağrısı normal olarak ya istirahatte ya da eforla ortaya çıkar ve sınırlı

aktivite ile sonuçlanır. NSTEMI ile ilişkili göğüs ağrısı normalde uzun sürelidir ve kararsız angina ile ilişkili göğüs ağrısından daha şiddetlidir.

Bazı hastalar göğüs rahatsızlığı dışında semptomlar gösterebilir; bu tür “anjinal eşdeğer” semptomlar arasında dispne (en yaygın), bulantı ve kusma, terletici ve açıklanamayan yorgunluk sayılabilir. Taşikardi, hipertansiyon, taşipne, hipotansiyon, azalmış oksijen saturasyonu (SaO_2) veya kalp ritmi anormallikleri gibi hayati belirtilerde de değişiklikler olabilir. Keskin, bıçaklama veya plöretik olan, palpasyonla veya hareketle tekrarlanabilen, bir parmağın ucunda lokalize olabilen ağrılar genellikle iskemik değildir. Akut koroner sendromun atipik semptomları, kadınlar, yaşlılar, şeker hastaları veya ameliyat sonrası gibi bazı hasta popülasyonlarında ortaya çıkabilir (73-75).

2.1.7. Akut Koroner Sendromda Tanı Yöntemleri

- Elektrokardiyografi
- Kardiyak göstergeler
- Ekokardiyografi
- Hematolojik göstergeler
- Efor testi
- Koroner anjiyografi ve kalp kateterizasyonu

Elektrokardiyografi (EKG)

Elektrokardiyografi değişikliklerinin titiz bir değerlendirmesi, olayın zamanını, risk altındaki miyokard miktarını, hasta prognozunu ve uygun terapötik stratejileri tahmin etmede yardımcı olmaktadır (75).

Acil reperfüzyon tedavisi için uygun olan primer anjiyoplasti , fibrinolizis olan persistan > 20 dakika ST segment yükselmesi, yeni sol dal bloğu bloğu olan hastaları tanımlamak için ya da AKS şüphesi olanlara 10 dakikada bir EKG çekilmelidir. NSTEMI-AKS'li hastalarda ST segment depresyonu , geçici ST segment yükselmesi veya T dalgası anormallikleri olabilir, Önceki bir EKG ve sağ ventriküler (V4R, V3R) veya posterior lead'lerle (V7 - V9) karşılaştırılması yardımcı olabilir (72). Yeni ST-segment sapması, sadece 0,05 mV olsa bile, iskemi ve prognozun önemli ve spesifik bir ölçüsüdür.

T dalgası inversiyonu iskemi için hassastır ancak işaretlenmediği sürece daha az spesifiktir (≥ 0.3 mV). En az 2 bitişik lead'de mevcutsa, 0.1 mV veya daha yüksek bir ST-

segment yükselmesi, kardiyak biyobelirteçlerin seri ölçümleriyle doğrulandığı gibi hastaların %90'ında akut MI'yi gösterir (73).

Kardiyak Göstergeler

Göğüs rahatsızlığı veya AKS'yi düşündüren ve diğer semptomları olan tüm hastalar için kardiyak biyobelirteçler ölçülmelidir (73). Kreatin kinaz izoform MB (CK-MB), şüpheli AKS'li hastaların ilk taramasının temel taşı olmuştur, ancak troponinler T ve I, ST yükselmesiz AKS için tercih edilen tarama testi, CK-MB ile karşılaştırıldığında analitik duyarlılıkları ve özgüllükleri nedeniyle tercih edilmiştir (76).

Kardiyak troponinler (cTn) olarak bilinen Troponin T ve I izoformları kardiyak miyositlere karşı oldukça spesifik ve hassastır. Troponin, iskelet ve kalp miyositlerindeki kasılma düzeneğinin bir bileşenidir. Troponin T ve I ile akut miyokard infarktüsü (AMI) saptama duyarlılığı, AMI başlangıcından 6-12 saat sonra örneklenildiğinde %100'e yaklaşır. Troponinlerin AMI başlangıcından 4-10 saat sonra serumda görüldüğünü göstermektedir. Troponin seviyeleri 12-48 saatte zirve yapar, ancak 4-10 gün boyunca yüksek kalır. Miyokard nekrozu düzeninde kardiyak troponinler hızla kan dolaşımına salınır ve bu salınım miyokard hasarının büyüklüğü ile orantılı olma eğilimindedir (77).

Ekokardiyografi

Ekokardiyografi kardiyak debiyi ölçmek / izlemek ve kardiyak fizyolojisi ve koroner perfüzyon anormalliklerini belirlemek ve ayrıca tanı ile ilgili daha standart anatomik bilgi sağlamak için kullanılmaktadır. Ekokardiyografi özellikle akut göğüs ağrısı, akut kalp yetmezliği, şüpheli kalp tamponadı, MI komplikasyonları, endokardit dahil olmak üzere akut valvüler kalp hastalığı, yükselen aortun akut hastalığı ile akut kardiyovasküler rahatsızlığı olan hastaları pratik olarak açıklamaktadır (78).

Hematolojik Göstergeler

Beyaz kan hücresi sayımı (WBC-c) ve alt grupları, koroner arter hastalığı (KAH) olan hastalarda kardiyovasküler sonuçları öngören potansiyel enflamatuvar belirteçler olarak araştırılmıştır. Nötrofil / lenfosit oranı (NLR) WBC-c'den hesaplanır ve kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda yeni bir prognostik belirteçtir (79).

Yüksek beyaz kan hücreleri (WBC) vasküler yaralanma, aterosklerotik plak gelişimi, rüptürü ve trombozunda önemli rol oynar. İmmün hücreler erken aterosklerotik lezyonlara hükmeder, efektör molekülleri lezyonlarının ilerlemesini hızlandırır ve inflamasyonun aktivasyonu AKS'ye neden olabilir. Nötrofillerin, vasküler hasara neden olan proteolitik enzimlerin salgılanması, pıhtılaşma yollarının aktivasyonu, mikro vasküler tıkanma ve pro-enflamatuar sitokinlerin salgılanmasına aracılık eden miyosit nekrozuna yol açan plak yırtılması ve trombozuna aracılık ettiği düşünülmektedir (80).

Trombositler, trombosit yüzeyinde yer alan birkaç reseptör aracılığıyla tromboz ve akut koroner olayları uyarmak üzere aktive edilir Trombosit aktivasyonu, AKS'lerin gelişimine katkıda bulunanlardan biridir. Trombositlerin aterotromboz oluşumu üzerinde büyük etkisi vardır ve bu nedenle AKS'nin patogenezinde önemli bir rol oynar (79).

Efor Testi

Kalbin atardamarlarındaki kan dolaşımının azalmış olup olmadığını göstermektedir. Teste giren kişinin kalbini izlemek için ekipmana bağlanır. Koşu bandında yavaşça yürütülür. Daha sonra daha hızlı bir tempo için hız artırılır ve koşu bandı küçük bir tepeye çıkma efekti üretmek için eğilir. Gerektiğinde herhangi bir zamanda test durdurabilir. Kalp atış hızı, solunum, kan basıncı, elektrokardiyogram ve test sırasında kendinizi ne kadar yorgun hissettiğiniz izlenir (81).

Koroner Anjiyografi ve Kalp Kateterizasyonu

Koroner anjiyografi, koroner anatomi hakkında bilgi sağlamaktadır. İskemik kalp hastalığı için invazif olmayan tekniklerin artan tanısal rolüne rağmen , kalp kateterizasyonu , koroner arter hastalığının değerlendirilmesinde altın standart olmaya devam etmektedir. Kalp kateterizasyonu, ince delikli tüplerin (kateterlerin) kalbe floroskopik kılavuzluk altında periferik bir arter veya ven yoluyla sokulmasını içerir (82).

2.1.8. Akut Koroner Sendromda Tedavi

Kan pıhtılaşması, akut vasküler hastalığın patogenezinde, çok sayıda klinik çalışmada gösterildiği gibi, vasküler hastalıktaki antiplatelet ilaçların etkinliği konusunda çok önemlidir. Trombüsler esas olarak fibrin ve toplanmış trombositlerden oluştuğundan,

trombositlerden salınan tromboksan A2 gibi vazoaktif mediyatörler arterleri tıkayabilir. Bu nedenle aspirin gibi antiplatelet ilaçların vasküler hastalıkların önlenmesinde aktif olabileceği öne sürülmüştür (83).

Erken intravenöz antikoagülasyon, akut koroner sendromu ile başvuran hastaların köşe taşı tedavisidir: devam eden koroner trombozu antagoneze eder ve perkütan koroner müdahaleyi kolaylaştırır, dolayısıyla mortalite ve akut stent trombozunu azaltır (84). Akut koroner sendrom (AKS) ile başvuran hastalarda, çoğu durumda revaskülarizasyon önerilmektedir. Perkütan koroner girişim (PCI) en yaygın olanıdır. PCI'nin en sık görülen komplikasyonu prognostik sonuçları olan miyokard infarktüsüdür (83).

Akut koroner sendromlar tedavisinin daha etkili olması bakımından iki gruba ayrılır. **Bunlardan birincisi USAP ve NSTEMI için olan tedavilerdir** (6).

Antiplatelet tedavi: Absiksimab, tirofiban, eptifibatit (intravenöz GP IIb/IIIa reseptör antagonistleri) klopidoğrel, prasugrel, tikagrelor (P2Y₁₂ inhibitörleri), aspirin (6).

Antikoagülan tedavi: Bivalirudin, düşük molekül ağırlıklı heparin, fraksiyone olmayan heparin, fondaparin (6).

Diğer tedaviler: Oksijen, statinler, ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri, morfin, nitrogliserin, ARB, beta reseptör antagonistleri (6).

Revaskülarizasyon tedavisi: Revaskülarizasyon tedavisi olacak hastalarda trombolitik tedavinin anlamı yoktur. Hastanın klinik ve semptomuna göre, KAG yapılma durumuna ve zamanına karar verilir. Karar verildikten sonra revaskülarizasyon, koroner arter bypass greft (KABG) veya perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) yoluyla yapılabilir (6).

İkinci grup ise STEMI'lı kişiler için olan tedavilerdir.

Reperfüzyon tedavisi: Belirtilerin başlama anından sonraki ilk 12 saat içinde gelen bütün hastalara yapılmalıdır. Ne kadar erken reperfüzyon tedavisi yapılırsa, o boyutta nekroz alanı küçük olmakta ve buna bağlı olarak sol ventrikül fonksiyonları o derece korunmaktadır. Hastaya verilen reperfüzyon kararı PPTKA (primer perkütan transluminal koroner anjiyoplasti) olabilecek bir merkezdeyse kapı balon zamanı 90 dakikadan, olamayacak bir merkezdeyse ve başka bir merkeze transferi söz konusuysa

120 dakikadan daha kısa bir zamanda ilk seçim PPTKA'dan yana olmalıdır. Bu olanaklar olmazsa, hastaya fibrinolitik tedavi yapılmalıdır. Reperfüzyon tedavisi; PPTKA, acil KABG cerrahisi veya trombolitik tedavi şeklinde yapılabilir (6).

Antiplatelet tedavi: Aspirin, absiksimab, tirofiban, eptifibatit (intravenöz GP IIb/IIIa reseptör antagonistleri) klopidoğrel, prasugrel, tikagrelor (P2Y12 inhibitörleri) (6).

Antikoagülan tedavi: Bivalirudin, düşük molekül ağırlıklı heparin, fraksiyone olmayan heparin (6).

Diğer tedaviler: Oksijen, statinler, ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri, morfin, nitrogliserin, ARB, beta reseptör antagonistleri (6).

2.1.9. Akut Koroner Sendrom ve Hastalık Algısı

Hastalara bir hastalık teşhisi konduğunda, sağlık durumları hakkında organize bir inanç düzeni geliştirir. Bu inançlara hastalık algıları denir ve hastaların hastalığı yönetme konusundaki gelecekteki davranışlarını belirler. Hastalık, hastalıktan başka bir boyuta atıfta bulunur, yani hastalık, iş göremezlik ve iş göremezliğe yol açabilecek nesnel, tıbbi olarak teşhis edilmiş bir sağlık durumudur (85).

Hastalık, teşhis konulan sağlık durumunun eşlik etmesi gerekmeyen, ancak eşit derecede işe yaramazlığa yol açabilen, hasta olmanın öznel bir duygusudur. Hastalık algıları baskın olarak, öz-düzenleme sağduyusu modelinin bir parçası olarak tanımlanmıştır (85).

Leventhal'in Sağduyulu Özerklik Modeli (CSM), bireylerin hastalıkları hakkındaki inançlarının (hastalık algıları olarak adlandırılır) kendi kendini yönetme davranışlarını nasıl etkileyebileceğini anlamak için teorik bir çerçeve sunmaktadır. Bu teorik çerçeve, bir sağlık tehdidi yaşadıktan sonra, bireylerin bu tehdidin bilişsel ve duygusal temsiline dayanan yinelemeli bir başa çıkma sürecine girdiklerini belirtir. Bu başa çıkma sürecinin etkinliği değerlendirilir ve bu başa çıkma davranışının değerlendirilmesine dayanarak sağlık tehdidinin bilişsel ve duygusal temsilleri yeniden değerlendirilir (86).

Kendi Kendini Düzenleme (SRM) modeline göre, hastalar kendi deneyimlerini anlamalarına ve kendi başa çıkma yanıtlarına temel oluşturmalarına yardımcı olan kendi temsillerini veya modellerini oluştururlar (87).

Hastalık veya hastalık algılarına ilişkin inançlar, SRM'nin merkezinde yer almaktadır ve beş temel bileşeni içermektedir. Bunlar, doğanın (kimlik), zaman sürecinin (zaman çizgisi), kişisel etkinin (sonuçların), nedensel faktörlerin (neden) ve hastalığın kontrolünün veya iyileştirilmesinin (kontrol / iyileştirme) uygulanabilirliğidir (87).

Hastalığın Kimliği

Hastalar genellikle etiketlerinden oluşan hastalıklarının bir kimliğine ve durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlara sahiptir. Çoğu insan, soğuk algınlığı veya yiyecek zehirlenmesi gibi yaygın hastalıklarla başlayan belirtiler hakkında fikir geliştirdi, ancak diğer hastalıklara gelince daha belirsiz fikirlere sahip olabilir. Ancak, insanlara bir hastalık teşhisi konduğunda, yakın zamanda hastalığın neden olduğu semptomlar hakkında inançlar geliştirir. Kimlik bileşeninin önemli yönü, hastanın hastalığın neden olduğu semptomlar hakkındaki görüşünün, durumu tedavi eden tıbbi personelden oldukça farklı olabileceğidir. Hastalar, hastalığın yan etkilerine, tedavinin yan etkilerine hatta hiçbir ilişki olmasa bile, sıklıkla görülen diğer semptomlara uymazlar (88).

Hastalığın Nedenleri

Hastalık teşhisi konulduktan kısa bir süre sonra hastalar hastalıkları neden geliştirdiklerine dair nedensel inançları da formüle eder. Günümüzde yaygın görülen mevcut hastalık özellikleri, stres veya kirlilik gibi modern yaşamın algılanan zararlı yönüne dayanmaktadır. Nedensel inançlar, bazı hastalıklarda, hastaların durumlarını aradıkları tedavi türlerini veya hastalıklarını mantıklı bir şekilde kontrol etmek için yaptıkları değişiklikleri etkileyebileceği için önemlidir. Örneğin, kalp krizi geçiren bir hasta hastalığının sigara içmek ve yağlı yiyecekler yemek gibi zayıf sağlık alışkanlıklarından kaynaklandığına inanıyorsa, bu davranışlarda değişiklik yapma olasılığı daha yüksektir veya hastalığının stresten kaynaklandığını düşünüyorsa, işlerini bırakmak gibi başka değişiklikler de yapabilir. Diğer hastalıklarda, nedensel inançlar, özellikle hasta kendisini hastalık için suçluyorsa, duygusal cevabı güçlü bir şekilde etkileyebilir. Kendini suçlama oranları, kanser ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi hastalıklarda ve durumun etiolojisinin bilinmediği diğerlerinde yüksek olabilir (88).

Hastalığın Süresi

Kronik hastalığı olan bireyler ile akut hastalığı olan bireylerin hastalıklarına ilişkin algısının gelişimi bakımından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar, ilaç alımı gibi zamana bağlı etkinliklerde belirginleşmektedir. Örneğin kronik hastalığı olan bireylerin tedaviyi ve ilacı terk etme eğilimleri akut hastalığı olan bireylere oranla daha azdır (9).

Hastalığın Tedavi ya da Kontrol Edilebilirliği

Zaman çizelgesi ve nedensel inançlar, hastalığın kontrolü veya tedavisi ile ilgili inançlarla yakından ilişkilidir. Genel olarak, kontrol inancı, hastalığın kişisel kontrole nasıl duyarlı olduğu ve tedavi ile ne kadar iyi kontrol edilebileceği üzerine kuruludur. Daha yüksek kontrol seviyeleri genellikle daha kısa zaman çizelgesi algıları ile ilişkilendirilir (88).

Hastalığın Sonuçları

Hastalığa ilişkin algıların yaşam tarzını etkilemesi bakımından önemli olan inanç faktörlerinden birisi de hastalığın neticesine ilişkin inançlarıdır. Hastalığın sonuçlarına ilişkin algılar bireylerin aile ve iş hayatını da kapsayan ekonomik durumu ile sosyal yaşamında değişikliklere neden olabilmektedir (9).

Kalp hastalarında, pozitif hastalık algıları (yani, hastalığa daha az semptom atfetmek, daha az sonuç algılamak ve hastalık üzerinde daha fazla kontrol hissi yaşamak), daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, karamsar hastalık algıları (yani ciddi sonuçlar, güçlü bir hastalık kimliği ve kronik bir zaman çizelgesi, kötü kontrol) depresif semptomların başlangıcı ile ilişkili bulunmuştur (89).

Hastaların sağlık ve işleyişini kendi değerlendirmelerinde, hastalık durumundaki veya tedavideki değişikliklere cevaben zaman içerisinde değişmesi muhtemeldir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, kardiyak hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kardiyak olayı takip eden yıl boyunca değiştiği gösterilmiştir. İyileştirmeler hastalığın erken evresinde daha belirgindir. Benzer şekilde, hasta algılarının da bu dönemde değişime yatkın olduğu, hastaların sürekli olarak yeni deneyimler ve bilgiler edindiği ve inançlarını buna göre güncelleyeceği tartışılmıştır (89).

Miyokard infarktüsünü sınırlı bir akut olay olarak görmek ve akut olayın altında yatan nedenini anlamak arasında bir fark vardır. Wiles ve Kinmonth, hastaların kronik bir semptomdan ziyade akut bir olay olarak kalp krizini anlamalarının uzun süreli yaşam tarzı değişikliği için düşük motivasyonla sonuçlanacağını savunmaktadır (90). Akut-kronik bir devamlılık boyunca hasta algılarının yerleştirilmesi hastalığın ciddiyeti ile ilişkili olabilir. Şiddetli sağlık problemleri olmadan hafif bir kalp krizi geçirmiş olan hastaların miyokard infarktüslerini akut bir olay olarak gördükleri, ancak belirgin sağlık problemleri olan ciddi bir koroner olay geçirmiş bireylerin altta yatan kronik durumu anlama olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (90).

Akut miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalar, örneğin hastalığın vücudu nasıl etkilediği ve günlük yaşam üzerindeki etkisine ilişkin hastalık algıları ve inançlarına sahiptir. Bilişsel faktörlerin hastalıkla başa çıkma davranışını ve sonuçlarını nasıl etkilediğine dair teorik bir model Leventhal ve ark'nın Kendini Düzenleme Modelidir. Bu model, bireylerin hastalıklarla ilgili deneyimlerini anlamalarına uygun yollarla baş etmeyi seçmelerini önerir. Yorumlama, hastalığın kimliği, zaman çizelgesi, nedenleri, sonuçları ve kontrol edilebilirliği gibi mevcut hastalığın bilişsel temsillerine dayanmaktadır (90).

İnsanları yaşam tarzı değişikliklerine uymaya teşvik etmek, koroner sağlık profesyonelleri için zorlu bir iştir. Bu tür çabaların başlangıç noktalarından biri bilişsel faktörlerin insanların sağlığı iyileştirmesi beklenen davranışları benimsemelerini nasıl etkilediğini anlamak olabilir. Hastalık algılarının erken belirlenmesi, kardiyak rehabilitasyon programlarının sonucunu iyileştirebilir (90).

2.2. AKUT KORONER SENDROM VE ANKSİYETE

Anksiyete, olumsuz ya da tehlikeli bir olayın meydana gelmek üzere olduğu beklentisiyle oluşan bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bileşenleri olan bir tepki sistemidir. Anksiyete, sıkıntı, stres ve kaygı altında olma durumu olarak bilinen bir hastalıktır. Genellikle anksiyete yaşayanlar, sabırsız, huzursuz ve sinirlidirler. Anksiyete yaşayan kişiler genellikle erken yorulur ve dikkatleri çabuk dağılırlar. Kötü düşünceleri benimseyip, çevresel faktörlerden etkilenir ve aşırı endişelidirler (91).

Kişideki anksiyete düzeyi optimum sınırlar dahilinde ise kişinin savunma sistemleri devreye girer ve kişinin kendisini geliştirmesi için bir imkan gibi görülür.

Ancak anksiyetenin optimum düzeyde olmaması ve yükselme göstermesi kişinin ruhsal ve duygusal durumunu etkileyerek psikiyatrik veya tıbbi bozukluğa neden olurken hayatını da olumsuz yönde etkilemektedir (92).

Spielberger anksiyeteyi, sürekli ve durumluk anksiyete olarak iki şekilde tanımlamıştır (93):

Durumluk Anksiyete: Kişinin içinde olduğu stresli durumdan kaynaklı yaşadığı öznel korkudur. Durumluk anksiyete yaşayan bireylerde anksiyete seviyesi genellikle panik düzeye ulaşmaz ve içinde bulunulan durum yok olduğu zaman anksiyete de kaybolmuş olur. Fakat beden bütünlüğünün bozulması ve bedensel hastalıklar, iş, hastanede yatıyor olmak, ölüm korkusu, sosyal yaşamda statü ve rol kaybı, destek mekanizma yoksunluğu ve yakınlarının kendisini terk edeceği korkusunu yaşama durumlarında durumluk anksiyete kendisini sürekli anksiyeteye bırakır (92).

Sürekli Anksiyete: Bireyin çevresel koşullardan bağımsız olarak kaygı yaşaması, kötümserlik, huzursuzluk, stresliken çöşkusal tepkiler ve aşırı hassaslık gibi tepkilerde olma eğilimi göstermesidir. Bu duruma bireyin içinde bulunduğu durumu genellikle stresli bir şekilde yorumlama ya da algılama eğilimi denilebilir. Böyle tür anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişiklik göstermektedir. Spielberg ve ark. sürekli ve durumluk anksiyete arasında devamlı olarak bir etkileşim olduğunu ispatlamışlardır (93).

Sürekli anksiyete seviyesinin yüksek olması, durumluk anksiyete seviyesini de yükseltir. Durumluk anksiyete seviyesinin yükselmesi ve zamanın uzaması da sürekli anksiyete seviyesini yükseltir. Bununla birlikte sürekli anksiyetesi yüksek olan kişilerin stres karşısında, sürekli anksiyete seviyesi az olan bireylerden daha çok etkilendikleri tespit edilmiştir (93).

Anksiyete, kronik kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde ve akut kardiyak olaylardan veya müdahalelerden kurtarma ile başa çıkanlar arasında, depresyondan daha da yaygındır. Akut kardiyak olay geçiren hastalarda kaygı sıklığı yaklaşık %70-80 arasında yüksektir; anksiyete, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların yaklaşık %20 ile %25'inde uzun süre devam eder. Anksiyete, akut kardiyak olaya veya kronik bir hastalıkla yaşama tehditlerine karşı beklenen ve hatta normal bir reaksiyon olsada, kalıcı veya aşırı olan anksiyete normal değildir ve hasta sağlığı için olumsuz sonuçlar doğurur. Anksiyete,

akut bir olaydan sonra kardiyovasküler hastalıkların kronikliğine ve fiziksel iyileşmeye psikososyal uyum sağlamayı engelleyebilir. Yüksek anksiyete, kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin kötü olduğunu öngörmektedir. Anksiyete, hastaların öz bakım yeteneklerini engeller. Aşırı endişeli hastalar genellikle yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgi öğrenemez veya bunlarla ilgili hareket edemezler ve ilaç, aktivite ve diyet için reçetelere uymakta zorluk çekerler. Endişeli hastalar zorluklarla başa çıkmada problemler yaşar; zorlukları aşılmaz engeller olarak algırlar. Kalıcı anksiyete, engelliliği, fiziksel belirti ve semptomlardaki artışı ve daha kötü fonksiyonel durumun göstergesidir. Kardiyovasküler hastalığı olan endişeli hastalar, endişeli olmayan hastalarla karşılaştırıldığında daha düşük bir hızda çalışmaya başlar veya hiç çalışmaz. Anksiyete ayrıca akut kardiyovasküler olaydan sonra hastaların cinsel aktiviteye dönüşüne de engel olur (94).

Anksiyete bozuklukları, koroner arter hastalığının (KAH) farklı evrelerinde hastaların%20'sine kadar etki eder. Genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAB), %5 ile %12 arasında değişen puan prevalansı olan en yaygın anksiyete bozukluğudur. Diğer anksiyete bozuklukları KAH hastalarında daha az görülür. Her ne kadar anksiyete, depresyonla karşılaştırıldığında, KAH hastalarında anlamlı olarak daha az dikkat çekse de, ancak ortaya çıkan veriler, anksiyete bozukluklarının, hastalığın ciddiyeti, depresyon ve olumsuz sağlık davranışlarından bağımsız olarak, tüm nedenlere bağlı ölüm riski ve majör olumsuz kardiyak olaylar için artmış risk ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Anksiyete belirtileri ayrıca zayıf klinik ve hasta merkezli sonuçları da öngörmektedir (95).

Akut Koroner Sendrom (AKS) nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların yarısı ile çeyreği arasında kaygı bozukluğu olabilir. Koroner arter hastalığı olan hastalarda anksiyete bozukluğunun varlığı, yüksek mortalite, tekrarlayan koroner olaylar ve bozulmuş yaşam kalitesi dahil olmak üzere birçok olumsuz sonuçla ilişkili bulunmuştur (96)

Kritik olarak kalp hastaları, hastanede daha fazla fiziksel ve zihinsel baskı uygulayabilen koroner bakım ünitelerine yatırılır. Koroner bakım ünitelerine başvuran çoğu hasta, başvuruyu takip eden ilk 2 saatte yüksek bir endişe düzeyine sahiptir. MI sonrası kaygı, ritmi, devam eden miyokard iskemisi ve reinfarktüs ile ilişkilidir. Zamanla, kaygı MI hastalarında yaşam kalitesini etkileyebilir. Dahası, yaşamı tehdit edici bir

hastalığın, hastanın yaşamın çeşitli yönlerinden memnuniyet olarak tanımlanan, iyi olma duygusu üzerinde önemli bir etkisi olabilir (97).

AMI'li hastalar, psikiyatrik bozukluk tanısı konan hastalardan %26 kadar endişelidir. Anksiyete AMI'li tüm hastalarda bir dereceye kadar beklenir; ancak bazı hastaları zayıflatabilir. AMI ile anksiyete arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi önemlidir, çünkü anksiyete iyileşmeyi ve uzun süreli prognozu olumsuz yönde etkiler. Kesin mekanizma bilinmemekle birlikte, şiddetli ya da tedavi edilmeyen anksiyetenin sempatik sinir sistemini ve hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini harekete geçirdiği ve tekrarlayan kardiyak olaylara katkıda bulunduğu düşünülmektedir (98).

Moser ve Dracup, AMI ve yüksek anksiyete hastalarının hastanede kaldıkları süre boyunca ölümcül ventrikül ritmi, miyokard iskemisi ve reinfarkt insidansının daha yüksek olduğunu bildirdi. Diğer araştırmacılar, AMI'den sonraki yüksek kaygının 3 aylık sağkalımı, ilk yıldaki tekrarlayan kardiyak olayları, 1 yıldaki fonksiyonel durumu ve AMI'dan sonraki 6 ila 10 yıl içindeki olumsuz kardiyak olayları ve mortaliteyi öngördüğü sonucuna varmışlardır (98).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaların sonuçlarından giderek daha fazla sorumlu olduklarından ve akut kaygı semptomları veya kaygı bozukluğu olan hastaların yönetimi için mevcut çeşitli tedaviler verildiğinden, kaygı semptomlarının ne dereceye kadar olduğu hakkında veya anksiyete bozukluğu, bir AKS için hastaneye yatışından sonra olumsuz sonuçlarla ilişkili olup hastanın akut ve uzun süreli bakımını ve prognozunu optimize etmeye yardımcı olabilir (96).

2.3. AKUT KORONER SENDROMDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik bakımı tanımı; sağlığı geliştirmek ve hastayı kendi kaynaklarını serbest bırakarak yardımcı olmak, desteklemek, eğitmek ve geliştirmek. Hemşirelik bakımı, günlük yaşamla ilgili evrensel ve kişisel ihtiyaçları karşılama, hastalıklar nedeniyle bozulan ihtiyaçlar için etkileşim ve katılımcılığa dayanır. Profesyonel hemşirelik bakımı teorik bilgiye ve sistematik bilimsel yöntemlere dayanır (99).

Yeterli hemşirelik bakımı sağlama yeteneği, personel kesintileri ile aynı anda sınırlandırılmıştır. Böylece, hemşirelik bakımı süresini uzatmak için talepler artmaktadır. Aksi takdirde, hastanın bakım algısının olumsuz yönde etkilenme riski vardır, bu da

hemşirenin algısını olumsuz yönde etkileyebilir ve yüksek kaliteli hemşirelik bakımı imkanı sağlayabilir. Hastaların hemşirelik bakımı algısı ile bakım kalitesi algıları arasında güçlü bir ilişki vardır (99).

Hemşireler, KVH risk azaltma ekibini yönlendirmek ve hastane ortamlarında, ayakta tedavi kliniklerinde ve toplum temelli tesislerde çok faktörlü risk azaltımı sağlamak için ideal sağlık uzmanlarıdır. İdeal hemşire vaka yöneticisi, tıp, psikoloji ve davranış değişikliği konusunda derinlemesine bir bilgiye sahiptir (100).

En önemlisi, kalifiye bir hemşire vaka yöneticisi yaş, ırk, etnik köken, kültür, sosyo-demografik yapı ve okuryazarlığa dayalı hasta popülasyonlarındaki benzersiz farklılıklara ilgi duymalı ve bağlı olmalıdır (100).

Bodenheimer ve meslektaşları, Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak bakımı iyileştirme yollarını değerlendirirken, kronik hastalık yönetiminin büyüyen ihtiyaçlarını ve kronik hastalıklara yönelik bakımı iyileştirmek için gerekli sağlık bakımı reformunda hemşirelerin önemli rolüne dikkat çekti (100).

İkincil KVH önleme programlarının bir meta-analizinde, Clark ve arkadaşları, tüm nedenlere bağlı ölümlerde ve akut miyokard infarktüsünde (MI) bir azalma olduğunu göstermiştir (100).

Hemşireler AKS'li hastaların değerlendirilmesinde ve bakımında ayrılmaz bir görev üstlenmektedir. Hemşireler AKS hastalarının bakımında sağlık sistemlerine her giriş noktasında triyaj ve karar verme becerilerini kullanarak kilit bir rol oynamaktadır (101).

Bakım vermede, değerlendirmede ve hastaların iyileşmesinde önemli bir görevi olan hemşireler sürekli gözlem becerilerini kullanarak, değerlendirme yaparak ve 24 saat boyunca tetikte olarak hastalığın yönetimi ve tanısıyla ilgili kararlara destek sağlamaktadır. Hastanede kaldığı süre boyunca hastaların dinlenme, beslenme, rahatlık, emosyonel durumu, hijyen, eliminasyon ve uyku gibi temel ihtiyaçlarının da acilen temin edilmesi önemlidir (102).

Hemşirelerin akut bir koroner arter hastalığı sırasında bir danışman ve eğitimci olarak bakım yapma rollerinin, hastaların akut koroner sendrom tedavisinde yer alan karmaşık tedavileri anlamalarına ve ilaçların bağlılığını teşvik eden, güvenliği ve

iyileştirilmiş sonuçları sağlayacak bir plan geliştirmelerini sağlamada kritik öneme sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca, hemşirenin koroner arter hastası olan hastaların taburcu edilmesi konusundaki hedeflerinin, normal faaliyetlere geri dönmek için bir hastanın hazırlanmasını içerdiği de eklenmiştir. Bu aktiviteler, yaşam tarzı ve risk faktörü modifikasyonunun önemini ve ayrıca kilo yönetimi, beslenme, sigarayı bırakma, diyet ve fiziksel aktivite gibi risk azaltmayı içerir (103).

Kırk yıldan uzun bir süredir hemşireler, hipertansiyon, diyabet, sigara ve lipit kontrolü dahil olmak üzere KAH için tek ve çoklu risk faktörlerinin yönetiminde kilit roller üstlenmiştir. KAH ve kalp yetmezliği gibi bu kronik durumların yönetimi, birinci basamak sağlık hizmeti, çalışma alanları ve kardiyak rehabilitasyonda uzmanlaşmış klinikler ve programlar aracılığıyla gerçekleştirilmiştir (103).

AKS tanısı olan bir hastaya hemşirelik yaklaşımı, hastanın ihtiyaçlarını değerlendirmek ve bu ihtiyaçların önceliğini belirlemekle başlar. Hasta kliniğe geldiği ilk dakikalarda hastalığa ilişkin semptomlar (dispne, anjina, vs.) devam ediyor olabilir ve içinde bulunduğu durum sebebiyle anksiyete görülebilir. Bu aşamadaki girişimler hastanın güvenilir ve sakin bir ortama alınarak miyokardın iş yükünün azaltılması amacıyla semifowler pozisyonunda yatak istirahatini sağlamak olacaktır (102).

Miyokardın pompalama gücünün azalması hipoksi, akciğer ödemi ve daha ileri solunumsal problemlere neden olabileceğinden, aynı zamanda, hipoksik hastalara oksijen saturasyonu (SpO₂) en az %95'lik seviyeye gelene kadar yüksek akımlı oksijen terapisi (15 lt/dk) hekim istemine göre başlatılmalıdır ve SpO₂'nin izlemi pulse oksimetre ile devamlı sağlanmalıdır (102).

Düzenli bir şekilde yapılan tanı testleri, öykü, fizik muayene ile elde edilen bilgilere göre belirlenmiş hemşirelik tanıları hastanın ihtiyaçları doğrultusunda öncelik sırasına koyulup, hedefler belirlenir ve bu hedeflere yönelik en uygun girişimler planlanarak uygulanır. Saptanan amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı hastanın problemleri değerlendirilerek çözülür (6).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 1.3.2019- 1.9.2019 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kardiyoloji Servislerine yatışı yapılan hastalar oluşturmaktadır. Hastane kalite biriminden alınan bilgilere göre son bir yılda akut koroner sendrom tanılı hasta sayısının 13.448 olduğu bilinmektedir. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır (104). Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, $\pm$ %5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü hesabı aşağıdaki şekilde bulunmuştur.

$$n = 13.448 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (13.448-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 374$$

Kardiyoloji Servislerine yatışı yapılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 374 akut koroner sendrom tanılı örneklem grubu olarak alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Hasta Bilgi Formu”, “Hastalık Algısı Ölçeği”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” aracılığıyla toplanmıştır (Ek-1). Veriler katılımcıların yazılı izni alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama işlemi 5-10 dakika kadar sürmüştür.

HASTA BİLGİ FORMU

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, meslek gibi sosyo-demografik özellikler ve hastalık ile ilgili bilgi ve deneyime yönelik 23 soru bulunmaktadır.

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

1996 yılında Hastalık Algısı Ölçeği Weinmann ve ark. aracılığıyla geliştirilmiştir (105). 2002 yılında Moss- Morris ve ark. tarafından tekrar kontrol edilmiş ve yeniden düzeltilmiştir (106). 2007 yılında Türkiye de Kocaman ve ark. tarafından Hastalık Algısı Ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği; hastalık nedenleri, hastalık hakkındaki görüşleri ve kimlik olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır (107).

a) Kimlik Boyutu

“Kimlik” boyutu 14 hastalık belirtisinden oluşmaktadır. Kişiye bu semptomlardan her biri için önce "Hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığını" daha sonra "Bu semptomu hastalığıyla ilgili görüp görmediği" sorulmaktadır. Bu boyutta semptomlar için iki ayrı soruya da “Evet/Hayır” şeklinde cevap verilecek biçimde hazırlanmıştır. İkinci kısımdaki “Evet” cevaplarının toplamı (Evet:1 Hayır:0) “Kimlik” boyutunun sonucunu oluşturur. Hastalık semptom puanı yüksekse, bireyin hastalığa katılımını sağlayan belirti sayısının yüksek olduğu düşüncesi ortaya çıkmaktadır (107).

b) Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu

Bu boyut beşli likert tipi cevapların verildiği (Kesinlikle böyle düşünüyorum, böyle düşünüyorum, kararsızım, böyle düşünmüyorum, kesinlikle böyle düşünmüyorum) 38 sorudan oluşmaktadır. “Hastalık hakkındaki görüşleri” yedi alt boyuttan meydana gelmektedir. Bunlar “Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller, Süre (Akut/Kronik), Tedavi kontrolü, Kişisel kontrol, Sonuçlar ve Süre (Döngüsel)” alt boyutudur (108).

"Süre (Akut/Kronik)" alt boyutu, bireyin yaşadığı hastalığın zamanıyla alakalıdır. Kişinin puanının yüksek olması kronik hastalık yaşadığını gösterir. 18, 5, 4, 3, 2 ve 1. sorulardan oluşmaktadır. 18, 4 ve 1. sorular puanlamada ters çevrilir (108).

"Sonuçlar" alt boyutu, bireyin yaşadığı hastalığın psikolojik, sosyal ve hastalığın şiddetini ve fiziksel işlevsellik algılarını araştırır. 11, 10, 9, 8, 7, 6. sorulardan oluşur.

Puanlamada 8. soru tersine çevrilir. Kişinin “Sonuçlar” alt boyutundan aldığı yüksek puan hastalığının çok önemli olumsuz sonuçları olduğuna dair büyük bir inancı olduğunu gösterir (108).

"Kişisel kontrol" alt boyutu, hastalığın birey üzerindeki seyri, tedavisi ve hastalık süresi üzerindeki iç kontrol algısını inceler. Kişinin hastalığını kontrol edilebileceğiyle ilgili pozitif algısını gösterir. 17, 16, 15, 14, 13, 12. sorulardan oluşur. Puanlamada 17. ve 15. sorular tersine çevrilir (108).

"Tedavi kontrolü" alt boyutu, bireye yapılan tedavinin faaliyeti üzerine inançlarını inceler. 23, 22, 21, 20, 19. sorulardan oluşur. Puanlamada 23. ve 19. sorular tersine çevrilir (108).

"Hastalığı anlayabilme" alt boyutu, bireyin yaşadığı hastalığı nasıl algıladığı ya da kavradığını inceler. Bireyin burada aldığı yüksek puan yaşadığı hastalığı anlayabildiğini göstermektedir. 28, 27, 26, 25, 24. sorulardan oluşur. Puanlamada 27, 26, 25 ve 24. sorular tersine çevrilir (108).

"Süre (Döngüsel)" alt boyutu, hastalığın birey üzerinde zamansal açıdan farklılık göstermesini inceler. 32, 31, 30, 29. sorulardan oluşur. Kişinin aldığı puanın yüksek olması hastalığı döngüsel bir süreç olarak düşündüğünü göstermektedir (108).

"Duygusal temsiller" alt boyutu, bireyin yaşadığı hastalıkla alakalı olarak hissettiklerini inceler. 38, 37, 36, 35, 34, 33. sorulardan oluşur. Puanlamada 36. soru tersine çevrilir. Kişinin aldığı puanın yüksek olması hastalığıyla ilgili kaygısının çok olduğunu göstermektedir (108).

c) Hastalık Nedenleri Boyutu

“Hastalık nedenleri” boyutu beşli likert tipi cevapların verildiği 18 sorudan oluşmaktadır. Bu boyut 1’den 5’e likert tipi puanlama ile yapılmaktadır. Bireyin yaşadığı hastalık hakkında olası nedenleri araştırmaktadır. “Hastalık nedenleri” boyutu dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; “Bağıışıklık, Risk Faktörleri, Psikolojik Atıflar, Kaza veya Şanstır” (107).

“Psikolojik Atıflar” alt boyutu; bireyin yaşadığı hastalığı stres ya da endişe, aile problemleri, kendimi kötü, yalnız gergin ya da boşlukta hissetmem, yaşamım hakkında

olumsuz düşünmem, aşırı çalışma, benim tutumum, duygusal durumum ve kişisel özelliklerim gibi düşünceler ile ilişkilendirdiğini göstermektedir (107).

“Risk Faktörleri” alt boyutu; bireyin yaşadığı hastalığı kendi davranışım, kalıtsal, yaşlanma, diyet-yeme alışkanlıkları, alkol, sigara ve geçmişte kötü tıbbi bakım gibi düşünceler ile ilişkilendirdiğini göstermektedir (107).

“Bağıklık” alt boyutu; kişinin yaşadığı hastalığı vücut direncinin azalması, çevre kirliliği, bir virüs ya da mikrop gibi düşünceler ile ilişkilendirdiğini göstermektedir (107).

“Kaza veya Şans” alt boyutu; bireyin yaşadığı hastalığı yaralanma ya da kaza ve kötü talih ya da şans gibi düşünceler ile ilişkilendirdiğini göstermektedir (107).

Ölçeğin son kısmında niteliksel olarak değerlendirmek amacıyla bireyin hastalığı ile ilgili en önemli gördüğü üç faktörü yazması istenmektedir. Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılan “Hastalık Algısı Ölçeği”nin geçerlilik güvenirlik çalışmasında; “Kimlik” boyutunun iç tutarlılık katsayısının 0,89, “Hastalık hakkındaki görüşleri” boyutunun iç tutarlılık katsayısının 0,69-0,77 arasında, “Hastalık nedenleri” iç tutarlılık katsayısında 0,25-0,72 arasında olduğu belirlenmiştir (107).

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Gerçek şekli İngilizce "State-Trait Anxiety Inventory" olan ölçek Lushene, R.L. Gorsuch ve Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Spielberg Durumluk Sürekli anksiyete envanteri ile akut anksiyetenin ölçülme olanağını sağlamıştır. Bu sayede operasyon gibi geçici stres olaylarında meydana gelen anksiyetenin davranışlara olan etkisi incelenmeye başlanmıştır (109).

Öner ve Le Compte tarafından (1985) Türkçeye çevrilerek, Türk toplumuna uyarlanmıştır. Bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen envanter, 14 yaş ve üstü sağlıklı bireyler ile okuduğunu anlayıp yanıtlayabileceği kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir, zaman sınırlaması yoktur (109).

Envanterin, her biri likert tipinde 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1-Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2-Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler (109).

Uygulanışı: Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda önce durumluk kaygı ölçeği, sonra sürekli kaygı ölçeği verilmelidir. Bunun nedeni, durumluk kaygı ölçeği, sınanma ya da sınama koşulları ile ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık kaygı güvenilir bir düzeyde ölçmüş olur (109).

Yanıtlanması: Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanması maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre ‘hiç’, ‘biraz’, ‘çok’, ve ‘tamamıyla’ şıklarından birinin seçilmesi; sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanması ise maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre ‘hemen’, ‘hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘çok zaman’ ve ‘hemen her zaman’ şıklarından birinin seçilerek işaretlenmesi gerekir (109).

Puanlanması: Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ‘ters’ ifadeler puanlanırken bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerinde olanlar ise bire dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde dört değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise dört değerindeki yanıtlar düşük, bir değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), sürekli 29 kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır (109).

Yorumu: Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması yüksek kaygı seviyesini; puanın düşük olması ise düşük kaygı seviyesini ifade eder. Öner ve Le Compte’nin (1985) cerrahi servislerindeki hastalarla yaptığı uygulamalarında saptadığı ortalama puanlar 30 ile 41 arasında değişmektedir. Öner ve Le Compte’nin güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı sürekli kaygı ölçeğinde 0,83-0,87, durumluk kaygı ölçeğinde ise 0,94-0,96 arasında değişmektedir (109).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Hastalık Algısı ve Anksiyete puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık ile ilgili bilgi, deneyim ve sosyo-demografik özellikleri

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen bilgiler R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) ile değerlendirildi. Çalışma bilgileri raporlanırken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans, yüzde maksimum, minimum, üçüncü çeyreklik, medyan, birinci çeyreklik, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları grafiksel inceleme ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis test, anlamlılık gözlenmesi durumunda Dunn-Bonferroni post-hoc test kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıda belirtilen araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Akut koroner sendrom tanılı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin puan ortalaması nedir?
2. Hastalık algısının anksiyeteye etkisi var mıdır?
3. Akut koroner sendrom tanılı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ve anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma, 1.3.2019-1.9.2019 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın, daha geniş örneklem bağlamında uygulanmamış olması, genelleştirme yönünden önemlidir.

Burada uygulanan anket yöntemi, araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Durum değerlendirmesi açısından objektif bulgular sağlamayabilir. Ayrıca farklı bölge ve sektörlerde daha kapsamlı olan araştırmalar uygulanabilir. İncelenen değişkenler, zamanla değişime uğrayacağından; elde edilen sonuçlar, uygulanan zaman dilimi ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-3) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kurum onayı (Ek-4) alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum izni sonrasında, araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve çalışma öncesinde onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu kısımda, çalışmaya katılan hastalardan anket yoluyla toplanan verilerin istatistiksel analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=374)

Sosyo-Demografik Özellikler		Min-Mak	Ort±Ss
Yaş		20-93	60,67±13,06
		n	%
Cinsiyet	Erkek	251	67,1
	Kadın	123	32,9
Medeni durum	Evli	297	79,4
	Bekar	77	20,6
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	12,3
	İlkokul	180	48,1
	Ortaokul	46	12,3
	Lise	58	15,5
	Ön lisans	7	1,9
	Lisans	26	7,0
	Lisansüstü	11	2,9
Meslek	Emekli	168	44,9
	Ev hanımı	90	24,1
	İşçi	35	9,4
	Memur	12	3,2
	Diğer*	69	18,4
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	73,8
	Çalışıyor	98	26,2
Sosyal güvence	SGK	313	83,7
	Bağ-kur	23	6,2
	Emekli sandığı	20	5,3
	Yok	16	4,3
	Özel sigorta	2	0,5
Ekonomik durum	Gelir gidere denk	169	45,2
	Gelir giderden az	164	43,8
	Gelir giderden fazla	41	11

* 22 Serbest meslek, 9 esnaf, 7 şoför, 5 öğretmen, 4 tekstil, 3 ticaret, 2 elektrikçi, 2 avukat, 2 kuaför, 2 muhasebeci, 1 garson, 1 güvenlikçi, 1 mühendis, 1 yazılımcı, 1 aşçı, 1 muhtar, 1 gazeteci, 1 öğrenci, 1 personel, 1 çiftçi, 1 mali müşavir'den oluşmaktadır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastaların %67,1'i (n=251) erkek ve %32,9'u (n=123) kadın olup, yaş ortalaması 60,67±13,06 (Min=20; Mak=93) olarak belirlenmiştir.

Hastaların %79,4'ü (n=297) evli, %48,1'i (n=180) ilkokul mezunu, %44,9'u (n=168) emekli ve %24,1'i (n=90) ev hanımıdır. Hastaların %26,2'si (n=98) çalışmakta, %83,7'sinin (n=313) sosyal güvencesi SGK ve %43,8'unun (n=164) geliri giderinden az iken, %45,2'sinin (n=169) geliri giderine denk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=374)

Değişkenler		Min-Mak	Ort±Ss
Tedavi süresi (yıl)		0-46	3,60±6,08
İlaç kullanım sıklığı		1-2	1,13±0,34
Günlük ilaç sayısı		1-13	4,45±2,59
Sigara kullanımı (adet/gün)		2-60	19,28±9,72
Sigara kullanım süresi (yıl)		1-65	33,12±12,12
Alkol kullanımı (kadeh/gün)		1-10	2,63±1,65
Alkol kullanım süresi (yıl)		1-60	25,29±12,02
Hastalığa İlişkin Özellikler		n	%
Kronik hastalık varlığı	Var	250	66,8
	Yok	124	33,2
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	91,4
	Bilgisi yok	32	8,6
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	85,7
	Hemşire	40	11,7
	İnternet	8	2,3
	Diğer (Arkadaş)	1	0,3
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	74,3
	Yok	96	25,7
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	93,2
	Kullanmıyor	19	6,8
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	71,2
	Gitmiyor	81	28,8
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	62,6
	Kullanıyor	140	37,4
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	89,8
	Kullanıyor	38	10,2
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	66,3
	Yok	126	33,7
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	51,1
	Var	183	48,9
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	52,1
	Var	179	47,9

Hastaların tedavi süreleri ortalama 3,60±6,08 yıl (Min=0; Mak=46) arasında değişmekte olup, %66,8'inin (n=250) kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %91,4'ü (n=342) kalp hastalığıyla ilgili bilgisi olduğunu belirtmiş olup, %85,7'si (n=293) bu bilgiyi hekimden, %11,7'si (n=40) hemşireden, %2,3'ü (n=8) internetten, %0,3'ü (n=1)

ise diğer yollardan aldıklarını bildirmiştir. Hastaların %74,3'ü (n=278) sürekli kullandıkları ilaçlar olduğunu belirtmiş olup, ilaç kullanım sıklıkları ortalama $1,13 \pm 0,34$ (Min=1; Mak=2) ve günlük kullandıkları ilaç sayısı ortalama $4,45 \pm 2,59$ (Min=1; Mak=13)'dur. Hastaların %93,2'si (n=259) ilaçlarını düzenli bir şekilde almakta ve %71,2'si (n=200) hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitmektedir. Hastaların %37,4'ü (n=140) sigara kullandıklarını, günde ortalama $19,28 \pm 9,72$ adet (Min=2; Mak=60) sigara içtiklerini ve ortalama $33,12 \pm 12,12$ yıldır (Min=1; Mak=65) sigara kullandıklarını belirtmiştir. Hastaların %10,2'si (n=38) alkol kullandıklarını, günde ortalama $2,63 \pm 1,65$ kadeh (Min=1; Mak=10) içtiklerini ve ortalama $25,29 \pm 12,02$ yıldır (Min=1; Mak=60) yıldır alkol kullandıklarını belirtmiştir. Hastaların %66,3'ünün (n=248) ailelerinde kalp hastalığı olan bireyin bulunduğu, %48,9'unun (n=183) ailelerinde anjiyo yapılan bireyin olduğu ve %47,9'unun (n=179) ailelerinde kalp hastalığı nedeniyle ölen bireyin var olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeği “Kimlik” Boyutu Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı (N=374)

HAÖ Kimlik Boyutu*	Hastalığının başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım	Bu belirti hastalığımla ilgili
	n (%)	n (%)
Ağrı	317 (84,8)	315 (84,2)
Soluk almada güçlük	242 (64,7)	234 (62,6)
Güç kaybı	225 (60,2)	222 (59,4)
Yorgunluk	169 (45,2)	162 (43,3)
Sersemlik hissi	140 (37,4)	136 (36,4)
Boğazda yanma	137 (36,6)	136 (36,4)
Bulantı	108 (28,9)	104 (27,8)
Baş ağrıları	80 (21,4)	69 (18,4)
Mide yakınmaları	74 (19,8)	68 (18,2)
Uyku güçlükleri	45 (12)	41 (11)
Hırıltılı soluma	38 (10,2)	35 (9,4)
Eklemler sertliği	31 (8,3)	29 (7,8)
Gözlerde yanma	31 (8,3)	27 (7,2)
Kilo kaybı	22 (5,9)	19 (5,1)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) “Kimlik” boyutu maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 4. Hastalık Algısı Ölçeği'ne İlişkin Bilgiler

HAÖ Alt Boyutları	Madde sayısı	Alınabilecek Min-Mak Puan	Alınan Min-Mak Puan	Ort±Ss	İç tutarlılık
Kimlik	14	0-14	0-14	4,27±2,35	0,651
Hastalık Hakkındaki Görüşleri					
1.Süre (Akut/Kronik)	6	6-30	6-30	18,03±7,12	0,900
2.Sonuçlar	6	6-30	6-28	19,16±4,33	0,585
3.Kişisel kontrol	6	6-30	7-30	21,56±4,05	0,602
4.Tedavi kontrolü	5	5-25	5-25	19,23±3,42	0,710
5.Hastalığı anlayabilme	5	5-25	7-25	18,55±3,94	0,702
6.Süre (döngüsel)	4	4-20	4-20	12,43±4,07	0,685
7.Duygusal temsiller	6	6-30	6-30	20,55±4,70	0,707
Hastalık Nedenleri					
1.Psikolojik atflar	6	6-30	6-30	16,21±4,44	0,665
2.Risk faktörleri	7	7-35	7-33	18,57±4,67	0,416
3.Bağıışıklık	3	3-15	3-15	6,45±2,30	0,468
4.Kaza/Şans	2	2-10	2-10	4,01±1,58	0,190

Tablo 4'te Hastalık Algısı Ölçeği, boyutları ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

HAÖ “**Kimlik**” boyutu 14 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 4,27±2,35 (Min=0; Mak=14), iç tutarlılık düzeyinin 0,651 olduğu saptanmıştır.

HAÖ “**Hastalık Hakkındaki Görüşleri**” boyutunun 7 adet alt boyutu incelenmiştir. “**Süre (akut/kronik)**” alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 18,03±7,12 (Min=6; Mak=30), iç tutarlılık düzeyinin 0,900 olduğu saptanmıştır. “**Sonuçlar**” alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 19,16±4,33 (Min=6; Mak=28), iç tutarlılık düzeyinin 0,585 olduğu saptanmıştır. “**Kişisel kontrol**” alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 21,56±4,05 (Min=7; Mak=30), iç tutarlılık düzeyinin 0,602 olduğu saptanmıştır. “**Tedavi kontrolü**” alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 19,23±3,42 (Min=5; Mak=25), iç tutarlılık düzeyinin 0,710 olduğu saptanmıştır. “**Hastalığı anlayabilme**” alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 18,55±3,94 (Min=7; Mak=25), iç tutarlılık düzeyinin 0,702 olduğu saptanmıştır. “**Süre (döngüsel)**” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 12,43±4,07 (Min=4; Mak=20), iç tutarlılık düzeyinin 0,685 olduğu saptanmıştır. “**Duygusal temsiller**” alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının 20,55±4,70 (Min=7; Mak=25), iç tutarlılık düzeyinin 0,707 olduğu saptanmıştır.

HAÖ “**Hastalık Nedenleri**” boyutunun 4 adet alt boyutu incelenmiştir. “**Psikolojik atıflar**” alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının $16,21 \pm 4,44$ (Min=6; Mak=30), iç tutarlılık düzeyinin 0,665 olduğu saptanmıştır. “**Risk faktörleri**” alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının $18,57 \pm 4,67$ (Min=7; Mak=33), iç tutarlılık düzeyinin 0,416 olduğu saptanmıştır. “**Bağışıklık**” alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır, puan ortalaması $6,45 \pm 2,30$ (Min=3; Mak=15), iç tutarlılık düzeyinin 0,468 olduğu saptanmıştır. “**Kaza/Şans**” alt boyutu 2 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının $4,01 \pm 1,58$ (Min=2; Mak=10), iç tutarlılık düzeyinin 0,190 olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği’ne İlişkin Bilgiler

	Madde sayısı	Alnabilecek Min-Mak Puan	Alınan Min-Mak Puan	Ort±Ss	İç tutarlılık
Durumluk Kaygı Puanı	20	20-80	20-77	$49,17 \pm 11,72$	0,916
Sürekli Kaygı Puanı	20	20-80	25-73	$47,53 \pm 9,51$	0,856

Durumluk Kaygı Ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının $49,17 \pm 11,72$ (Min=20; Mak=77), iç tutarlılık düzeyinin 0,916 olduğu belirlenmiştir.

Sürekli Kaygı Ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır, puan ortalamasının $47,53 \pm 9,51$ (Min=25; Mak=73), iç tutarlılık düzeyinin 0,856 olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kimlik Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

Değişkenler		n	Kimlik Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	251	4,06±2,18	^a t=2,437	p=0,015*
	Erkek	123	4,69±2,63		
Medeni durum	Evli	297	4,23±2,32	^a t=-0,608	p=0,543
	Bekar	77	4,42±2,48		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	5 (3, 7)	^b χ ² =14,410	p=0,025*
	İlkokul	180	4 (3, 5)		
	Ortaokul	46	4 (3, 5)		
	Lise	58	4 (2, 6)		
	Ön lisans	7	4 (3, 4)		
	Lisans	26	4 (3, 5)		
	Lisansüstü	11	3 (1, 5)		
Meslek	Memur	12	3,5 (2, 4,5)	^b χ ² =7,384	p=0,117
	İşçi	35	4 (3, 6)		
	Emekli	168	4 (3, 5)		
	Ev Hanımı	90	4 (3, 6)		
	Diğer	69	4 (3, 5)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	4,32±2,52	^a t=0,723	p=0,470
	Çalışıyor	98	4,14±1,82		
Sosyal güvence	SGK	313	4,21±2,2	^b χ ² =4,149	p=0,386
	Emekli sandığı	20	5 (3, 7,5)		
	Bağ-kur	23	4 (3, 4)		
	Özel sigorta	2	3 (1, 5)		
	Yok	16	4 (3, 6)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	4,21±2,17	^c F=0,863	p=0,423
	Gelir gidere denk	169	4,41±2,5		
	Gelir giderden fazla	41	3,9±2,44		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonnular medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ kimlik boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet ve eğitim düzeyi ile "kimlik" boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların çalışma durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvencesi ve ekonomik durumu ile "kimlik" boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Kimlik Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Kimlik	
	r	p
Yaş	-0,003	0,951
Tedavi süresi (yıl)	-0,067	0,196
İlaç kullanım sıklığı	0,056	0,279
Günlük ilaç sayısı	-0,156	0,394
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,124	0,045*
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,124	0,145
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,164	0,053
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,353	0,030*

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Kimlik Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	4,42±2,29	^a t=-1,707	p=0,089
	Yok	124	3,98±2,46		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	4,25±2,37	^a t=0,499	p=0,618
	Bilgisi yok	32	4,47±2,23		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	4 (3, 5)	^b χ ² =0,756	p=0,685
	Hemşire	40	3,5 (3, 5)		
	İnternet/Diğer	9	4 (2, 6)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	4,32±2,37	^a t=-0,649	p=0,517
	Yok	96	4,14±2,32		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	4 (3, 5)	^d z=-2,419	p=0,016*
	Kullanmıyor	19	6 (4, 7)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu	Hayır	81	4,27±2,15	^a t=-0,236	p=0,813
	Evet	200	4,35±2,43		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	4,24±2,48	^a t=-0,326	p=0,745
	Kullanıyor	140	4,32±2,13		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	4,26±2,33	^a t=-0,199	p=0,843
	Kullanıyor	38	4,34±2,58		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	4,38±2,34	^a t=-1,257	p=0,210
	Yok	126	4,06±2,37		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	4,09±2,41	^a t=-1,478	p=0,140
	Var	183	4,45±2,28		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	4,15±2,41	^a t=-0,996	p=0,320
	Var	179	4,4±2,29		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ kimlik boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullanımı (adet/gün), alkol kullanım süresi ve ilaçları düzenli kullanma durumu ile "kimlik" boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı

konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile "kimlik" boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Süre (Akut/Kronik) Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	17,96±6,86	^a t=-0,128	p=0,898
	Erkek	251	18,06±7,25		
Medeni durum	Evli	297	18±7,09	^a t=-0,142	p=0,887
	Bekar	77	18,13±7,28		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	19,5 (12, 23)	^b χ ² =3,116	p=0,794
	İlkokul	180	18 (11, 24)		
	Ortaokul	46	18 (13, 23)		
	Lise	58	17,5 (12, 23)		
	Ön lisans	7	22 (14, 25)		
	Lisans	26	19 (13, 27)		
	Lisansüstü	11	13 (12, 25)		
Meslek	Memur	12	15 (11,5, 28)	^b χ ² =1,144	p=0,887
	İşçi	35	14 (12, 23)		
	Emekli	168	18 (11, 25)		
	Ev hanımı	90	18,5 (13, 23)		
	Diğer	69	18 (12, 23)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	18,21±7,07	^a t=0,836	p=0,404
	Çalışıyor	98	17,51±7,25		
Sosyal güvence	SGK	313	18,03±7,34	^b χ ² =3,797	p=0,434
	Emekli sandığı	20	17 (13, 21)		
	Bağ-kur	23	22 (13, 23)		
	Özel sigorta	2	9,5 (6, 13)		
	Yok	16	18 (12,5, 24,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	17,69±7,12	^c F=0,330	p=0,719
	Gelir gidere denk	169	18,27±6,97		
	Gelir giderden fazla	41	18,37±7,8		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "süre (akut/kronik)" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, cinsiyet, sosyal güvence ve ekonomik durum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Süre (akut/kronik)	
	r	p
Yaş	0,098	0,057
Tedavi süresi (yıl)	-0,328	<0,001*
İlaç kullanım sıklığı	0,327	<0,001*
Günlük ilaç sayısı	-0,267	0,139
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,174	0,005*
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,068	0,426
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,197	0,020*
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,081	0,630

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Süre (akut/kronik) Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	18,84±6,99	^a t=-3,192	p=0,002*
	Yok	124	16,38±7,12		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	18,16±7,13	^a t=-1,218	p=0,224
	Bilgisi yok	32	16,56±6,97		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	18 (12, 25)	^b χ ² =3,915	p=0,141
	Hemşire	40	14,5 (11,5, 22)		
	İnternet/Diğer	9	20 (17, 24)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	18,87±6,88	^a t=-3,978	p<0,001*
	Yok	96	15,58±7,26		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	20 (13, 25)	^d z=-0,891	p=0,373
	Kullanmıyor	19	20 (12, 23)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu	Hayır	81	18,46±6,97	^a t=-0,814	p=0,416
	Evet	200	19,2±6,91		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	18,19±7,07	^a t=0,566	p=0,572
	Kullanıyor	140	17,76±7,22		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	18,08±7,21	^a t=0,457	p=0,650
	Kullanıyor	38	17,58±6,27		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	18,7±7,08	^a t=-2,576	p=0,010*
	Yok	126	16,71±7,02		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	17,65±6,93	^a t=-1,048	p=0,295
	Var	183	18,42±7,31		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	16,73±7,12	^a t=-3,746	p<0,001*
	Var	179	19,44±6,86		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "süre (akut/kronik)" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı (kadeh/gün), kronik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 9).

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede anjiyo deneyimi ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "süre (akut/kronik)" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Sonuçlar Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	18,83±4,55	^a t=-1,020	p=0,309
	Erkek	251	19,31±4,21		
Medeni durum	Evli	297	19,19±4,35	^a t=0,323	p=0,747
	Bekar	77	19,01±4,27		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	20 (16,22)	^b χ ² =2,785	p=0,835
	İlkokul	180	20 (16,22)		
	Ortaokul	46	19,5 (16,21)		
	Lise	58	19,5 (17,22)		
	Ön lisans	7	19 (16,23)		
	Lisans	26	19,5 (18,21)		
	Lisansüstü	11	16 (14,21)		
Meslek	Memur	12	21 (18,22)	^b χ ² =0,850	p=0,932
	İşçi	35	19 (15,22)		
	Emekli	168	20 (16,5,22)		
	Ev hanımı	90	20 (16,22)		
	Diğer	69	19 (17,22)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	19,31±4,44	^a t=1,175	p=0,241
	Çalışıyor	98	18,71±3,99		
Sosyal güvence	SGK	313	19,21±4,27	^b χ ² =5,760	p=0,218
	Emekli sandığı	20	18,5 (16,5,22,5)		
	Bağ-kur	23	18 (16,22)		
	Özel sigorta	2	10,5 (6,15)		
	Yok	16	21 (16,24,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	19,13±4,42	^c F=0,237	p=0,789
	Gelir gidere denk	169	19,27±4,25		
	Gelir giderden fazla	41	18,76±4,32		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "sonuçlar" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ekonomik durum, sosyal güvence, çalışma durumu, medeni durum, meslek, cinsiyet ve eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Sonuçlar	
	r	p
Yaş	0,076	0,142
Tedavi süresi (yıl)	-0,175	0,001*
İlaç kullanım sıklığı	0,164	0,001*
Günlük ilaç sayısı	-0,118	0,519
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,195	0,002*
Sigara kullanım süresi (yıl)	0,056	0,509
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,139	0,101
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,113	0,500

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Sonuçlar Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	19,64±4,03	^a t=-2,949	p=0,004*
	Yok	124	18,18±4,74		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	19,23±4,22	^a t=-1,067	p=0,287
	Bilgisi yok	32	18,38±5,35		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	20 (17,22)	^b χ ² =2,609	p=0,271
	Hemşire	40	18 (15,5,21)		
	İnternet/Diğer	9	18 (17,21)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	19,32±4,28	^a t=-1,284	p=0,200
	Yok	96	18,67±4,45		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	20 (17,22)	^d z=-1,755	p=0,079
	Kullanmıyor	19	22 (18,23)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	19,52±4,35	^a t=-0,788	p=0,432
	Gitmiyor	81	19,07±4,17		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	19,08±4,38	^a t=-0,451	p=0,652
	Kullanıyor	140	19,29±4,24		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	19,17±4,35	^a t=0,193	p=0,847
	Kullanıyor	38	19,03±4,16		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	19,48±4,27	^a t=-2,020	p=0,044*
	Yok	126	18,52±4,37		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	18,84±4,43	^a t=-1,452	p=0,147
	Var	183	19,49±4,2		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	18,48±4,23	^a t=-3,204	p=0,001*
	Var	179	19,89±4,32		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "sonuçlar" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 11).

Hastaların günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, yaş, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede anjiyo deneyimi ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "sonuçlar" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel Kontrol Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Kişisel kontrol Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	21,05±4,11	^a t=-1,699	p=0,090
	Erkek	251	21,8±4,01		
Medeni durum	Evli	297	21,72±3,98	^a t=1,543	p=0,124
	Bekar	77	20,92±4,3		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	22 (19, 24)	^b χ ² =3,350	p=0,764
	İlkokul	180	22 (19, 24)		
	Ortaokul	46	22 (20, 24)		
	Lise	58	22 (20, 25)		
	Ön lisans	7	23 (22, 24)		
	Lisans	26	22,5 (21, 24)		
	Lisansüstü	11	22 (20, 25)		
Meslek	Memur	12	22,5 (20,5, 24,5)	^b χ ² =10,159	p=0,038*
	İşçi	35	22 (18, 23)		
	Emekli	168	22 (20, 24)		
	Ev hanımı	90	21 (18, 23)		
	Diğer	69	22 (21, 25)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	21,51±4,08	^a t=-0,391	p=0,696
	Çalışıyor	98	21,69±4		
Sosyal güvence	SGK	313	21,44±4,13	^b χ ² =2,154	p=0,708
	Emekli sandığı	20	22 (20, 24,5)		
	Bağ-kur	23	22 (22, 24)		
	Özel sigorta	2	24 (22, 26)		
	Yok	16	22 (19,5, 24,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	21,32±4,06	^c F=0,608	p=0,545
	Gelir gidere denk	169	21,8±4,04		
	Gelir giderden fazla	41	21,49±4,1		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ "kişisel kontrol" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; meslek puanının ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence ve ekonomik durum ile hastalık "kişisel kontrol" alt puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel Kontrol Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Kişisel kontrol	
	r	p
Yaş	-0,049	0,341
Tedavi süresi (yıl)	-0,015	0,778
İlaç kullanım sıklığı	0,004	0,935
Günlük ilaç sayısı	0,160	0,383
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,060	0,336
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,043	0,618
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,219	0,009*
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,036	0,829

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Kişisel kontrol Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	21,3±4,1	^a t=1,713	p=0,088
	Yok	124	22,06±3,93		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	21,64±4,02	^a t=-1,360	p=0,174
	Bilgisi yok	32	20,63±4,36		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	22 (20, 24)	^b χ ² =0,845	p=0,655
	Hemşire	40	22 (19,5, 24)		
	İnternet/Diğer	9	21 (17, 24)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	21,37±4,08	^a t=1,539	p=0,125
	Yok	96	22,1±3,94		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	22 (19, 24)	^d z=-0,160	p=0,872
	Kullanmıyor	19	21 (20, 24)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	21,22±4,03	^a t=1,054	p=0,293
	Gitmiyor	81	21,79±4,3		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	21,39±4,05	^a t=-1,005	p=0,315
	Kullanıyor	140	21,83±4,05		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	21,56±3,98	^a t=0,006	p=0,996
	Kullanıyor	38	21,55±4,71		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	21,54±3,99	^a t=0,079	p=0,937
	Yok	126	21,58±4,2		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	21,42±3,9	^a t=-0,643	p=0,520
	Var	183	21,69±4,21		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	21,43±4,12	^a t=-0,624	p=0,533
	Var	179	21,69±3,99		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "kişisel kontrol" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; alkol kullanımı (kadeh/gün) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı,

kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "kişisel kontrol" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Tedavi kontrolü Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	18,93±3,19	^a t=-1,190	p=0,235
	Erkek	251	19,38±3,52		
Medeni durum	Evli	297	19,39±3,32	^a t=1,692	p=0,091
	Bekar	77	18,65±3,74		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	20 (17, 21)	^b $\chi^2=3,641$	p=0,725
	İlkokul	180	20 (17, 21)		
	Ortaokul	46	20 (17, 21)		
	Lise	58	20 (18, 22)		
	Ön lisans	7	20 (15, 22)		
	Lisans	26	20 (19, 21)		
	Lisansüstü	11	21 (17, 24)		
Meslek	Memur	12	21 (19, 22)	^b $\chi^2=8,509$	p=0,075
	İşçi	35	20 (17, 21)		
	Emekli	168	20 (17,5, 21,5)		
	Ev hanımı	90	19 (16, 21)		
	Diğer	69	20 (17, 22)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	18,99±3,4	^a t=-2,316	p=0,021*
	Çalışıyor	98	19,92±3,39		
Sosyal güvence	SGK	313	19,18±3,49	^b $\chi^2=5,032$	p=0,284
	Emekli sandığı	20	19,5 (16,5, 21,5)		
	Bağ-kur	23	20 (18, 21)		
	Özel sigorta	2	24,5 (24, 25)		
	Yok	16	20 (18,5, 20,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	18,93±3,44	^c F=1,283	p=0,279
	Gelir gidere denk	169	19,53±3,39		
	Gelir giderden fazla	41	19,22±3,44		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonnlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ "tedavi kontrolü" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma durumu puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların sosyal güvence, ekonomik durum, meslek, eğitim düzeyi, cinsiyet ve medeni durum ile hastalık "tedavi kontrolü" alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Tedavi kontrolü	
	r	p
Yaş	-0,075	0,149
Tedavi süresi (yıl)	0,103	0,045*
İlaç kullanım sıklığı	-0,111	0,032*
Günlük ilaç sayısı	0,311	0,083
Sigara kullanımı (adet/gün)	-0,132	0,032*
Sigara kullanım süresi (yıl)	0,012	0,884
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,105	0,216
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,097	0,560

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Tedavi kontrolü Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	19,03±3,24	^a t=1,637	p=0,103
	Yok	124	19,65±3,74		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	19,31±3,34	^a t=-1,328	p=0,185
	Bilgisi yok	32	18,47±4,15		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	20 (17, 21)	^b χ ² =5,267	p=0,072
	Hemşire	40	20,5 (19, 22)		
	İnternet/Diğer	9	19 (16, 21)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	19,05±3,3	^a t=1,821	p=0,069
	Yok	96	19,78±3,69		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	20 (17, 21)	^d z=-0,202	p=0,840
	Kullanmıyor	19	18 (16, 22)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	18,8±3,28	^a t=1,952	p=0,052
	Gitmiyor	81	19,64±3,27		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	18,97±3,52	^a t=-1,947	p=0,052
	Kullanıyor	140	19,68±3,2		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	19,23±3,36	^a t=-0,103	p=0,918
	Kullanıyor	38	19,29±3,94		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	19,15±3,2	^a t=0,683	p=0,495
	Yok	126	19,4±3,82		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	19,23±3,58	^a t=-0,059	p=0,953
	Var	183	19,25±3,25		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	19,41±3,61	^a t=1,003	p=0,317
	Var	179	19,05±3,19		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "tedavi kontrolü" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı ve sigara kullanımı (adet/gün) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığıyla konusunda

bilgisi, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "tedavi kontrolü" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Hastalığı anlayabilme Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	18,3±3,79	^a t=-0,850	p=0,396
	Erkek	251	18,67±4,01		
Medeni durum	Evli	297	18,82±3,8	^a t=2,437	p=0,016*
	Bekar	77	17,51±4,31		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	19,5 (17, 21)	^b χ ² =4,999	p=0,980
	İlkokul	180	19,5 (17, 22)		
	Ortaokul	46	18 (17, 21)		
	Lise	58	18,5 (16, 22)		
	Ön lisans	7	20 (19, 23)		
	Lisans	26	19,5 (18, 21)		
	Lisansüstü	11	16 (13, 21)		
Meslek	Memur	12	19,5 (16, 21,5)	^b χ ² =0,433	p=0,980
	İşçi	35	19 (16, 22)		
	Emekli	168	19 (17, 22)		
	Ev hanımı	90	18,5 (17, 21)		
	Diğer	69	19 (16, 22)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	18,64±3,97	^a t=0,768	p=0,443
	Çalışıyor	98	18,29±3,86		
Sosyal güvence	SGK	313	18,68±3,88	^b χ ² =6,853	p=0,144
	Emekli sandığı	20	17 (13, 20,5)		
	Bağ-kur	23	19 (17, 21)		
	Özel sigorta	2	12,5 (12, 13)		
	Yok	16	19,5 (17,5, 22)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	18,43±3,92	^c F=1,479	p=0,229
	Gelir gidere denk	169	18,86±3,88		
	Gelir giderden fazla	41	17,73±4,19		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ "hastalığı anlayabilme" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; medeni durum puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum ile "hastalığı anlayabilme" alt puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Hastalığı anlayabilme	
	r	p
Yaş	-0,033	0,530
Tedavi süresi (yıl)	-0,113	0,029*
İlaç kullanım sıklığı	0,115	0,026*
Günlük ilaç sayısı	0,169	0,354
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,092	0,139
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,067	0,432
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,053	0,533
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,009	0,956

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Hastalığı anlayabilme Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	18,74±3,89	^a t=-1,311	p=0,190
	Yok	124	18,17±4,03		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	18,68±3,92	^a t=-2,196	p=0,029*
	Bilgisi yok	32	17,09±3,86		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	19 (17, 22)	^b χ ² =0,649	p=0,723
	Hemşire	40	19 (17, 22)		
	İnternet/Diğer	9	19 (16, 20)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	18,63±4,01	^a t=-0,650	p=0,516
	Yok	96	18,32±3,75		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	19 (17, 22)	^d z=-0,039	p=0,969
	Kullanmıyor	19	20 (14, 22)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	18,62±3,84	^a t=0,042	p=0,967
	Gitmiyor	81	18,64±4,3		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	18,42±3,94	^a t=-0,794	p=0,428
	Kullanıyor	140	18,76±3,93		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	18,57±3,93	^a t=0,296	p=0,767
	Kullanıyor	38	18,37±4,06		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	18,68±3,86	^a t=-0,919	p=0,359
	Yok	126	18,29±4,09		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	18,25±3,94	^a t=-1,518	p=0,130
	Var	183	18,86±3,92		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	18,5±3,99	^a t=-0,260	p=0,795
	Var	179	18,6±3,89		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonnklar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "hastalığı anlayabilme" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı ve kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün)sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp

hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "hastalığı anlayabilme" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Döngüsel) Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Süre (döngüsel) Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	12,23±4,1	^a t=-0,657	p=0,512
	Erkek	251	12,52±4,05		
Medeni durum	Evli	297	12,53±4,01	^a t=0,966	p=0,334
	Bekar	77	12,03±4,28		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	14 (9, 16)	^b χ ² =6,131	p=0,409
	İlkokul	180	12 (9, 15)		
	Ortaokul	46	13,5 (10, 16)		
	Lise	58	13 (9, 16)		
	Ön lisans	7	14 (13, 18)		
	Lisans	26	12,5 (10, 15)		
	Lisansüstü	11	11 (10, 17)		
Meslek	Memur	12	14,5 (12, 16)	^b χ ² =3,511	p=0,476
	İşçi	35	13 (9, 16)		
	Emekli	168	13 (9, 16)		
	Ev hanımı	90	13 (9, 15)		
	Diğer	69	12 (9, 15)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	12,45±4,22	^a t=0,206	p=0,837
	Çalışıyor	98	12,36±3,63		
Sosyal güvence	SGK	313	12,49±4,12	^b χ ² =2,852	p=0,583
	Emekli sandığı	20	12,5 (10, 14,5)		
	Bağ-kur	23	12 (9, 14)		
	Özel sigorta	2	8,5 (7, 10)		
	Yok	16	14 (8,5, 16)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	12,24±4,33	^c F=0,587	p=0,557
	Gelir gidere denk	169	12,67±3,85		
	Gelir giderden fazla	41	12,15±3,88		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "süre (döngüsel)" alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; ekonomik durum, sosyal güvence, çalışma durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum ve meslek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (döngüsel) Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Süre (döngüsel)	
	r	p
Yaş	0,090	0,083
Tedavi süresi (yıl)	-0,136	0,008*
İlaç kullanım sıklığı	0,132	0,010*
Günlük ilaç sayısı	0,072	0,695
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,003	0,965
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,270	0,001*
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,074	0,382
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,068	0,684

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Süre (döngüsel) Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	12,68±4,04	^a t=-1,725	p=0,085
	Yok	124	11,91±4,08		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	12,41±4,1	^a t=0,45	p=0,807
	Bilgisi yok	32	12,59±3,76		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	13 (9, 15)	^b χ ² =1,420	p=0,492
	Hemşire	40	11,5 (8, 16)		
	İnternet/Diğer	9	11 (9, 14)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	12,71±4,06	^a t=-2,307	p=0,022*
	Yok	96	11,6±3,99		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	13 (10, 16)	^d z=-0,655	p=0,512
	Kullanmıyor	19	14 (9, 16)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	12,61±4,17	^a t=0,852	p=0,395
	Gitmiyor	81	13,06±3,81		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	12,11±3,98	^a t=-1,964	p=0,049*
	Kullanıyor	140	12,96±4,17		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	12,43±4,13	^a t=0,007	p=0,994
	Kullanıyor	38	12,42±3,53		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	12,36±4	^a t=0,415	p=0,679
	Yok	126	12,55±4,2		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	12,38±4,23	^a t=-0,234	p=0,815
	Var	183	12,48±3,9		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	12,4±4,09	^a t=-0,125	p=0,901
	Var	179	12,45±4,06		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonnular medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "süre (döngüsel)" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanım süresi, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve sigara kullanma durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "süre (döngüsel)" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Temsiller Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Duygusal temsiller Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	20,87±4,47	^a t=0,918	p=0,359
	Erkek	251	20,39±4,81		
Medeni durum	Evli	297	20,58±4,76	^a t=0,201	p=0,841
	Bekar	77	20,45±4,48		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	21,5 (18,24)	^b χ ² =0,382	p=0,999
	İlkokul	180	20,5 (18,24)		
	Ortaokul	46	20 (16,24)		
	Lise	58	21 (18,23)		
	Ön lisans	7	22 (15,26)		
	Lisans	26	21,5 (18,24)		
	Lisansüstü	11	21 (18,24)		
Meslek	Memur	12	20 (14,5,25)	^b χ ² =1,383	p=0,847
	İşçi	35	20 (16,24)		
	Emekli	168	22 (18,24)		
	Ev hanımı	90	21 (18,23)		
	Diğer	69	20 (18,24)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	20,65±4,77	^a t=0,674	p=0,501
	Çalışıyor	98	20,28±4,53		
Sosyal güvence	SGK	313	20,63±4,73	^b χ ² =1,358	p=0,851
	Emekli sandığı	20	20,5 (15,5,23)		
	Bağ-kur	23	20 (18,23)		
	Özel sigorta	2	20 (18,22)		
	Yok	16	20,5 (19,5,23,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	20,73±4,59	^c F=0,227	p=0,797
	Gelir gidere denk	169	20,38±4,75		
	Gelir giderden fazla	41	20,51±5,03		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "duygusal temsiller" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; ekonomik durum, sosyal güvence, çalışma durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum ve meslek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Temsiller Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Duygusal temsiller	
	r	p
Yaş	0,055	0,289
Tedavi süresi (yıl)	-0,043	0,405
İlaç kullanım sıklığı	0,033	0,529
Günlük ilaç sayısı	-0,164	0,368
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,071	0,254
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,142	0,095
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,104	0,220
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,103	0,540

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Duygusal temsiller Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	20,84±4,77	^a t=-1,717	p=0,087
	Yok	124	19,96±4,53		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	20,57±4,74	^a t=-0,299	p=0,765
	Bilgisi yok	32	20,31±4,37		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	21 (18,24)	^b χ ² =3,958	p=0,138
	Hemşire	40	20 (18,22,5)		
	İnternet/Diğer	9	19 (16,21)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	20,56±4,8	^a t=-0,047	p=0,962
	Yok	96	20,53±4,42		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	21 (18,24)	^d z=-1,490	p=0,136
	Kullanmıyor	19	22 (20,25)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	20,3±4,91	^a t=1,502	p=0,134
	Gitmiyor	81	21,25±4,46		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	20,47±4,65	^a t=-0,406	p=0,685
	Kullanıyor	140	20,68±4,81		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	20,5±4,65	^a t=-0,584	p=0,559
	Kullanıyor	38	20,97±5,19		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	20,66±4,92	^a t=-0,637	p=0,525
	Yok	126	20,33±4,25		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	20,43±4,59	^a t=-0,488	p=0,626
	Var	183	20,67±4,83		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	20,22±4,8	^a t=-1,442	p=0,150
	Var	179	20,92±4,58		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonnular medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile

HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "duygusal temsiller" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Psikolojik Atıflar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Psikolojik atıflar Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	16,85±4,31	^a t=1,935	p=0,054
	Erkek	251	15,9±4,47		
Medeni durum	Evli	297	16,12±4,44	^a t=-0,764	p=0,445
	Bekar	77	16,56±4,43		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	15 (11, 20)	^b χ ² =2,290	p=0,891
	İlkokul	180	17 (14, 19)		
	Ortaokul	46	16 (13, 19)		
	Lise	58	15,5 (13, 20)		
	Ön lisans	7	16 (13, 17)		
	Lisans	26	15,5 (14, 19)		
	Lisansüstü	11	17 (13, 20)		
Meslek	Memur	12	17 (13,5, 21,5)	^b χ ² =3,838	p=0,428
	İşçi	35	17 (12, 19)		
	Emekli	168	16 (13, 19)		
	Ev hanımı	90	17 (14, 20)		
	Diğer	69	16 (14, 19)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	16,03±4,55	^a t=-1,328	p=0,185
	Çalışıyor	98	16,72±4,07		
Sosyal güvence	SGK	313	16,26±4,41	^b χ ² =2,227	p=0,694
	Emekli sandığı	20	15,5 (12, 22)		
	Bağ-kur	23	16 (13, 19)		
	Özel sigorta	2	13 (12, 14)		
	Yok	16	14,5 (11,5, 18,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	15,91±3,95	^c F=1,060	p=0,348
	Gelir gidere denk	169	16,31±5		
	Gelir giderden fazla	41	17±3,72		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri "psikolojik atıflar" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Psikolojik Atıflar Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Psikolojik atıflar	
	r	p
Yaş	-0,122	0,018*
Tedavi süresi (yıl)	0,022	0,673
İlaç kullanım sıklığı	-0,011	0,825
Günlük ilaç sayısı	-0,231	0,203
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,042	0,496
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,128	0,131
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,105	0,218
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,156	0,350

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Psikolojik atıflar Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	16,3±4,2	^a t=-0,530	p=0,597
	Yok	124	16,03±4,89		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	16,17±4,39	^a t=0,631	p=0,528
	Bilgisi yok	32	16,69±5		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	16 (14, 19)	^b χ ² =6,543	p=0,038*
	Hemşire	40	14 (10, 19)		
	İnternet/Diğer	9	14 (12, 16)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	16,22±4,36	^a t=-0,041	p=0,967
	Yok	96	16,2±4,68		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	16 (14, 19)	^d z=-0,209	p=0,834
	Kullanmıyor	19	16 (13, 23)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	15,93±4,29	^a t=1,573	p=0,117
	Gitmiyor	81	16,83±4,51		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	15,98±4,5	^a t=-1,327	p=0,185
	Kullanıyor	140	16,61±4,31		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	16,12±4,5	^a t=-1,269	p=0,205
	Kullanıyor	38	17,08±3,75		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	16,25±4,39	^a t=-0,196	p=0,845
	Yok	126	16,15±4,54		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	16,04±4,42	^a t=-0,789	p=0,431
	Var	183	16,4±4,46		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	16,42±4,61	^a t=0,917	p=0,360
	Var	179	15,99±4,24		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri "psikolojik atıflar" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık

varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık nedenleri "psikolojik atıflar" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Risk Faktörleri Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Risk faktörleri Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	17,8±4,02	^a t=-2,385	p=0,018*
	Erkek	251	18,94±4,93		
Medeni durum	Evli	297	18,47±4,48	^a t=-0,694	p=0,489
	Bekar	77	18,94±5,36		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	17 (13, 19)	^b χ ² =12,944	p=0,044*
	İlkokul	180	19 (16, 22)		
	Ortaokul	46	20 (16, 23)		
	Lise	58	18 (15, 22)		
	Ön lisans	7	18 (15, 20)		
	Lisans	26	18 (15, 23)		
	Lisansüstü	11	18 (17, 21)		
Meslek	Memur	12	18 (16, 22,5)	^b χ ² =4,166	p=0,384
	İşçi	35	18 (15, 22)		
	Emekli	168	18 (15,5, 22)		
	Ev hanımı	90	18 (15, 20)		
	Diğer	69	19 (16, 23)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	18,19±4,68	^a t=-2,643	p=0,009*
	Çalışıyor	98	19,63±4,5		
Sosyal güvence	SGK	313	18,66±4,65	^b χ ² =2,971	p=0,563
	Emekli sandığı	20	17,5 (14,5, 22,5)		
	Bağ-kur	23	17 (15, 22)		
	Özel sigorta	2	13 (8, 18)		
	Yok	16	19,5 (14,5, 22,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	18,27±4,52	^c F=1,192	p=0,305
	Gelir gidere denk	169	18,63±4,77		
	Gelir giderden fazla	41	19,51±4,87		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonnlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS’li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri "risk faktörleri" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma durumu, eğitim düzeyi ve cinsiyet ile risk faktörleri boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların ekonomik durum, meslek, medeni durum, sosyal güvence ile hastalık "risk faktörleri" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 25. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Risk Faktörleri Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Risk faktörleri	
	r	p
Yaş	-0,038	0,461
Tedavi süresi (yıl)	-0,184	<0,001*
İlaç kullanım sıklığı	0,186	<0,001*
Günlük ilaç sayısı	-0,195	0,284
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,109	0,080
Sigara kullanım süresi (yıl)	0,022	0,794
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,099	0,245
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,001	0,998

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Risk faktörleri Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	18,97±4,51	^a t=-2,380	p=0,018*
	Yok	124	17,76±4,9		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	18,59±4,71	^a t=-0,246	p=0,806
	Bilgisi yok	32	18,38±4,34		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	19 (16, 22)	^b χ ² =9,938	p=0,007*
	Hemşire	40	17 (14,5, 18,5)		
	İnternet/Diğer	9	18 (14, 21)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	18,81±4,64	^a t=-1,693	p=0,091
	Yok	96	17,88±4,73		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	19 (16, 22)	^d z=-1,150	p=0,250
	Kullanmıyor	19	21 (16, 24)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	18,33±4,5	^a t=2,977	p=0,003*
	Gitmiyor	81	20,12±4,76		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	17,22±4,29	^a t=-7,788	p<0,001*
	Kullanıyor	140	20,83±4,42		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	18,09±4,45	^a t=-6,241	p<0,001*
	Kullanıyor	38	22,84±4,49		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	19,63±4,54	^a t=-6,508	p<0,001*
	Yok	126	16,48±4,22		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	17,39±4,33	^a t=-5,142	p<0,001*
	Var	183	19,8±4,71		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	17,75±4,5	^a t=-3,602	p<0,001*
	Var	179	19,46±4,71		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri "risk faktörleri" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi

aldığı, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve ilaçları düzenli kullanma durumu ile HAÖ hastalık nedenleri "risk faktörleri" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Bağışıklık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Bağışıklık Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	6,27±2,21	$t=-1,049$	$p=0,295$
	Erkek	251	6,53±2,34		
Medeni durum	Evli	297	6,35±2,25	$t=-1,538$	$p=0,125$
	Bekar	77	6,81±2,48		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	6 (4, 8)	$\chi^2=8,451$	$p=0,207$
	İlkokul	180	6 (5, 8)		
	Ortaokul	46	6 (5, 8)		
	Lise	58	7 (5, 8)		
	Ön lisans	7	5 (5, 7)		
	Lisans	26	6 (6, 7)		
	Lisansüstü	11	8 (6, 10)		
Meslek	Memur	12	7 (5,5, 8,5)	$\chi^2=1,439$	$p=0,837$
	İşçi	35	6 (5, 8)		
	Emekli	168	6 (5, 8)		
	Ev hanımı	90	6 (5, 8)		
	Diğer	69	6 (5, 8)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	6,41±2,27	$t=-0,523$	$p=0,601$
	Çalışıyor	98	6,55±2,39		
Sosyal güvence	SGK	313	6,46±2,27	$\chi^2=1,800$	$p=0,773$
	Emekli sandığı	20	6 (4, 8,5)		
	Bağ-kur	23	6 (5, 8)		
	Özel sigorta	2	6 (5, 7)		
	Yok	16	5 (4, 7,5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	6,36±2,19	$F=1,995$	$p=0,137$
	Gelir gidere denk	169	6,37±2,27		
	Gelir giderden fazla	41	7,12±2,78		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonnular medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri "bağışıklık" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; ekonomik durum, sosyal güvence, çalışma durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum ve meslek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Bağışıklık Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Bağışıklık	
	r	p
Yaş	0,009	0,860
Tedavi süresi (yıl)	-0,037	0,480
İlaç kullanım sıklığı	0,038	0,465
Günlük ilaç sayısı	0,275	0,128
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,039	0,529
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,055	0,518
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,056	0,512
Alkol kullanım süresi (yıl)	-0,230	0,165

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Bağışıklık Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	6,64±2,23	^a t=-2,371	p=0,018*
	Yok	124	6,05±2,4		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	6,47±2,32	^a t=-0,585	p=0,559
	Bilgisi yok	32	6,22±2,07		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	6 (5, 8)	^b χ ² =10,987	p=0,004*
	Hemşire	40	5,5 (4, 6)		
	İnternet/Diğer	9	7 (5, 9)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	6,61±2,33	^a t=-2,322	p=0,021*
	Yok	96	5,98±2,15		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	6 (5, 8)	^d z=-1,827	p=0,068
	Kullanmıyor	19	8 (5, 10)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	6,42±2,26	^a t=1,794	p=0,074
	Gitmiyor	81	6,96±2,47		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	6,48±2,44	^a t=0,395	p=0,693
	Kullanıyor	140	6,39±2,05		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	6,37±2,27	^a t=-2,019	p=0,044*
	Kullanıyor	38	7,16±2,49		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	6,44±2,31	^a t=0,035	p=0,972
	Yok	126	6,45±2,3		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	6,39±2,23	^a t=-0,507	p=0,613
	Var	183	6,51±2,38		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	6,51±2,25	^a t=0,536	p=0,592
	Var	179	6,38±2,36		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri "bağışıklık" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve alkol kullanma durumu puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık nedenleri "bağımsızlık" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 28. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kaza/Şans Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Kaza/Şans Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	3,92±1,5	^a t=-0,742	p=0,459
	Erkek	251	4,05±1,62		
Medeni durum	Evli	297	4,04±1,56	^a t=0,842	p=0,400
	Bekar	77	3,87±1,67		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	3 (2, 5)	^b χ ² =4,045	p=0,671
	İlkokul	180	4 (3, 5)		
	Ortaokul	46	4 (2, 6)		
	Lise	58	4 (3, 5)		
	Ön lisans	7	4 (3, 4)		
	Lisans	26	4 (3, 6)		
	Lisansüstü	11	4 (3, 4)		
Meslek	Memur	12	4 (3, 5)	^b χ ² =1,691	p=0,792
	İşçi	35	4 (3, 5)		
	Emekli	168	4 (3, 5)		
	Ev hanımı	90	4 (3, 5)		
	Diğer	69	4 (2, 5)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	3,99±1,58	^a t=-0,407	p=0,684
	Çalışıyor	98	4,06±1,58		
Sosyal güvence	SGK	313	4,04±1,54	^b χ ² =2,320	p=0,677
	Emekli sandığı	20	4 (2, 5)		
	Bağ-kur	23	4 (2, 5)		
	Özel sigorta	2	3 (2, 4)		
	Yok	16	3,5 (2,5, 5)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	3,96±1,58	^c F=1,368	p=0,256
	Gelir gidere denk	169	3,96±1,55		
	Gelir giderden fazla	41	4,39±1,69		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri "kaza/şans" alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; ekonomik durum, sosyal güvence, çalışma durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum ve meslek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 29. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Hastalık Algısı Ölçeği Kaza/Şans Alt Boyutu Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Kaza/Şans	
	r	p
Yaş	-0,100	0,053
Tedavi süresi (yıl)	-0,063	0,225
İlaç kullanım sıklığı	0,065	0,212
Günlük ilaç sayısı	-0,277	0,125
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,114	0,065
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,090	0,291
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	0,009	0,920
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,005	0,975

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Kaza/Şans Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	4,08±1,57	^a t=-1,368	p=0,172
	Yok	124	3,85±1,59		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	4,03±1,6	^a t=-1,073	p=0,284
	Bilgisi yok	32	3,72±1,35		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	4 (3, 5)	^b χ ² =0,772	p=0,680
	Hemşire	40	4 (2, 6)		
	İnternet/Diğer	9	4 (2, 4)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	4,05±1,61	^a t=-0,937	p=0,349
	Yok	96	3,88±1,5		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	4 (3, 5)	^d z=-1,084	p=0,279
	Kullanmıyor	19	4 (3, 6)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	4,03±1,57	^a t=0,641	p=0,522
	Gitmiyor	81	4,16±1,69		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	3,98±1,59	^a t=-0,422	p=0,673
	Kullanıyor	140	4,05±1,57		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	3,97±1,58	^a t=-1,170	p=0,243
	Kullanıyor	38	4,29±1,61		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	3,99±1,57	^a t=0,299	p=0,765
	Yok	126	4,04±1,61		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	3,99±1,58	^a t=-0,132	p=0,895
	Var	183	4,02±1,59		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	4,07±1,54	^a t=0,848	p=0,397
	Var	179	3,93±1,63		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonnular medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile

HAÖ hastalık nedenleri "kaza/şans" alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 30. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Durumluk kaygı Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	51,65±11,06	^a t=2,899	p=0,004*
	Erkek	251	47,95±11,86		
Medeni durum	Evli	297	49,67±11,92	^a t=1,649	p=0,100
	Bekar	77	47,21±10,76		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	49 (43, 65)	^b χ ² =4,122	p=0,660
	İlkokul	180	49 (39,5, 56,5)		
	Ortaokul	46	48,5 (38, 53)		
	Lise	58	49 (40, 56)		
	Ön lisans	7	47 (45, 54)		
	Lisans	26	47,5 (39, 61)		
	Lisansüstü	11	52 (41, 56)		
Meslek	Memur	12	50 (41,5, 64,5)	^b χ ² =7,469	p=0,113
	İşçi	35	45 (39, 55)		
	Emekli	168	48 (39, 56)		
	Ev hanımı	90	51,5 (45, 58)		
	Diğer	69	49 (40, 60)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	48,91±11,44	^a t=-0,720	p=0,472
	Çalışıyor	98	49,9±12,49		
Sosyal güvence	SGK	313	49,56±11,77	^b χ ² =4,571	p=0,334
	Emekli sandığı	20	46 (38,5, 50,5)		
	Bağ-kur	23	49 (35, 59)		
	Özel sigorta	2	41,5 (37, 46)		
	Yok	16	45 (42, 54)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	48,87±11,23	^c F=0,611	p=0,543
	Gelir gidere denk	169	49,8±12,04		
	Gelir giderden fazla	41	47,73±12,37		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; "cinsiyet" puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

AKS'li hastaların medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 31. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Durumluk kaygı	
	r	p
Yaş	-0,085	0,102
Tedavi süresi (yıl)	0,096	0,064
İlaç kullanım sıklığı	-0,092	0,076
Günlük ilaç sayısı	0,133	0,467
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,054	0,388
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,053	0,533
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,224	0,008*
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,213	0,200

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır, *p<0,05

		n	Durumluk kaygı Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	49,73±11,1	^a t=-1,265	p=0,207
	Yok	124	48,02±12,85		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	48,97±11,94	^a t=1,068	p=0,286
	Bilgisi yok	32	51,28±8,85		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	48 (39, 57)	^b χ ² =2,699	p=0,259
	Hemşire	40	53 (43, 58,5)		
	İnternet/Diğer	9	50 (35, 51)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	48,68±11,24	^a t=1,276	p=0,204
	Yok	96	50,57±12,95		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	49 (39, 56)	^d z=-0,831	p=0,406
	Kullanmıyor	19	49 (45, 54)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	48,57±11,42	^a t=0,493	p=0,623
	Gitmiyor	81	49,3±10,87		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	49,29±11,19	^a t=0,266	p=0,790
	Kullanıyor	140	48,96±12,59		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	49,49±11,73	^a t=1,615	p=0,107
	Kullanıyor	38	46,26±11,37		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	48,44±12,04	^a t=1,686	p=0,093
	Yok	126	50,6±10,96		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	49,13±11,13	^a t=-0,059	p=0,953
	Var	183	49,2±12,33		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	50,21±11,63	^a t=1,805	p=0,072
	Var	179	48,03±11,74		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonnulmlar medyan (birinci u00e7eyreklik, u00fcncu u00e7eyreklik) Şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin u00fzellikleri ile durumluk kaygı u00flegeği puan ortalamalarına bakıldığında; alkol kullanımı (kadeh/gu00fcn) puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, tedavi suresi, ila0 kullanımı sıklığı, gu00nluk ila0 sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım suresi, alkol kullanım suresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, srekli kullandığı

ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 31).

Tablo 32. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=374)

		n	Sürekli kaygı Ort±Ss	Test	p
Cinsiyet	Kadın	123	50,21±9,66	^a t=3,895	p<0,001*
	Erkek	251	46,21±9,16		
Medeni durum	Evli	297	47,82±9,58	^a t=1,165	p=0,245
	Bekar	77	46,4±9,17		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	46	53,5 (45, 57)	^b χ ² =13,145	p=0,041*
	İlkokul	180	48 (40, 55)		
	Ortaokul	46	48,5 (39, 55)		
	Lise	58	46 (39, 53)		
	Ön lisans	7	47 (43, 51)		
	Lisans	26	45 (39, 50)		
	Lisansüstü	11	49 (37, 51)		
Meslek	Memur	12	49,5 (42,5, 51)	^b χ ² =15,783	p=0,003*
	İşçi	35	43 (39, 51)		
	Emekli	168	45,5 (40, 52)		
	Ev hanımı	90	51 (45, 57)		
	Diğer	69	46 (39, 55)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	276	47,77±9,36	^a t=0,824	p=0,411
	Çalışıyor	98	46,85±9,94		
Sosyal güvence	SGK	313	47,96±9,53	^b χ ² =8,079	p=0,089
	Emekli sandığı	20	48 (41, 51)		
	Bağ-kur	23	48 (40, 56)		
	Özel sigorta	2	37 (37, 37)		
	Yok	16	40,5 (37,5, 50)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	164	47,51±8,99	^c F=0,493	p=0,611
	Gelir gidere denk	169	47,86±10,19		
	Gelir giderden fazla	41	46,22±8,67		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^cTek yönlü varyans analizi

‡Sonnulçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; meslek, eğitim düzeyi ve cinsiyet puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

AKS'li hastaların medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo 33. Hastalığa İlişkin Özellikler ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Sürekli kaygı	
	r	p
Yaş	0,066	0,201
Tedavi süresi (yıl)	0,033	0,521
İlaç kullanım sıklığı	-0,022	0,673
Günlük ilaç sayısı	0,251	0,165
Sigara kullanımı (adet/gün)	0,064	0,305
Sigara kullanım süresi (yıl)	-0,059	0,488
Alkol kullanımı (kadeh/gün)	-0,104	0,220
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,162	0,331

Yaş değişkeni için Pearson korelasyon analizi, diğer değişkenler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

		n	Sürekli kaygı Ort±Ss	Test	p
Kronik hastalık varlığı	Var	250	48,26±9,34	^a t=-2,116	p=0,035*
	Yok	124	46,06±9,69		
Kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu	Bilgisi var	342	47,32±9,59	^a t=1,346	p=0,179
	Bilgisi yok	32	49,69±8,4		
Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı	Hekim	293	47 (40, 55)	^b χ ² =1,162	p=0,559
	Hemşire	40	53 (43, 58,5)		
	İnternet/Diğer	9	50 (35, 50)		
Sürekli kullandığı ilaç varlığı	Var	278	47,65±9,06	^a t=-0,396	p=0,693
	Yok	96	47,17±10,74		
İlaçları düzenli kullanma durumu	Kullanıyor	259	48 (41, 55)	^d z=-0,546	p=0,585
	Kullanmıyor	19	50 (40, 56)		
Hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu	Gidiyor	200	47,35±8,99	^a t=0,874	p=0,383
	Gitmiyor	81	48,4±9,31		
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	234	48,12±9,51	^a t=1,574	p=0,116
	Kullanıyor	140	46,53±9,45		
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	336	47,57±9,54	^a t=0,252	p=0,801
	Kullanıyor	38	47,16±9,34		
Ailede kalp hastalığı varlığı	Var	248	47,44±9,68	^a t=0,249	p=0,804
	Yok	126	47,7±9,19		
Ailede anjiyo deneyimi	Yok	191	47,73±8,77	^a t=0,427	p=0,670
	Var	183	47,31±10,24		
Ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı	Yok	195	47,49±9,54	^a t=-0,084	p=0,933
	Var	179	47,57±9,49		

^aBağımsız gruplar t testi

^bKruskal-Wallis test

^dMann-Whitney U test

‡Sonnular medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur, *p<0,05

Çalışmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; kronik hastalık varlığı puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı

ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 33).

Tablo 34. Hastalık Algısı Ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Durumluk kaygı		Sürekli kaygı	
	r	p	r	p
Kimlik	0,034	0,518	0,121	0,019*
Süre (akut/kronik)	0,071	0,168	0,017	0,740
Sonuçlar	0,159	0,002*	0,175	0,001*
Kişisel kontrol	0,134	0,009*	0,096	0,065
Tedavi kontrolü	0,131	0,011*	0,043	0,404
Hastalığı anlayabilme	0,234	<0,001*	0,176	0,001*
Süre (döngüsel)	0,081	0,119	0,112	0,031*
Duygusal temsiller	0,298	<0,001*	0,381	<0,001*
Psikolojik atıflar	0,217	<0,001*	0,332	<0,001*
Risk faktörleri	0,054	0,296	0,127	0,014*
Bağıışıklık	-0,102	0,049*	0,092	0,076
Kaza/Şans	0,045	0,383	0,009	0,858

Pearson korelasyon analizi

* $p<0,05$

Hastaların HAÖ alt boyutları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların HAÖ boyutlarından "kimlik" boyutu ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların HAÖ alt boyutlarından “psikolojik atıflar”, “sonuçlar”, “tedavi kontrolü”, “kişisel kontrol”, “hastalığı anlayabilme” ve “duygusal temsiller” ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların HAÖ boyutlarından "kimlik" boyutu ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların HAÖ alt boyutlarından "sonuçlar", "psikolojik atıflar", "süre (döngüsel) ", "hastalığı anlayabilme", "duygusal temsiller" ve "risk faktörleri" ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür bilgileri ile karşılaştırılmış ve bu doğrultuda tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri ile İlgili Bilgilerin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların %67,1'i erkek ve 60.67 ± 13.06 yaş olarak belirlenmiştir. Karabulut (2018) yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğu erkek ve 56-70 yaş aralığındadır. Köseoğlu ve Enç'in (2016) çalışmalarında hastaların yaş ortalaması 67.32 ± 12.05 ve %53,3'ü erkek olduğu görülmektedir. Astin ve ark. (2008) çalışmalarında hastaların yaş ortalaması 60 ve %59'u erkek olarak belirtilmiştir (110-112). Koroner arter hastalığında cinsiyet ve yaş en önemli risk faktörlerindendir. KAH prevalansı ve insidansı yaşla doğru orantılı bir şekilde artar. Hastalığın erkeklerde daha fazla görülme sebebi; östrojen hormonunun kadınlarda hastalığa karşı koruyucu etkisinin olması ve erkeklerin kadınlara göre çok fazla sigara içmesidir (113).

Hastaların çoğunluğunun evli, ilköğretim mezunu olduğu, emekli ve çalışmadığı tespit edilmiştir. Kahyaoğlu Süt'ün (2009) çalışmasında hastaların %86,9'unun evli, %70,5'inin ilköğretim mezunu ve %66,4'ünün emekli olduğu belirtilmiştir (8). Chen ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada hastaların %64'ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir (114). Köseoğlu ve Enç'in (2016) çalışmalarında %52,8'inin ilköğretim mezunu olması ve hastaların %63,9'unun evli olması bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (110). Araştırmada hastaların çoğunluğunun (%44,9) emekli ve (%73,8) çalışmamasının nedeni olarak yüksek yaş ortalaması ile ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %83,7'si SGK güvencesine sahip olduğu, %45,2'sinin sosyoekonomik durumu gelir gidere denk olduğu görülmektedir. Öksüz'ün (2018) yaptığı çalışmada hastaların %68,52'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu görülmektedir (115). Karadağ'ın (2013) yaptığı çalışmada hastaların %71,3'ü SGK güvencesine sahip olduğu, %65'nin ise sosyoekonomik durumunun gelir gidere denk olduğu belirtilmiştir (116). Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık bakım hizmetleri yüksek maddiyat gerektiğinden vatandaşlara sosyal güvenceyi zorunlu

kılmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, ilaç tedavileri ve ameliyat giderlerinin yüksek olmasından dolayı bakımlarını karşılayamadıkları düşünülmüştür. Bu nedenle ülkemizde sosyal güvence olanların bakım ve tedavileri için müracaat edebildiklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tedavi süreleri ortalama $3,60 \pm 6,08$ yıl olup hastaların %66,8'inin kronik hastalığa sahip olduğu, %91,4'ünün kalp hastalığı konusunda bilgisinin olduğunu ve %85,7'si bu bilgiyi hekimden aldığını belirtmiştir. Tekin'in (2016) yaptığı çalışmada hastaların %41'i, 72 ay ve üzeri süredir hastalığa sahip olduğu, hastaların %68'inin kronik hastalığının olduğu, %86'sının hastalığı ile ilgili bilgi aldığı ve %83'ünün bu bilgiyi hekimden aldığını belirtmesi bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (117).

Çalışmamızda hastaların %74,3'ünün sürekli ilaç kullandığı, %93,2'sinin ilaçlarını düzenli bir şekilde aldığı, ilaç kullanım sıklığı ortalama $1,13 \pm 0,34$, günlük kullandıkları ilaç sayısı ortalama $4,45 \pm 2,59$ 'dur. Hastaların %71,2'sinin hastalığıyla ilgili düzenli kontrollere gittiği görülmektedir. Sakman'ın (2019) yaptığı çalışmada %98,2'si sürekli ilaç kullandıkları, Bayülgen ve Altıok'un (2017) çalışmalarında hastaların %83'ünün düzenli bir şekilde ilaç kullandığı, Karabulut'un (2018) çalışmasında hastaların iki kez sıklıkla ve 4-6 tane ilaç kullandığı ve %87'sinin düzenli kontrollere gittiği belirtilmiştir (111,113,118). Hastaların çoğunda diğer kronik hastalıkların bulunması ilaçlarının sayısına paralel gittiği ile açıklanabilir. Hekim ve hemşirelerin hasta ve yakınlarına hastalıkları hakkında, ilaçlarının düzeni, sıklığı hakkında ve kullanmadıklarında oluşacak olumsuz durumlar hakkında bilgi vermesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %37,4'ün sigara kullandığı, günde ortalama $19,28 \pm 9,72$ adet sigara içtiklerini ve ortalama $33,12 \pm 12,12$ yıldır sigara kullandıklarını belirtmiştir. %10,2'si (n=38) alkol kullandıklarını, günde ortalama $2,63 \pm 1,65$ kadeh içtiklerini ve ortalama $25,29 \pm 12,02$ yıldır alkol kullandıkları tespit edilmiştir. Bayülgen ve Altıok'un (2017) çalışmalarında hastaların %24'ünün sigara kullandığı, %22'sinin de alkol kullandığı görülmüştür (113). Sakman'ın (2019) yaptığı çalışmada %19,6'sının sigara içtiği, Sevinç ve Eşer (2011) çalışmalarında hastaların %20,7'sinin alkol kullandığı tespit edilmiştir (118,119). Hemşirenin hastalara sigara ve alkol hakkında vereceği eğitim AKS tedavisi sonrasında hastaların sağlığı için büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan akut koroner sendrom tanılı hastaların çoğunluğunun ailesinde kalp hastalığı olduğunu, %48,9'unun ailesinde anjiyo olan bir bireyin olduğu, %47,9'unun da ailesinde kalp hastalığı nedeniyle ölen birinin olduğu görülmektedir. Vardar Yağlı ve ark. (2015) çalışmalarında hastaların %60'ının ailesinde kalp hastalığı bulunduğu, Sevinç ve ark. (2018) çalışmalarında hastaların %32,2'sinde aile öyküsü olduğu belirtilmiştir. Stafford ve ark. (2008) çalışmalarında hastaların %74'ünde ailesinde koroner arter hastalığı olduğu görülmektedir. Tunç'un (2019) yaptığı çalışmada hastaların %52,9'unun ailesinde koroner anjiyografi işlemi uygulanan kişilerin olduğu belirtilmiştir (11,49,120,121). İşcan Ayyıldız'ın (2016) çalışmasında hastaların %25,9'unda ailesinde hipertansiyona bağlı sakatlık/ ölüm olduğu tespit edilmiştir (9).

5.2. Hastalık Algısı Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Tartışılması

Araştırmaya katılan akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ölçeği kimlik boyutuna bakıldığında; hastaların en çok ağrı belirtisi yaşadığı (%84,8) ve ağrı belirtisi yaşayan kişilerin çoğunluğu (%84,2) bu belirtinin hastalığıyla ilgili olduğunu belirtmiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Karadağ'ın (2013) yaptığı çalışmada hastaların %15,6'sı ağrı belirtisi yaşadığını ve ağrı belirtisi yaşayan bireylerin %10,6'sı bu belirtiyi hastalığıyla ilgili olduğunu belirtmiştir (116). Çalışmamızda hastaların literatürle uyum göstermeme sebebi kalp hastalarının kalple ilgili yaşayacakları ilk belirtinin göğüs ağrısı ve bu ağrıyı direk kalple ilgili olduklarını düşünmeleriyle bu durum açıklanabilir.

Araştırmaya katılan akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı puan ortalamalarına bakıldığında; hasta olan kişilerin hastalığına yönelik belirti ortalaması 4.27 ± 2.35 olarak bulunmuştur. Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların hastalığına yönelik 2.69 ± 1.68 semptom algıladıkları, İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada ise hastaların hastalığına yönelik 3.17 ± 2.16 semptom algıladıkları tespit edilmiştir (9,122). Çalışmaya katılan hastaların hastalık semptom puan ortalamaları normalin altında bulunmuştur. Hastaların AKS'nin tanı, tedavi sürecini bilmediği ve hastaların kısa süreli bu belirtiyi yaşamasından kaynaklandığı ile açıklanabilir.

Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri boyutuna bakıldığında kişisel kontrol alt boyut puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Astin ve ark. (2009) ve Şefikoğulları'nın (2018) yapmış oldukları araştırmada hastalık hakkındaki görüşleri boyutuna bakıldığında kişisel kontrol alt boyut puan ortalamasının en yüksek olduğu

tespit edilmiştir (122,123). İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada ise kişisel kontrol alt boyut puan ortalamasının 21.59 ± 3.22 olduğu tespit edilmiştir (9). Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri boyutuna bakıldığında duygusal temsiller alt boyutu puan ortalaması (20.55 ± 4.70) da yüksek bulmuştur. Karabulut'un (2018) çalışmasında duygusal temsiller puan ortalamasının $21,38 \pm 7,95$ olduğu tespit edilmiştir (111). Ülkemizde hastalık dönemlerinde maddi manevi her konuda aile ve akrabaların desteği artmaktadır. Hastalarda tanı konduğu andan itibaren hastalığı üzerinde kontrol sistemi kurmaya ve kişisel kontrollerini geliştirmeye çalışırlar. AKS'li hastalarında bu durumda hastalıkları üzerindeki kontrol algısının artmasına sebep olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık hakkındaki görüşleri boyutuna bakıldığında süre (döngüsel) alt boyut puan ortalamasının en düşük olduğu belirlenmiştir. İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada hastalık hakkındaki görüşleri boyutuna bakıldığında süre (döngüsel) alt boyut puan ortalamalarının $12,76 \pm 2,59$ olduğu tespit edilmiştir (9). Şefikoğulları (2018) yaptığı çalışmada hastaların süre (döngüsel) alt boyut puan ortalamasının $14,23 \pm 2,40$ olduğu tespit edilmiştir (122). Araştırmaya katılan hastaların hastalık belirtisini ilk yaşadığı andan itibaren ne sıklıkla tekrar ettiğini algılayamadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık nedenleri alt boyutunun puan ortalamalarına bakıldığında risk faktörleri alt boyutunun puan ortalaması en yüksek olduğu, kaza ve şans alt boyutunun puan ortalamasının ise en düşük olduğu tespit edilmiştir. İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada hastalık nedenleri alt boyutunun puan ortalamalarına bakıldığında risk faktörleri alt boyutunun puan ortalaması $18,57 \pm 3,97$ yüksek olduğu, kaza ve şans alt boyutunun puan ortalamasının $4,28 \pm 1,58$ ise en düşük olduğu belirlenmiştir (9). Ülkemizde hastaların; hastalık nedenlerini yaşlanma, kalıtsal özellikler, sigara ve alkol kullanımına bağladıkları ve şans ya da kaza faktörünü daha önemsiz buldukları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan akut koroner sendrom tanılı hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $49,17 \pm 11,72$ iken, sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması $47,53 \pm 9,51$ olarak tespit edilmiştir. Vardar Yağlı ve ark. (2015) çalışmalarında hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $40,42 \pm 3,82$ iken, sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması $48,64 \pm 3,29$ olarak tespit edilmiştir (11). Vizeli (2010) çalışmasında hastaların anjiyografi öncesi ve sonra durumluk kaygı ölçeğinin ve sürekli kaygı ölçeğinin orta düzeyde olduğu tespit

edilmiştir (109). Çalışmaya katılan hastaların durumluk-sürekli kaygı seviyeleri orta düzeydedir ve literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ kimlik boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim düzeyi ve cinsiyet ile kimlik boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6).

Hastaların cinsiyetine göre kimlik boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; erkeklerin kimlik boyutu puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karabulut'un (2018) çalışmasında kadınların kimlik boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (111). Erkek hastaların kendileriyle meşguliyeti daha fazladır. Hastalık üzerinde daha çok düşünmekte ve farklı kaynaklardan araştırmakta olduklarından belirtileri daha fazla yaşamaktadırlar.

Hastaların eğitim düzeyine göre kimlik boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; okuryazar grubun kimlik boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu bulunmuştur. Tekin'in (2016) yaptığı çalışmada okur-yazar olmayanların kimlik boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu fakat gruplar arası fark bulunmadığı tespit edilmiştir (117). Çalışmaya katılan okuryazar grubu hastaların kimlik boyutu puan ortalamasının yüksek olma nedeni AKS tanısı, tedavi ve prognozu ile ilgili yeterli bilgi birikimi olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Hastaların medeni durum, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durumu ile kimlik boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durumu ve kimlik boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (122). Kepenek'in (2014) sirozlu hastalarla yaptığı çalışmada hastaların meslek ve sosyal güvence ile kimlik boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (124). Çalışmamızda meslek ve sosyal güvencesinin puan ortalamasının düşük çıkmasının nedeni çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun emekli ve sosyal güvenceye sahip olması, hastanede muayene olma imkanlarının olmasından dolayı kimlik boyutunu anlamalarıyla ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan AKS’li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ kimlik boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; sigara kullanımı (adet/gün), alkol kullanım süresi ve ilaçları düzenli kullanma durumu ile kimlik boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). Şefikoğulları’nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların sigara ve alkol kullanımı ile kimlik boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (122). Karabulut’un (2018) çalışmasında ilaçları düzenli kullanma durumu ile hastalık algısı ölçeği kimlik boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (111). Hastaların kalp hastalığı belirtilerinden herhangi birini yaşaması durumunda aklına ilk olarak sigara, alkol ya da ilaçlarını düzensiz kullanmasına bağlı olarak bu durumun geliştiğini düşünmesi ile açıklanabilir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile kimlik boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 7).

Araştırmaya katılan AKS’li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet, meslek, ekonomik durum çalışma durumu ve sosyal güvencesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8). Şefikoğulları’nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların ekonomik durumu, çalışma durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (122). Kepenek’in (2014) sirozlu hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların meslek ve sosyal güvence ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (124) Çalışmamız literatürle uyum göstermektedir.

Araştırmaya katılan AKS’li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanımı (adet/gün), alkol

kullanımı (kadeh/gün), kronik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9). Karabulut'un (2018) çalışmasında hastaların sigara kullanımı, alkol kullanımı, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve ilaç kullanım sıklığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (111). Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların tedavi süresi, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (122). Tekin'in (2016) yaptığı çalışmada hastaların kronik hastalık varlığı ile hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (117). Süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında değişiklik gösterdiği ve çalışma sonuçlarının literatürdeki çalışmalardan farklı olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların hastalığın tedavisi, risk faktörleri ve nedenleri ile ilgili bilgilerinin olması ve hastalığının sebebi olarak görmelerinden kaynaklı olduğu söylenebilir.

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede anjiyo deneyimi ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma durumu, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet, sosyal güvence ve ekonomik durum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 10). Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (122). Kepenek'in yaptığı çalışmada hastaların meslek ve sosyal güvence ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (124). Araştırma sonuçları

literatür sonuçları ile uyumludur. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarının daha düşük çıkması hastaların durumun ciddiyetini ve sonuçlarının algılanmasının yeterli düzeyde olmaması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanımı (adet/gün), kronik hastalık varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 11). Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların tedavi süresi, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (122). Tekin'in (2016) yaptığı çalışmada hastaların kronik hastalık varlığı ile hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (117). Karabulut'un (2018) çalışmasında ilaç kullanım sıklığı ile hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (111). Karabulut'un (2018) çalışmasında hastaların sigara kullanımı (adet/gün) ile hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (111). Hastaların ilaç kullanım sıklığı dışında benzer sonuçlar göstermediği bunun nedeni ise hastaların ilaç kullanım sıklığının artmasının karmaşaya sebep olduğu, hastaların hastalıkla ilgili daha çok sıkıntı yaşayacaklarını düşündükleri ile açıklanabilir.

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede anjiyo deneyimi ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; meslek puanının ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12). Kepenek'in (2014) yaptığı çalışmada meslek ile HAÖ kişisel kontrol alt boyutu puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (124). Araştırma sonuçları literatür sonuçları ile uyumludur. Çalışmamızda hastaların kişisel kontrol alt boyutunun yüksek çıkmasının nedeni hastaların yapmış oldukları meslekte, stres ve aşırı çalışma gibi durumları hastalığı ile ilişkilendirmiş olmaları ile açıklanabilir.

Hastaların çalışma durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet, sosyal güvence ve ekonomik durum ile hastalık kişisel kontrol alt puan ortalamları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12). Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve ekonomik durum bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir (122). Kepenek'in yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ve sosyal güvence ile HAÖ kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (124).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamları karşılaştırıldığında; alkol kullanımı (kadeh/gün) puan ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13). Karabulut'un (2018) çalışmasında alkol kullanımı ile kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (111). Araştırma sonuçları literatür sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak hastaların alkol kullanım miktarını artırması ile hastalığa yakalanma arasında bağ kurması ile açıklanabilir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrollere gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Çalışmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalamlarına bakıldığında; çalışma durumu puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14). Karabulut'un (2018) çalışmasında, çalışma durumu puan ortalaması ile tedavi kontrolü

alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (111) ($p>0,05$). Çalışmamızda hastaların uygulanan tedaviyi algıladığı ve kontrol edebildiği ile ilgili pozitif inançları olduğunu göstermektedir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence ve ekonomik durum ile hastalık tedavi kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14). Şefikoğulları'nın (2018) yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet medeni durum ve eğitim düzeyi puan ortalamaları ile hastalık tedavi kontrolü alt boyutu düşük bulunmuştur (122). Kepenek'in yaptığı çalışmada hastaların meslek, sosyal güvence ve ekonomik durumu ile HAÖ tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (124).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı ve sigara kullanımı (adet/gün) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Karabulut'un yaptığı çalışmada hastaların ilaç kullanım sıklığı ile HAÖ tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (111). İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada hastaların tedavi süresi ile HAÖ tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (9). Şefikoğulları'nın yaptığı çalışmada sigara kullanımı (adet/gün) ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri tedavi kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (122) ($p>0,05$). Çalışmamız sigara kullanımı (adet/gün) dışında literatür ile uyum göstermektedir. Çalışmamızda hastaların sigara kullanımının tedaviyi olumsuz etkilediğini düşünmesi ile açıklanabilir.

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığıyla konusunda bilgisi, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; medeni durumu puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$).Yapılan diğer çalışmalarda medeni durum puan ortalamasının düşük olduğu tespit edilmiştir (111,117,122). Evli olan hastaların aile bütünlüğünü düşünerek çocuklarının ve kendilerinin sağlığı hakkında daha çok bilgi edindiği buna bağlı olarak hastalığı anlama düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum ile hastalığı anlayabilme alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 16). Şefikoğulları'nın yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile hastalığı anlayabilme alt puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (122). Kepenek'in sirozlu hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların meslek ve ekonomik durum ile hastalığı anlayabilme puan ortalamalarının düşük bulunduğu, sosyal güvence puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (124). Literatürde sosyal güvence haricinde diğer sosyo-demografik özelliklerin çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı ve kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tekin'in yaptığı çalışmada hastaların tedavi süresi ve kalp hastalığı konusundaki bilgisi ile hastalığı anlayabilme alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (117). Karabulut'un yaptığı çalışmada hastaların ilaç kullanım sıklığı ile hastalığı anlayabilme alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (111). Çalışma sonuçları literatür sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni çalışmamızda hastaların tanı konduktan itibaren hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olduğu, tedavi sürecine uyum gösterdiği ve beraberinde ilaç kullanım sıklığı konusunda farkında oldukları söylenebilir.

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün)sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün) alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma

durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$)(Tablo 17).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; ekonomik durum, çalışma durumu, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, çalışma durumu ve sosyal güvence puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Şefikoğulları'nın yaptığı çalışmada çalışma durumu, medeni durum, cinsiyet, eğitim düzeyi ve ekonomik durum puan ortalamaları düşük bulunmuş olup çalışmamız ile uyum göstermektedir (122). Kepenek'in yaptığı çalışmada hastaların sosyal güvence ile süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları düşük, meslek süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (124).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanım süresi, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve sigara kullanma durumu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19). Karabulut'un yaptığı çalışmada sigara kullanma durumu, ilaç kullanım sıklığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı ile hastalık hakkındaki görüşleri süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (111). İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada hastaların tedavi süresi ile süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır (9). Kara'nın (2019) KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada sigara kullanım süresi ile süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır (125). Çalışmamız da hastaların süre alt boyut puan ortalamasının yüksek çıkmasının nedeni hastaların göğüs ağrısı yaşadığı andan tedavi gördüğü zamana kadar yaşadığı belirti ve bulgularda farklılık göstermesi ile ilgili olduğu söylenebilir.

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), alkol kullanımı (kadeh/gün) alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla

ilgili düzenli kontrole gitme durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 19).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri duygusal temsiller alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; çalışma durumu, meslek, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ve sosyal güvence puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20). Şefikoğulları'nın yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum ekonomik durumu ile duygusal temsiller alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur (122). Kepenek'in sirozlu hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların meslek ve sosyal güvence ile duygusal temsiller alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur (124). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri duygusal temsiller alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; meslek, çalışma durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence ve ekonomik durum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 22). Karabulut'un çalışmasında hastaların çalışma durumu, eğitim düzeyi, medeni durumu ve cinsiyet ile psikolojik atıflar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (111). Yapılan başka bir çalışmada meslek, sosyal güvence ve ekonomik durum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (124). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; yaş, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tekin'in yaptığı çalışmada yaş ile hastalık nedenleri psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kalp hastalığı konusunda kimden bilgi alındığı ile hastalık nedenleri psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (117). Hastaların kimden bilgi aldığı hastalık nedeni olarak görülmediği fakat farklı yaş gruplarındaki hastaların hastalığa bakış açısının farklılık göstermesinden dolayı hastalık nedeni olarak görüldüğü söylenebilir.

Hastaların tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık nedenleri psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Çalışmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile risk faktörleri boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kara'nın KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet ve eğitim düzeyi risk faktörleri puan ortalaması arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (125). Karabulut'un yaptığı çalışmada ise hastaların çalışma durumu ile hastalık nedenleri risk faktörleri puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (111). Bu çalışmada hastalık nedenleri risk faktörleri erkeklerde ve ortaokul mezunlarında yüksek olmasının sebebi, erkek hastaların daha fazla çalışıp stres altında kaldıklarında sigara, alkol gibi zararlı madde kullanmaları ile kendilerini teselli etmesi bu durumu açıklayabilir.

Hastaların medeni durum, meslek, sosyal güvence ve ekonomik durum ile hastalık risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24). Kepenek'in çalışmasında sosyal güvence ile risk faktörleri arasında

anlamalı bir fark saptanmamıştır (124). Kepenek'in çalışmasında medeni durum, meslek ve ekonomik durum ile risk faktörleri boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (124). Çalışma sonuçları literatür sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni hastaların çoğunluğunun emekli, gelir gidere denk ve evli olmasından dolayı hastalık nedeni olarak görülmediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 25). Ekenler'in (2017) yaptığı çalışmada sigara kullanma durumu, hastalık konusunda bilgi alma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu ile hastalık nedenleri risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (126). Başka bir çalışmada kronik hastalık varlığı risk faktörü puan ortalaması yüksek bulunmuştur (117). Yapılan çalışmada hastaların tedavi süresi ve ilaç kullanım sıklığı hastalık nedenleri risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (126). Hastaların hastalığın neden ortaya çıktığı, neden hastalığın tekrarlandığı konusunda kendilerinin tedavi sürecine uyumsuz olduklarını ya da düzenli beslenme alışkanlarının olmadığı, zararlı madde kullanımlarının olduğu ve hastalığın kalıtsal olduğunun farkında olmalarıyla bu durum açıklanabilir.

Hastaların yaş, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün) alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve ilaçları düzenli kullanma durumu ile HAÖ hastalık nedenleri risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri bağışıklık alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; ekonomik durum, meslek, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve sosyal güvence puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 26). Karabulut yaptığı çalışmada cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum ve çalışma durumu ile hastalık nedenleri bağışıklık alt boyutu puan

ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (111). Kepenek'in yapmış olduğu çalışmada hastaların mesleği ile hastalık nedenleri bağışıklık arasında anlamlı bir fark yokken, sosyal güvenceleri ile hastalık nedenleri bağışıklık alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (124). Bu araştırma sosyal güvence haricinde literatür ile uyum göstermektedir. Hastaların ailede kalıtsal bir hastalık varlığının olması ya da yeni olabilecek bir hastalık karşısında kolay bir şekilde muayene olabilmeleri açısından sosyal güvencesinin varlığı, kendi can güvenliğini korumaları açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve alkol kullanma durumu puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tekin'in çalışmasında kronik hastalık varlığı ve kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı ile bağışıklık alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (117). Karabulut yaptığı çalışmada hastaların sürekli kullandığı ilaç varlığı ve alkol kullanma durumu ile bağışıklık alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (111). Çalışmamızda hastaların kronik hastalık varlığının başka hastalıklara yol açtıklarını ve kullandıkları ilaçların kendilerine iyi gelmediği düşüncesini benimsemiş olmalarıyla açıklanabilir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık nedenleri bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri kaza/şans alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; ekonomik durum, sosyal güvence, çalışma durumu, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 28). Yapılan başka çalışmada cinsiyet ve eğitim düzeyi ile hastalık nedenleri kaza/şans alt boyutu puan ortalamaları çalışmamızı destekler niteliktedir (124).

Karabulut'un yapmış olduğu çalışmada çalışma durumu ve ekonomik durum ile kaza/şans alt boyut puan ortalaması çalışmamızı desteklemektedir (111). Hastaların meslek, sosyal güvence ve medeni durumları ile hastalık nedenleri kaza/şans alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (124). Hastaların kontrollere gidip, sağlığına iyi baktıklarını düşünmesi ya da ailede öykü olmamasından dolayı bu durumu kaza/şans faktörüyle ilişkilendirmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile HAÖ hastalık nedenleri kaza/şans alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; cinsiyet puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 34). Vizeli'nin yaptığı çalışmada kadınların durumluk kaygı ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (109). Literatürde kadın hastaların erkek hastalara göre daha çok anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir.

AKS'li hastaların medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 30).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; alkol kullanımı (kadeh/gün) puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 31). Ak Türkîş'in yapmış olduğu çalışmada hastaların alkol kullanımı ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (127). Ülkemizde, alkol inançlar doğrultusunda haram kabul edildiği ve hastalıkların sebep görüldüğü zararlı madde olarak görüldüğü için durumluk kaygı ölçeği ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanım süresi, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 31).

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; cinsiyet, eğitim düzeyi ve meslek puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Doğan'ın yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet ve eğitim düzeyi ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (93). Çetin'in yaptığı çalışmada meslek ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (128). Hastaların günlük yaşantısında da sürekli anksiyete yaşadığı, karşılaştıkları problemleri eğitim seviyesinin düşük olmasından dolayı nasıl çözümleyeceklerini bilmemesinden kaynaklandığı ile açıklanabilir.

AKS'li hastaların medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence ve ekonomik durum ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 32). Türker'in yaptığı çalışmada ekonomik durum, çalışma durumu ile sürekli kaygı ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (92). Yapılan başka bir çalışmada medeni durum ve sosyal güvence ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (93). Araştırma sonuçları belirtilen çalışma sonuçları ile uyum göstermemektedir. Çalışmamızda hastaların yaş ortalamasının yüksek olması, çoğunluğunun emekli olması ve ekonomik olarak sıkıntı yaşamaması çalışmamızda kaygı ölçeği ile arasında fark saptanmama sebebi olarak gösterilebilir.

Araştırmaya katılan AKS'li hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; kronik hastalık varlığı puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 33). Doğan'ın yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığı ile sürekli kaygı ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (93). Çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.

Hastaların kronik hastalığının olması başka hastalıkları da beraberinde getireceğini düşünmeleri ile kaygı yaşamaları arasındaki ilişki olduğu söylenebilir.

Hastaların yaş, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, günlük ilaç sayısı, sigara kullanımı (adet/gün), sigara kullanım süresi, alkol kullanımı (kadeh/gün), alkol kullanım süresi, kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumu ve kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığı ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 33).

Hastaların HAÖ alt boyutları ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bağışıklık, psikolojik atıflar, duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme, tedavi kontrolü, kişisel kontrol, sonuçlar ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34). Hastaların HAÖ alt boyutlarından sonuçlar ve duygusal temsiller ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34). Dempster ve ark. (2015) yaptıkları çalışma sonucunda hastalık algısı ve anksiyete arasındaki ilişkiye bakmış ve sonuç olarak hastalık algısı alt boyutlarından sonuçlar ve duygusal temsiller ile anksiyete arasında ilişki tespit etmişlerdir (129). Kalp hastalarının hastalığın negatif sonuçlarına inanmaları ve hastaların kendilerini üzgün ve çökkün hissetmeleri anksiyete seviyesinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Hastaların HAÖ alt boyutlarından hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34). Orbell ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar ile anksiyete puan ortalaması arasında benzer şekilde ilişki saptanmıştır (130). Hastaların yaşadığı endişe ya da stres, duygusal durum, aşırı çalışma, kişilik özelliklerim, aile problemleri ve benim tutumum gibi psikolojik atıfların hastalık nedeni olarak görmeleri anksiyete seviyesinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların kişisel kontrol ve bağışıklık ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki

saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34). Orbell ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada kişisel kontrol ve bağışıklık ile anksiyete puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki belirlemişlerdir (130). Çalışmamızda kişisel kontrol ve bağışıklık ile anksiyete arasında pozitif ilişki olmasının nedeni kalp hastalığının sessiz, ani gelişen ve ölümü çağrıştıran kontrol edilmesi zor olan bir hastalıktır. Hastalar kalp hastalığı üzerinde kontrolü sağlamaya çalışmak istemeleri anksiyeteye neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların tedavi kontrol ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34). Hallas ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada tedavi kontrol ile anksiyete puan ortalamaları arasında aynı şekilde bir ilişki saptanmıştır (131). Hastalar hastalıklarının iyileşmesi için yapılacak çok az şeyin olduğunu ve tedavinin hastalığına hiçbir şekilde yardım etmeyeceğini düşünmeleri anksiyete seviyesinin artmasına sebep olan bir durumdur.

Çalışmaya katılan hastaların HAÖ alt boyutları ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kimlik, sonuçlar, psikolojik atıflar, duygusal temsiller, süre (döngüsel), hastalığı anlayabilme, risk faktörleri ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34).

Hastaların HAÖ alt boyutlarından kimlik, sonuçlar ve duygusal temsiller ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 34). Dempster ve ark. (2015) yaptıkları çalışma sonucunda hastalık algısı ve anksiyete arasındaki ilişkiye bakmış ve sonuç olarak hastalık algısı alt boyutlarından kimlik, sonuçlar ve duygusal temsiller ile anksiyete arasında ilişki tespit etmişlerdir (129). Araştırmaya katılan kalp hastalarının hastalıkla ilgili yaşadıkları belirtiler arttıkça hastaların anksiyete seviyesi de artmaktadır. Bu durum kalp hastalarının daha önceden şiddetli bir şekilde bu belirtileri yaşayıp tekrar ölüm ile karşı karşıya kalma düşüncesinden kaynaklandığı ile ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 34). Orbell ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar ile anksiyete puan ortalamaları arasında aynı

şekilde bir ilişki saptanmıştır (130). Çalışmamıza katılan kalp hastalarının hastalık hakkındaki algısı, bilgisi ve tutumu sonucunda anksiyete seviyesinde de artışa sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların süre (döngüsel) alt boyutu ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 34). Hallas ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada süre (döngüsel) ile anksiyete puan ortalamaları arasında aynı şekilde bir ilişki saptanmıştır (131). Kalp hastalarının günden güne farklılık yaşadıklarını, belirtileri bazen yaşayıp bazen yaşamadıkları, hastalıklarının iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemlerinin olduğunu belirtmesinden dolayı anksiyete seviyesinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların risk faktörleri ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 34). Liman (2011) yaptığı çalışmada risk faktörleri ile anksiyete puan ortalamaları arasında negatif yönlü bir ilişki belirlemiştir (132). Araştırmaya katılan kalp hastalarının sigara ve alkol kullanımı, aile öyküsü, hipertansiyon, diabetes mellitus, obezite, kolesterol gibi risk faktörlerinin varlığı hastalık nedeni olarak görmeleri anksiyete seviyelerini arttıran bir durumdur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hastaların akut koroner sendromun başlangıcından bu yana en çok yaşadığı (%84,8) ve akut koroner sendromla ilgili olarak gördüğü (%84,2) semptomun “ağrı” olduğu belirlenmiştir. Hastaların “ağrı” semptomu puan ortalamaları genel ortalamadan daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırma sonucunda elde edilen verilerde “hastalık hakkındaki görüşleri” boyutunda “kişisel kontrol” alt boyutu; “hastalık nedenleri” boyutunda ise “risk faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları en yüksek seviyede bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanım süresi, ilaçları düzenli kullanma durumunun “Kimlik” boyutu puanlarını etkilediği tespit edilmiştir.
- Elde edilen bulgulara hastaların tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığının “Süre (Akut/Kronik)” alt boyutu puanlarını etkilediği belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanımı (adet/gün), kronik hastalık varlığı, ailede kalp hastalığı varlığı ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığının “Sonuçlar” alt boyutu puanlarını etkilediği belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların meslek ve alkol kullanımının “Kişisel kontrol” alt boyutu puanlarını etkilediği belirlenmiştir.
- Elde edilen bulgulara hastaların çalışma durumu, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı ve sigara kullanım durumuna göre “Tedavi kontrolü” alt boyutu puanlarını etkilediği belirlenmiştir.
- Araştırma sonucunda elde edilen verilerde hastaların medeni durum, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı ve kalp hastalığı konusunda bilgi sahibi olma durumunun “Hastalığı anlayabilme” alt boyutu puanlarını etkilediği belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, sigara kullanım süresi, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve sigara kullanma durumuna göre “Süre (Döngüsel)” alt boyutu puanlarını etkilediği tespit edilmiştir.
- Hastaların yaşın HAÖ hastalık nedenleri "psikolojik atıflar" alt boyutu puanlarını etkilediği belirlenmiştir.
- Araştırma sonucunda elde edilen verilerde hastaların “risk faktörleri” alt boyutu puanlarının cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tedavi süresi, ilaç kullanım sıklığı, kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, hastalıkla ilgili düzenli kontrole gitme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, ailede anjiyo deneyimi ve ailede kalp hastalığı nedeniyle ölüm varlığından etkilendiği belirlenmiştir.
- Araştırma sonucunda elde edilen verilerde hastaların “bağışıklık” alt boyut puanlarının kronik hastalık varlığı, kalp hastalığı konusunda kimden bilgi aldığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı ve alkol kullanma durumundan etkilendiği belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların kaza/şans alt boyutu puanlarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerden etkilenmediği tespit edilmiştir.
- Elde edilen bulgulara hastaların durumluk kaygı düzeylerinin cinsiyet ve alkol kullanımından (kadeh/gün) etkilendiği tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, kronik hastalık varlığından etkilendiği tespit edilmiştir.
- Hastaların HAÖ alt boyutları ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal temsiller, tedavi kontrolü, kişisel kontrol, sonuçlar, hastalığı anlayabilme, bağışıklık ve psikolojik atıflar alt boyutlarının anksiyete düzeyini etkilediği belirlenmiştir.
- Hastaların HAÖ alt boyutları ile sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kimlik, sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk faktörleri alt boyutlarının anksiyete düzeyini etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Akut koroner sendrom tanılı hastaların her aşamada anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi

- Akut koroner sendrom tanılı hastaların yaşadığı semptomlara yönelik uygun bakım ve tedavinin planlanması
- Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısının öteki hastalıklardan farklı olduğunun idrak edilmesi ve buna uygun bir yaklaşımın belirlenmesi,
- Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesini etkileyen sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri dikkate alarak eğitimlerin planlanması,
- Akut koroner sendrom tanılı hastalara tedavi planı hakkında bilgi verilmesi ve her aşamada hastaların bakıma ve tedaviye katılmasının sağlanması,
- Akut koroner sendrom tanılı hastaların bakımından sorumlu olan hemşirelerin hastalık algısı ve anksiyeteyi etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri uygulamaları için hemşirelerin desteklenmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. European Heart Network. "Heart Failure and cardiovascular diseases", 2019. <http://www.ehnheart.org/medias/news/1634:.html> Erişim tarihi: 19.06.2019.
2. Özkan AA. "Acute Coronary Syndromes: Epidemiology", *Arch Turk Soc Cardiol*, 2013, 41(1): 1-3.
3. Vale N, Nordmann AJ, Schwartz GG, De Lemos J, colivicchi F, Den Hartog F, Ostadal P, Macin SM, Liem AH, Mills EJ, Bhatnagar N, Bucher HC, Briel M. "Statins for acute coronary syndrome", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, 9.
4. Feinberg J, Nielsen EE, Greenhalgh J, Hounscome J, Sethi NJ, Safi S, Gluud C, Jakobsen JC. "Drug-eluting stents versus bare-metal stents for acute coronary syndrome", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 8.
5. Baltacı D, Öztürk S, Durmuş İ, Kandiş H, Çelik Ş. "Comparison of Clinical Features and Transport Times in Patients with Acute Coronary Syndrome according to Classification of Acute Coronary Syndrome", *Düzce Tıp Dergisi*, 2011, 13(2): 23-29.
6. Türen S, Efil S. "Acute Coronary Syndromes and Nursing Management", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2014, 18(2): 43-51.
7. Brito V, Ciapponi A, Kwong J. "Factor Xa inhibitors for acute coronary syndromes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 1.
8. Kahyaoğlu Süt H. "Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması", Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2009.
9. İşcan Ayyıldız N. "Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi", Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2016.
10. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. "Evaluation of Cancer Patients Perception of Illness", *Journal of Health Science and Profession*, 2015, 2(3): 271-284.
11. Vardar Yağlı N, İnal İnce D, Sağlam M, Çalık Kütükçü E, Arıkan H. "Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete Ve Depresyonu Belirleyen Faktörler", *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2015, 26(1): 40-46.

12. Hoang V. Tran, Joel M. Gore, Chad E. Darling, Arlene S. Ash, Catarina I. Kiefe, Robert J. Goldberg. "Clinically significant ventricular arrhythmias and progression of depression and anxiety following an acute coronary syndrome", *Journal of Psychosomatic Research*, 2019, 117: 54-62.
13. Anna Marie Chang, David L. Fischman, Judd E. Hollander. "Evaluation of Chest Pain and Acute Coronary Syndromes", *Cardiology Clinics*, 2018, 36(1): 1-12.
14. Tao Xu, Usman Baber. "Acute Coronary Syndrome", *Hospital Medicine Clinics*, 2014, 3(4): 471-478.
15. Charles H, Hennekens MD, Dr PH. "Increasing burden of cardiovascular disease current knowledge and future directions for research on risk factors", *Circulation* 1998, 97: 1095- 1102.
16. WHO. "Cardiovascular diseases" (2017). [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) Erişim tarihi: 10.07.2019.
17. Fabian Sanchis-Gomar, Carme Perez-Quilis, Roman Leischik, Alejandro Lucia. "Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome", *Ann Transl Med*, 2016, 4(13): 256.
18. Ignacio Ferreira-González. "The Epidemiology of Coronary Heart Disease", *Rev Esp Cardiol*, 2014, 67(2): 139–144.
19. Amal Jamee Shahwan, Yehia Abed, Ileana Desormais, Julien Magne, Pierre Marie Preux, Victor Aboyans, Philippe Lacroix. "Epidemiology of coronary artery disease and stroke and associated risk factors in Gaza community – Palestine", *Plos one*, 2019, 14(1).
20. EHN. "European Cardiovascular Disease Statistics", (2017). <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>. Erişim tarihi: 12.07.2019
21. Wilson PWF, O'Donnell, C. J. "Epidemiology of Chronic Coronary Artery Disease", 2018, 1-15.
22. TÜİK. "Ölüm Nedeni İstatistikleri" (2018). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. Erişim tarihi: 16.07.2019
23. Onat A. "TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük", *Logos Yayıncılık*, İstanbul, 2017.

24. Usta M, Sakin A, Sakin A, Çelik K, Öztürk S, Ayer F.A, Gürkan Y, Ulusoy M, Yiğit N, Feyizoğlu H. “Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Majör Risk Faktörlerinin ve Laboratuvar Parametrelerinin Değerlendirilmesi”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2015, 5-11.
25. Türkmen E, Badır A, Ergün A. “Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü”, *Acıbadem Üniv Sağlık Bilim Derg* 2012, 3(4): 223-231.
26. Li, Ruijie. “Acute Coronary Syndrome: Bridging the Gap”, The Chinese University of Hong Kong (Hong Kong), *ProQuest Dissertations Publishing*, 2011.
27. Brice, Norria Marie. “The Acute Coronary Syndrome Experience Among Native American Adults In Northern Arizona”, The University of Arizona, ProQuest Dissertations Publishing, 2016.
28. Braunwald E. “Unstable Angina And Non-ST Elevation Myocardial Infarction”, *Am J Respir Crit Care Med*, 2012, 185(9): 924-32.
29. AHA. “Unstable Angina”, 2015. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/angina-chest-pain/unstable-angina> Erişim tarihi: 22.07.2019.
30. Waller DG, Sampson AP. “Ischaemic Heart Disease”, *Medical Pharmacology and Therapeutics*, 2018, 93–110.
31. Al Ahmad Y, T. Ali M. “Non-ST Elevation Myocardial Infarction: Diagnosis and Management”, *IntechOpen*, Chapter, 2019, 5: 61-98.
32. Harrington D. H, Stueben F, Lenahan C. M. “ST-Elevation Myocardial Infarction and Non- ST- Elevation Myocardial Infarction”, *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2018, 31(1): 49-64.
33. Vafaie M, Giannitsis E. “Diagnosis of Non-ST-Elevation Myocardial Infarction”, *Encyclopedia of Cardiovascular Research and Medicine*, 2018: 47-53.
34. Bulluck H, Hoole S. P. “Management of ST segment elevation myocardial infarction”, *Medicine*, 2018, 46(9): 540-546.
35. Dind A, Allahwala U, Asress KN, Jolly SS, Bhindi R. “Contemporary Management of ST-Elevation Myocardial Infarction”, *Heart, Lung and Circulation*, 2017, 26(2): 114–121.
36. Badimon L. “Pathogenesis of ST-Elevation Myocardial Infarction”, *Coronary Microvascular Obstruction in Acute Myocardial Infarction*, 2018: 1-13.

37. Albert N. "Non ST segment elevation acute coronary syndromes: Treatment guidelines for the nurse practitioner", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2007, 19(6): 277–289.
38. Santos-Gallego C. G, Picatoste B, Badimón J. J. "Pathophysiology of Acute Coronary Syndrome", *Current Atherosclerosis Reports*, 2014, 16(4).
39. Cagle S. D, Cooperstein N. "Coronary Artery Disease: Diagnosis and Management", *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2018, 45(1): 45–61.
40. AHA. "Coronary Heart Disease", 2015.
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coro%20nary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416_Article.jsp# Erişim tarihi: 09.08.2019.
41. Badimon L, Cubedo J. "Risk factors management to impact on acute coronary syndromes", *International Journal of Cardiology*, 2016, 217: 7–9.
42. Mirza A. J, Taha A. Y, Khedhir B. R. "Risk factors for acute coronary syndrome in patients below the age of 40 years", *The Egyptian Heart Journal*, 2018, 70(4): 233–235.
43. Kawamoto K, Duvernoy C. S, Davis M. B. "Sex Differences in Coronary Artery Disease", *Sex Differences in Cardiovascular Physiology and Pathophysiology*, 2019: 185–201.
44. Vasiljevic- Pokrajcic Z, Mickovski N, Davidovic G, Asanin M, Stefanovic B, Krljanac G, Bugiardini R. "Sex and age differences and outcomes in acute coronary syndromes", *International Journal of Cardiology*, 2016, 217: 27–31.
45. Chiha J, Mitchell P, Gopinath B, Plant A. J. H, Kovoov P, Thiagalingam A. "Gender differences in the severity and extent of coronary artery disease", *IJC Heart & Vasculture*, 2015, 8: 161–166.
46. Abderrahman HA, El Abdallat IM, Idhair AK. "Age threshold for proper definition of premature coronary artery disease in males", *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2018, 58: 45– 49.
47. Ahmed E, AlHabib K. F, El-Menyar A, Asaad N, Sulaiman K, Hersi A, Al Suwaidi J. "Age and clinical outcomes in patients presenting with acute coronary syndromes", *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 2013, 4(2): 134–139.
48. Tavares P, Oliveira A, Lopes C. "Family history of coronary heart disease, health care and health behaviors", *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2011, 30 (9): 703–710.

49. Sevinç S, Akın H, Uzun Ö. “Akut Koroner Sendromlu Hastalarda pedigr Analizi ile Risk Faktörleri Yaşam Kalitesi ve Hastalık İlişkisi”, *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2018, 9(18): 13-19.
50. Ding N, Sang Y, Chen J, Ballew SH, Kalbaugh CA, Salameh MJ, Matsushita K. “Cigarette Smoking, Smoking Cessation, and Long-Term Risk of 3 Major Atherosclerotic Diseases”, *Journal of the American College of Cardiology*, 2019, 74 (4): 498–507.
51. Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I, “Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri”, *The Journal of Turkish Family Physician*, 2018, 9(2): 53-58.
52. Paryad E, Rouhi Balasi L, “Smoking cessation: Adherence based on patients’ illness perception after coronary artery bypass grafting surgery”, *Indian Heart Journal*, 2018, 70: 4–7.
53. Slivnick J, Lampert BC. “Hypertension and Heart Failure”, *Heart Failure Clinics*, 2019.
54. Eskerud I, Gerds E, Larsen TH, Lnebakken MT. “Left ventricular hypertrophy contributes to Myocardial Ischemia in Non-obstructive Coronary Artery Disease (the MicroCAD study)”, *International Journal of Cardiology*, 2019, 286: 1-6.
55. Tackling G, Borhade M. B, “Hypertensive heart disease”, *StatPearls Publishing*, 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539800/> Erişim tarihi:14.08.2019.
56. Xia J, Yin C. “Glucose Variability and Coronary Artery Disease”, *Heart, Lung and Circulation*, 2019, 28(4): 553- 559.
57. El-Nozha MM, İsmail HM, El Nozha OM. “Coronary artery disease and diabetes mellitus”, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 2016, 11 (4): 330-338.
58. Aronson D, Edelman ER. “Coronary Artery Disease and Diabetes Mellitus”, *Heart Failure Clinics*, 2016, 12 (1): 117-133.
59. Liu H.H, Guo Y.L, Wu N.Q, Zhu C.G, Gao Y, Qing P, Li J.J. “High-density lipoprotein cholesterol levels are associated with coronary severity but not with outcomes in new-onset patients with stable coronary artery disease”, *Atherosclerosis*, 2017, 263: 104-111.
60. Ahn N, Kim K. “High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in cardiovascular disease: effect of exercise training”, *Integrative Medicine Research*, 2016, 5 (3): 212-215.

61. Ishikawa T, Ayaori M, Uto-Kondo H, Nakajima T, Mutoh M, Ikewaki K. "High-density lipoprotein cholesterol efflux capacity as a relevant predictor of atherosclerotic coronary disease", *Atherosclerosis*, 2015, 242(1): 318-322.
62. Kowall B, Lehmann N, Mahabadi AA, Moebus S, Erbel R, Jöckel KH, Stang A. "Associations of metabolically healthy obesity with prevalence and progression of coronary artery calcification: Results from the Heinz Nixdorf Recall Cohort Study", *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 2018, 29(3): 228- 235.
63. Jahangir E, De Schutter A, Lavie CJ. "The relationship between obesity and coronary artery disease", *Translational Research, Jahangir*, 2014, 164 (4): 336-344.
64. Keller K, Hobohm L, Geyer M, Münzel T, Lavie CJ, Ostad MA, Espinola-Klein C. "Obesity paradox in peripheral artery disease", *Clinical Nutrition*, 2018, 38(5): 2269-2276.
65. WHO. "The WHO Stepwise Approach To Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance" 2017.
https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/STEPS_Manual.pdf Erişim tarihi: 21.08.2019
66. WHO. "Global Atlas On Cardiovascular Disease Prevention And Control" 2011.
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ Erişim tarihi: 21.08.2019.
67. Heikkila K, Coughlin PA, Pentti J, Kivimaki M, Halonen JI. "Physical activity and peripheral artery disease: Two prospective cohort studies and a systematic review" *Atherosclerosis*, 2019, 286: 114-120.
68. Redfern J. "The Evolution of Physical Activity and Recommendations for Patients with Coronary Heart Disease" *Heart, Lung and Circulation*, 2016, 25(8): 759-764.
69. Palma dos Reis R. "Physical activity after coronary revascularization" *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2017, 36(10): 729-730.
70. Pour H. A, Norouzzadeh R, Heidari M.R. "Gender differences in symptom predictors associated with acute coronary syndrome: A prospective observational study" *International Emergency Nursing*, 2016, 25: 13-18.
71. Tepley RM. "Angina Pectoris", *Reference Module in Biomedical Sciences*, 2015: 1-4.
72. Henderson RA, Varcoe RW. "Ischaemic heart disease: management of non-ST elevation acute coronary syndrome" *Medicine*, 2018, 46(9): 533-539.

73. Kumar A, Cannon CP. "Acute Coronary Syndromes: Diagnosis and Management, Part I", *Mayo Clinic Proceedings*, 2009, 84 (10): 917–938.
74. Overbaugh KJ. "Acute Coronary Syndrome" *American Journal of Nursing*, 2009 109 (5): 42–52.
75. Smith JN, Negrelli JM, Manek MB, Hawes EM, Viera AJ. "Diagnosis and Management of Acute Coronary Syndrome: An Evidence-Based Update" *American Journal of Family Medicine*, 2015, 28 (2): 283-293.
76. Kim J, Hashim I.A. "The clinical utility of CK-MB measurement in patients suspected of acute coronary syndrome", *Clinica Chimica Acta*, 2016, 456: 89-92.
77. Allahham M, Singh M, Jneid H. "Cardiac Biomarkers in Acute Myocardial Infarction", *Biomarkers in Cardiovascular Disease*, 2019: 109–114.
78. Hutrya M, Paleček T, Hromádka M. "The use of echocardiography in acute cardiovascular care. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology", *Cor et Vasa*, 2018, 60 (1): 70-88.
79. Acet H, Ertas F, Akıl MA, Özyurtlu F, Polat N, Bilik MZ, Özbek M. "Relationship Between Hematologic Indices and Global Registry of Acute Coronary Events Risk Score in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction", *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 2014, 22 (1): 60–68.
80. Bajari R, Tak S. "Predictive prognostic value of neutrophil–lymphocytes ratio in acute coronary syndrome", *Indian Heart Journal*, 2017, 69: 46-50.
81. AHA. "Exercise Stress Test", 2015. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/diagnosing-a-heart-attack/exercise-stress-test> Erişim tarihi: 30.08.2019.
82. Schwarz K, Ul Haq M. A, Sidhu B, Nolan J. "Cardiac catheterization", *Medicine*, 2018, 46(8): 488-493.
83. Verheugt FWA. "Antithrombotic Therapy to Reduce Ischemic Events in Acute Coronary Syndromes Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention", *Interventional Cardiology Clinics*, 2017, 6 (1): 131-140.
84. Zeitouni M, Kerneis M, Nafee T, Collet J.P, Silvain J, Montalescot G. "Anticoagulation in Acute Coronary Syndrome-State of the Art", *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2018, 60 (4-5): 508-513.
85. Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, Frings-Dresen MHW. "Illness perceptions and work participation: a systematic review", *International Occupational and Environmental Health Archives*, 2010, 83 (6): 595-605.

86. Leos C, Khan CM, Rini C. "Understanding self-management behaviors in symptomatic adults with uncertain etiology using an illness perceptions framework", *Journal of Behavioral Medicine*, 2015, 39 (2): 310-319.
87. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. "The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients", *BMC Psychol*, 2014, 2 (1).
88. Petrie KJ, Weinman J. "Why illness perceptions matter", *Clinical Medicine*, 2006, 6: 536-539.
89. Janssen V, De Gucht V, Van Exel H, Maes S. "Changes in Illness Perceptions and Quality of Life During Participation in Cardiac Rehabilitation", *International Journal of Behavioral*, 2012, 20 (4): 582-589.
90. Alsén P, Brink E, Persson L.O. "Patients' illness perception four months after a myocardial infarction", *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(5): 25-33.
91. Bulduk B, Aktaş M.C, Bulduk M. "Mental Disorders Developed Following Acute Myocardial Infarction", *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 2017, 3(1): 24-27.
92. Türker E. "*Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyeteleri*", Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
93. Doğan A. "*Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalara İşlem Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*", Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2018.
94. Moser DK. "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients", *Am J Crit Care*, 2007, 16(4): 361–369.
95. Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, Pop VJ, Neverauskas J, Bunevicius R. "Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease", *Health and Quality of Life Outcomes*, 2013, 11(1): 37.
96. Tran H, Byatt N, Erskine N, Lessard D, Devereaux RS, Saczynski J, Goldberg R. "Impact of anxiety on the post-discharge outcomes of patients discharged from the hospital after an acute coronary syndrome", *International Journal of Cardiology*, 2018, 278: 28-33.
97. Lolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. "The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI

- patients admitted to a coronary care unit”, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2014, 20 (3): 147-151.
98. An K, De Jong MJ, Riegel BJ, McKinley S, Garvin BJ, Doering LV, Moser DK. “A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction”, *Heart and Lung: Journal of Acute and Intensive Care*, 2004, 33 (2): 75-82.
99. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. “Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study”, *Scandinavian Journal of Care Sciences*, 2002, 16 (4): 337-344.
100. Berra K, Miller NH, Jennings C. “Nurse Based Models for the Prevention of Cardiovascular Diseases from Research to Clinical Practice”, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011, 10 (2): 42-50.
101. Housholder-Hughes SD. “Non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: impact of nursing care on optimal outcomes”, *AACN Advanced Critical Care*, 2011, 22(2): 113-124.
102. Canlı Özer Z, Demir Ş. “Nursing Care for Acute Coronary Syndrome”, *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 2012: 1-12.
103. Ramadhani FB, Liu Y, Jing X, Qing Y, Rathnayake AK, Kara WSK, Wu W. “Investigating the Relevance of Nursing Caring Interventions Delivered to Patients with Coronary Artery Disease at a Teaching Hospital in China: A Retrospective Study”, *Cureus*, 2019, 11 (5): 46-72.
104. Priscilla Salant ve Don A. Dillman, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994, s. 55.
105. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. “The Illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness”, *Health Psychol Behav Med*, 1996, 11: 431-445.
106. Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. “The revised illness perception”, *Psychology and Health*, 2002, 17: 1-16.
107. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. “Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 271-280.
108. Özdemir A. “Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç

- Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2016.
109. Vizeli M. “*Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi*”, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
 110. Köseoğlu N, Enç N. ‘*Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi*’, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2016, 7(14): 162-168.
 111. Karabulut İ. “*Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi*”, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2018.
 112. Astin F, Closs S. J, Lenachan J, Hunter S, Priestley C. “The information needs of patients theated with primary angioplasty for heart attact: an exploratory study”, *Patient Education and Counseling*, 2008, 73 (2): 325-332.
 113. Bayülgen M. Y, Altıok M. “Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Şekli Davranışları ve Etkileyen Faktörler, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8(16): 45-54.
 114. Chen S. L, Lee W. L, Liang T, Liao I. C. “Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study”, *Journal Of Advanced Nursing*, 2014, 70(9).
 115. Öksüz ES. “*Kalp Krizi Geçiren Hastalarda Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin ve Hastalık Algısının Değerlendirilmesi*”, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
 116. Karadağ S. “*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Deneyimine Etkisi*”, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013.
 117. Tekin H. “*Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algısı ve Bakımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*”, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.
 118. Sakman Z. “*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*”, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019.

119. Sevinç S, Eşer İ. “Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil koruma davranışları”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19 (3): 135-144.
120. Stafford L, Jackson H. J, Berk M. “Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimens”, *Journal Psychosomatic Medicine*, 2008, 70: 942-948.
121. Tunç E. “*Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem ile İlgili Bilgili Olma Durumlarına Göre Algılanan Stres ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2019.
122. Şefikoğulları Z. “*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki*”, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2018.
123. Astin F, Closs S. J, Lenachan J, Hunter S, Priestley C. “Primary angioplast for heart attack: mismatch between expectations and reality”, *Journal of Advanced Nursing*, 2009, 65(1): 72-83.
124. Kepenek B. “*Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki*”, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
125. Kara A. “*KOAH’lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi*”, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2019.
126. Ekenler Ş. “*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler*”, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2017.
127. Ak Türkü N. “*Ameliyat Öncesi Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Anksiyete Düzeyine Etkisi*”, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2019.
128. Çetin D. “*Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesinde Yaşadıkları Anksiyetenin Azaltılmasında Eğitimin Önemi*”, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

129. Dempster M, Howell D, McCorry NK. “Coping with illness perceptions and physical health conditions: A meta-analysis”, *Journal of Psychosomatic Studies*, 2015, 79 (6): 506-513.
130. Orbell S, O’Sullivan I, Parker R, Steele B, Campbell C, Weller D. “Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result”, *J Sport Health Sci*, 2008, 67: 1465-1474.
131. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. “Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure”, *Hurt&Lung*, 2011, 40: 111-121.
132. Liman T. “*Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı Algılamaları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.

EKLER

EK-1

HASTA BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Soruların doğru bir şekilde yanıtlanması çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir.

Teşekkür ederiz...

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI
Yüksek Lisans Öğrencisi
Taner KOÇKARA

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim düzeyiniz:
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Önlisans () Lisans () Lisansüstü
5. Mesleğiniz:
() Memur () İşçi () Emekli () Ev Hanımı () Diğer
6. Çalışıyor musunuz? () Hayır () Evet
7. Sosyal güvenceniz:
() SGK () Emekli sandığı () Bağkur () Özel sağlık sigortası () Yok
8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
() Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla
9. Kronik bir hastalığınız var mı?
() Hayır () Evet (lütfen belirtiniz)
10. Kalp hastalığınız ne zaman teşhis edildi?
11. Kalp hastalığınızla ilgili bilginiz var mı?
() Hayır () Evet
12. Kalp hastalığınızla ilgili bilgiyi nereden aldınız?
() Doktor () Hemşire () İnternet () Diğer (Lütfen belirtiniz)
13. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?
14. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? () Hayır () Evet
15. Kullandığınız ilaçlar ve sıklığı nedir?
.....
16. Günde toplam kaç ilaç alıyorsunuz?

17. İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz? () Hayır () Evet
17b. İlaçlarınızı düzenli alamıyorsanız nedeni nedir?
.....
18. Hastalığınızla ilgili düzenli kontrollere gidiyor musunuz? () Hayır () Evet
18b. Hastalığınızla ilgili düzenli kontrollere gidemiyorsanız nedeni nedir?
.....
19. Sigara kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet
19b. Sigara kullanıyorsanız ne kadar (adet/gün) kaç yıldır?
20. Alkol kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet
20b. Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/gün) kaç yıldır?
21. Ailenizde kalp hastalığı olan var mı? () Hayır () Evet
22. Ailenizde daha önce anjio olan var mı? () Hayır () Evet
23. Ailenizde kalp hastalığı nedeniyle ölen var mı? (Anne, Baba, Kardeş, Amca, Dayı..) () Hayır () Evet

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

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

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

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

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:.....Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Okan Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI danışmanlığında, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programından Taner KOÇKARA tarafından yürütülen “Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma, akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmada sizden tahminen 10-15 dk kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya tanerkockara@windowslive.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı: Taner KOÇKARA

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

İletişim Bilgileri:

e-posta: tanerkockara@windowslive.com

e-posta:

EK-2 YAZARLARDAN ÖLÇEK KULLANIMINA DAİR ALINAN İZİN YAZISI

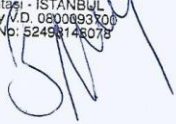
Hastalık Algısı Ölçeği kullanım izni

03.01.2019

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında tez çalışması yapan Taner KOÇKARA 'nın, Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi, konulu yüksek lisans tezinde "Hastalık Algısı Ölçeği" ni kullanmasına izin veriyorum.

Dr. Zeynep ARMAY

ZEYNEP ARMAY
Uzm.Klinik Psikolog Psiko-onkolog
Diploma No:1351
Orhan Ersek Sk. Ferah Apt. No:35
D:2 Nişantaşı - İSTANBUL
Mediye Köyü M.D. 0800693700
T.C.Kimlik No: 52498148078



Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri kullanım izni

03.01.2019

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında tez çalışması yapan Taner KOÇKARA'nın, Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi, konulu yüksek lisans tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner

Y. Unay

EK-3: Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 13.02.2019

Toplantı Sayısı: 103

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 13.02.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 29. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Taner KOÇKARA'nın** "Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

EK-4: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kulp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS
KULP VE DAMAR CERRAHİSTİRİLMİ VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - İSTANBUL DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS
KULP VE DAMAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
14535516-00-55 - 5000538 - 004 01 01 - E 115

Sayı : 28001928-604.01.01
Konu : Taner KOÇKARA'nın Araştırma
İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 07/03/2019 tarih ve E-949 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Taner KOÇKARA, Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI'nın danışmanlığında yürütülen "Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı araştırmasını hastanemizde yapma talebi 07.03.2019 tarihinde gerçekleştirilen Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu'nda (TUEK) 'te değerlendirilmiş olup; uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Uğur KOÇOĞULLARI
Başhekim

Tıbbiye Cad. No:13 Haydarpaşa-Üsküdar/İstanbul

Telefon: Faks No: 0216 418 96 49

e-Posta: erdem.i@sağlik.gov.tr İnternet Adresi: www.siyamiersek.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://c-belge.saglik.gov.tr> adresinden 739e5d47-ea2d-42b7-b26f-844e136b30a1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Erdem IŞIK

SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No: 0216 542 45 53

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	TANER	Soyadı	KOÇKARA
Doğum Yeri	TUNCELİ	Doğum Tarihi	01.01.1994
Uyruğu	T.C.	Telefon	
E mail	tanerkockara@windowlive.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
Lisans	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2016
Lise	Öğretmen Zeynel Erol Anadolu Lisesi-Tunceli	2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Dr. Siyami Ersek Hastanesi	15.05.2017- devam ediyor
Hemşire	Acıbadem Hastanesi	14.07.2016-05.05.2017

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YÖKDİL Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta	56,25

Sertifikalar: İlk Yardım Eğitim Sertifikası, Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü (2013),
UMKE Sertifikası (2019)

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Windows, Microsoft Office