



**KALP KRİZİ GEÇİREN HASTALARIN GÖĞÜS AĞRISI
İLE ÖLÜM ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Emine NEHRİ
Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esin KAVURAN

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**KALP KRİZİ GEÇİREN HASTALARIN GÖĞÜS AĞRISI
İLE ÖLÜM ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Emine NEHRİ

**Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esin KAVURAN**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Krizi Tanımı	4
2.1.1. Kalp Krizi Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kalp Krizi Klinik Özellikleri ve Semptomları	4
2.1.3. Angina Pektoris.....	5
2.1.4. Göğüs Ağrısı Değerlendirme Kriterleri	5
2.1.5. Göğüs Ağrısı	6
2.1.6. Hemşirelik Tanısı Olarak Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı	7
2.2. Ölüm	9
2.2.1. Ölüm Anksiyetesi	9
2.2.2. Ölüm Korkusu.....	10
2.2.3. Hemşirelik Tanısı Olarak Ölüm Anksiyetesi ve Hemşirelik Yaklaşımı	11
2.3. Göğüs Ağrısı ve Ölüm Anksiyetesi Arasındaki İlişki	12
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	16
3.4.2. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	16
3.4.3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu	17
3.5. Verilerin Toplanması	18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	19
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIşMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
KAYNAKLAR	37
EKLER	44
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	44
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	45
EK-3. KURUM İZİNİ	46
EK-4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU	47
EK-5. ABDEL- KHALEK ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ.....	49
EK-6. MCGİLL AĞRI ÖLÇEĞİ KISA FORMU	50
EK-7. BİLGİLENDİRİLMİş ONAM FORMU.....	51
EK-8. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	53

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ışığında desteğini her zaman yanımda hissettiğim, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı değerli hocam Sayın Prof. Dr. Mağfired KAŞIKÇI 'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Esin KAVURAN'a ve jüri üyesi olarak tezime verdikleri kıymetli katkılarından dolayı değerli hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Elanur ULUDAĞ'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen ve hayatımın her anında sevgilerini eksik etmeyen anneme babama kardeşlerime, tez döneminde yardımlarından dolayı çalışma arkadaşlarıma ve sorumlu hemşireme, araştırmaya katılan veya katılamayan tüm hastalara teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Saygılarımla.

Emine NEHRİ

ÖZET

Kalp Krizi Geçiren Hastaların Göğüs Ağrısı ile Ölüm Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışma kardiyoloji yoğun bakımda miyokard enfarktüsü tanısı ile yatan hastalarda göğüs ağrısı ile ölüm korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışma, Ocak 2023 - Eylül 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Mayıs 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi kardiyoloji yoğun bakım ünitesine yatan 165 hasta oluşturmuştur. Veriler; Sosyodemografik Bilgi Formu, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analiz için SPSS 15.00 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Karşılaştırmalı analiz, ortalamalardaki iki farklılığın anlamlılık testi (t-testi) olan ANOVA'yı ve Mann-Whitney-U testini kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların McGill Ağrı Ölçeği ile Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve görsel uyarıların ölüme karşı uyandırdığı korku, ölümün getirdiği ruhsal ve fiziksel ağrıya yönelik korku, ölümü anımsatan durumlarla ilgili korku, ölümden sonrasıyla ilgili oluşan korku ve ölümün kendisinden korkma alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek seviyede bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların McGill Ağrı Ölçeği ile duyuşsal ağrı alt boyutu puanı arasında pozitif yönde yüksek seviyede, algısal ağrı alt boyutu puanı arasında pozitif yönde düşük seviyede bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.001$).

Sonuç: Kalp krizi geçiren hastaların Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, ölüm kaygısı ve alt boyutları arasında pozitif yönde ileri seviyede bir bağlantı olduğu görüldü. Kalp krizi geçiren hastaların göğüs ağrısı ile ölüm anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve ileri düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi. Bu çalışmada, hemşirenin danışmanlık, liderlik, araştırmacı rollerini kullanarak hastaların ölüm kaygısını başa çıkmada ve güvende hissettmesini, hemşirelik bakım hizmetleriyle sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, göğüs ağrısı, ölüm anksiyetesi, kalp krizi

ABSTRACT

Determination of the Relationship Between Chest Pain and Death Anxiety in Patients with Heart Attack

Aim: This study was planned and implemented as a descriptive study in order to determine the relationship between severe chest pain and fear of death during a heart attack.

Material and method: This descriptive and correlation-seeking study was conducted between January 2023 and July 2024. The population of the study consisted of 165 patients hospitalized in the cardiology intensive care unit of Atatürk University Research Hospital between January and June 2023. Data; Sociodemographic Information Form, Abdel-Khalek Death Anxiety Scale, McGill Pain Scale Short Form were used. For data evaluation and statistical analysis, it was analyzed using SPSS 15.00 package program. Comparative analysis used ANOVA, a significance test of two differences in means (t-test), and the Mann-Whitney-U test.

Results: The participants had positive high levels of scores on the McGill Pain Scale and the Abdel-Khalek Death Anxiety Scale and the sub-dimensions of fear of death evoked by visual stimuli, fear of the mental and physical pain brought by death, fear of situations reminiscent of death, fear of the afterlife, and fear of death itself. It turned out that there was a relationship. It was revealed that there was a high positive correlation between the participants' McGill Pain Scale and the affective pain subscale score, and a low positive correlation between the perceptual pain subscale score ($p < 0.001$).

Conclusion: When the distribution of the Abdel-Khalek Death Anxiety Scale average scores of patients who had a heart attack was examined, it was seen that there was a strong positive connection between death anxiety and its sub-dimensions. It was determined that there was a statistically significant, positive and advanced relationship between chest pain and death anxiety in patients who had a heart attack. In this study, it is recommended that nurses use the roles of counseling, leadership and researcher to help patients cope with death anxiety and feel safe through nursing care services.

Key Words: chest pain, death anxiety, heart attack, Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC	: ABD Görüntüleme Kardiyolojisi
AHA	: Amerikan Kalp Derneği
AKS	: Akut Koroner Sendrom
AÖAÖ	: Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
AP	: Angina Pectoris
APA	: Amerikan Psikoloji Derneği
CVD	: Kardiyovasküler Hastalık
EKG	: Elektrokardiyogram
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler hastalık
MAÖ-KF	: McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu
MI	: Miyokard Enfarktüsü
NANDA	: Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
PTE	: Pulmoner Tromboemboli
SPO	: Oksijen Satürasyonu
TEKHARF	: Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	: Visüel Analog Skalası
WHO	: Dünya Sağlık Teşkilatı

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. TUIK 2017-2018 yılı ölüm verileri	5
Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	20
Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı	21
Tablo 4.3. Katılımcıların ölçek puan ortalamalarının dağılımı	22
Tablo 4.4. Katılımcıların AÖAÖ puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	23
Tablo 4.5. Katılımcıların AÖAÖ puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4.6. Katılımcıların MAÖ-KF puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	25
Tablo 4.7. Katılımcıların MAÖ-KF puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı	27
Tablo 4.8. Ölçek puan ortalamaları ve alt boyutlarının korelasyonu	29

1. GİRİŞ

Hemşireler, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda iyileştirmek amacıyla çeşitli roller üstlenirler. Hemşirelerin bu süreçte bireylerle kurdukları etkileşim, sadece fiziksel bakım sağlamakla sınırlı kalmaz, aynı zamanda psikolojik destek de içerir (Açıkgöz & Baykal, 2023). Peplau'nun psikodinamik hemşirelik kuramında vurguladığı gibi, hemşire-hasta arasındaki kişiler arası ilişki, hastaların korku ve kaygılarını hafifletmekte kritik rol oynar. Bu kişiler arası etkileşim, sadece fiziksel rahatlamayı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastaların kendilerini güvende hissetmelerine yardımcı olarak iyileşme sürecini hızlandırır (Demirbağ, 2021). Benzer şekilde, Orlando ve Travelbee gibi hemşirelik kuramcıları da hemşireliği, "kişiler arası etkileşim süreci" olarak vurgulamışlardır (Çoşkun & Hoşgör, 2024). Bu yaklaşımlar, hemşirelerin hastalarla kurduğu güvene dayalı ilişkilerin önemini vurgulamaktadır. Hemşirelerin profesyonel bilgi ve becerilerini sürekli güncellemeleri, hastaların tedavi süreçlerinde en iyi sonuçları elde etmeye çalışmaları bakım kalitesini artırır. Bu bağlamda hemşireler, kalp krizi gibi acil sağlık sorunlarında kritik rol oynarlar. Koroner arter hastalığı (KAH), dünyada ve ülkemizde en yaygın mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Türkiye'de koroner arter hastalığının mortalitesi, Avrupa ülkeleri arasında üst sıralarda yer almaktadır (Akman & Civek, 2022). KAH, kalp krizine kadar birçok klinik durumu içeren kapsamlı bir tanımdır ve kalp krizi, bu hastalar içinde en yüksek mortalite oranına sahip klinik durumdur (Karakoç ve ark., 2017). Kalp krizi geçiren hastalarda en yaygın görülen semptomlardan biri göğüs ağrısıdır. Bu ağrı, hastaların genellikle kriz sırasında en yoğun şekilde deneyimlediği belirti olup, çoğunlukla acil servise başvuru nedeni olarak karşımıza çıkar (Thygesen ve ark., 2018). Hemşireler, göğüs ağrısıyla gelen hastaların değerlendirilmesinde, ağrı şiddeti ile birlikte bu semptomun yol açabileceği psikolojik durumu da göz önünde bulundurmalıdır. Göğüs

ağrısı, sadece fiziksel bir semptom olmanın ötesinde, ölüm anksiyetesini tetikleyebilecek bir faktördür (Whitehead ve ark.,2020). Yapılan çalışmalar, kalp krizi geçiren hastalarda göğüs ağrısının, bireylerde yaşamını kaybetme korkusu ve yoğun kaygıya neden olduğunu göstermektedir (Turan ve ark.,2022). Bu nedenle, hemşireler hastaların fiziksel bakımını sağlarken, aynı zamanda ölüm anksiyetesi gibi psikolojik etkilerle başa çıkmalarına da yardımcı olmalıdırlar (Çetin, 2021).

Ölüm anksiyetesi, bireyin ölümle ilgili duyduğu korku ve kaygıları içerir. Kalp krizi gibi yaşamı tehdit eden durumlar, hastaların ölüm kaygısını artırabilir. Hemşireler, bu tür anksiyetelerin ortaya çıkabileceğini öngörerek, hastalara sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal destek de sağlamalıdırlar (Özdemir ve ark., 2022). Ölüm anksiyetesinin, kalp krizi gibi ciddi sağlık sorunları karşısında evrensel bir duygu olarak ortaya çıkması ve bireyden bireye değişiklik göstermesi, hastaların bu durumu yönetme biçimlerini de etkileyebilir (Türkmen, 2012).

Yapılan çalışmalar, göğüs ağrısının ölüm anksiyetesi ile yakından ilişkili olduğunu ve bu anksiyetenin bireylerin yaşam kalitesi ile sosyal yaşamlarına olumsuz etkilerde bulunduğunu göstermektedir (Karakuş ve ark., 2012). Bu noktada, hemşirelerin hastaların psikolojik ve fiziksel iyilik hallerini dengeleyici bir rol üstlenmeleri kritik bir önem taşır. Hemşireler, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne dayanarak kalp krizi geçiren hastalarda göğüs ağrısını yönetirken, aynı zamanda hastaların yaşadığı ölüm anksiyetesini de dikkate almalı ve bu iki kavramı birbiriyle ilişkilendirerek bütüncül bir bakım sunmalıdır (Kurt ve ark., 2016).

Kalp krizi geçiren hastalarda göğüs ağrısı ile ölüm anksiyetesi arasında önemli bir ilişki olduğu bilinmektedir (Buruntekin F. 2022). Hemşireler, bu süreçte hem hastaların fiziksel semptomlarını hafifletmeye hem de psikolojik olarak destek sağlamaya yönelik girişimlerde bulunarak, hastaların bakım sürecine katkıda bulunmalıdırlar. Bu çalışmada,

kalp krizi geçiren hastalarda ggs ağrısı ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma soruları

1. Kalp krizi geçiren hastaların ölüm anksiyete düzeyleri nedir?
2. Kalp krizi geçiren hastaların ölüm anksiyeteleri ile sosyo demografik özellikleri arasında bir ilişki var mı?
3. Kalp krizi geçiren hastaların ölüm anksiyeteleri ile ggs ağrıları arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Krizi Tanımı

Kalp krizi, dünya genelinde en yaygın ölüm nedenlerinden biri olup, miyokardiyal iskeminin yol açtığı oksijen yetersizliği sonucu kalp kasında meydana gelen nekroz olarak tanımlanır (Bayrak, 2010). Kalp krizine bağlı morbidite ve mortalite oranları hem erkeklerde hem de kadınlarda yüksektir (Ayvaz & Enç, 2018). Kriz, genellikle aterosklerotik plak yırtılması sonucu oluşur ve hızlı müdahale edilmediğinde geri dönüşümsüz miyokard hasarı meydana gelir (İliçin ve ark., 2003). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre kalp krizi tanısı, tipik göğüs ağrısı, elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri ve artmış miyokardiyal belirteçlerin varlığı ile konur (Vestraete, 2000). Göğüs, boyun, sırt, omuz gibi bölgelerde ağrı, terleme, bulantı ve ölüm korkusu gibi belirtiler gözlemlenebilir (TKD, 2007). Psikolojik faktörler, özellikle anksiyete ve depresyon, kalp krizi riskini artıran önemli etmenler arasında yer almaktadır (Dirik ve ark., 2008).

2.1.1. Kalp Krizi Epidemiyolojisi

Kalp krizi, aterosklerotik kökenli bir hastalık olup, ciddi morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1 milyondan fazla kişi kalp krizi geçirirken, Türkiye'de yaklaşık 3.1 milyon koroner kalp hastası bulunmaktadır. Her yıl 190.000 kişi koroner kalp hastalıklarından ölmektedir (TEKHARF, 2009). Risk faktörleri arasında hipertansiyon, diyabetes mellitus, obezite, tütün kullanımı ve fiziksel hareketsizlik yer alır (Abacı, 2011).

2.1.2. Kalp Krizi Klinik Özellikleri ve Semptomları

Kalp krizi belirtileri genellikle göğüs ağrısı, nefes darlığı, terleme ve bulantı şeklinde ortaya çıkar. Bazı vakalarda yaşlılar ve diyabetik hastalarda atipik semptomlar veya asemptomatik tablolar gözlemlenebilir (Mahajan ve ark., 2019). EKG, kardiyak

enzimler ve hasta öyküsü tanı koymada önemli rol oynar. Erken müdahale, mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir (Abdo Ahmed ve ark., 2020).

2.1.3. Angina Pektoris

Angina pektoris, miyokardın oksijen ihtiyacı ile sunumu arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan, genellikle göğüs ağrısı ile kendini gösteren bir durumdur (Boydak ve ark., 2001). Stabil angina genellikle efor sırasında görülürken, unstabil angina dinlenme anında da meydana gelebilir ve MI riskini artırır (Aydemir ve ark., 2010).

2.1.4. Göğüs Ağrısı Değerlendirme Kriterleri

Angina pektoris tanısında göğüs ağrısının yeri, süresi, karakteri ve tetikleyici faktörler dikkate alınır. Ağrı genellikle retrosternal bölgede olup, sol kola ve çeneye yayılabilir. Fiziksel aktivite, stres ve soğuk maruziyeti gibi faktörler semptomları tetikleyebilir (Çetin, 2021). Tablo 2.1'de kardiyak ve diğer nedenlerle ilişkili göğüs ağrısı nedenleri özetlenmiştir.

Tablo 2.1. TUİK 2017-2018 yılı ölüm verileri

	2017		2018	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	167.267	39.0	161.920	38.4
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	81.886	39.05	83.163	19.7
Solunum sistem hastalıkları	50.224	11.8	52.568	12.5
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	20.623	4.9	20.766	4.9
Endokrin, beslenme ve metabolizma	20.219	4.8	20.074	4.8
Diğer	62.126	14.7	64.211	15.02

Kardiyovasküler hastalık bir numaralı ölüm nedenidir. Bunlardan iskemik kalp hastalığı en önemlisidir. İskemik kalp hastalığı, koroner arterlerden akan kan miktarıdır. Aterosklerozun neden olduğu daralma veya tıkanma sonucu oluşmaktadır. Oksijen

yoksunluğunun derecesine bağlı olarak anjina pektoris ve MI meydana gelebilmektedir (Özkan ve ark., 2018)

2.1.5. Göğüs Ağrısı

Göğüs ağrısı, retrosternal bölgede hissedilen rahatsızlık veya ağrı olarak tanımlanır ve çeşitli kardiyak, pulmoner, gastrointestinal veya muskuloskeletal nedenlerden kaynaklanabilir. Göğüs ağrısı, acil tıbbi müdahale gerektiren ciddi durumların belirtisi olabileceği gibi, daha az tehlikeli nedenlerle de ortaya çıkabilir. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı göğüs ağrısı, özellikle akut koroner sendromlar ve miyokard enfarktüsü (kalp krizi) gibi acil müdahale gerektiren durumların habercisi olabilir (Fuller ve ark., 1980). Göğüs ağrısının birçok farklı nedeni olabileceği için tanısal süreç oldukça karmaşık olabilir.

Göğüs Ağrısının Nedenleri

Göğüs ağrısının nedenleri kardiyak, pulmoner, gastrointestinal ve muskuloskeletal faktörlerle ilişkili olabilir. Bu nedenler arasında en yaygın olanlar şunlardır:

1. Kardiyak Nedenler

Akut Koroner Sendrom (ACS): Göğüs ağrısının en ciddi ve acil nedenlerinden biridir. Miyokard enfarktüsü (kalp krizi) genellikle bu gruba girer ve kalp kasına yeterli oksijen gitmemesi sonucu oluşur (Bayrak, 2010). Kalp krizi sırasında hastalar genellikle göğüste baskı, sıkışma veya yanma hissederler.

Angina Pektoris: Miyokard iskemisi sonucu ortaya çıkan göğüs ağrısıdır. Stabil angina eforla, unstabil angina ise dinlenme sırasında bile ortaya çıkabilir. Angina pektoris, miyokard enfarktüsünün bir habercisi olabilir (Boydak ve ark., 2001).

Perikardit ve Miyokardit: Kalp zarının veya kasının iltihaplanması sonucunda gelişen bu durumlar da göğüs ağrısına yol açabilir.

Aort Diseksiyonu: Aortun iç tabakasının yırtılması sonucu oluşan bu durum ani ve şiddetli göğüs ağrısına neden olur (Gulizia ve ark., 2018).

2. Pulmoner Nedenler

Pulmoner Emboli: Akciğer damarlarında tıkanıklığa neden olan kan pıhtıları, ani ve şiddetli göğüs ağrısına yol açar. Bu durum hayatı tehdit edici olabilir.

Pnömoni ve Pnömotoraks: Akciğer enfeksiyonları veya akciğerin çökmesi de göğüs ağrısına neden olabilir (Mahajan ve ark., 2019).

3. Gastrointestinal Nedenler

Gastroözofageal Reflü: Mide asidinin yemek borusuna geri kaçması sonucu oluşan yanma hissi, göğüs ağrısı ile karıştırılabilir.

Özofagus Spazmı: Yemek borusundaki kas spazmları göğüs ağrısına neden olabilir ve kalp krizi belirtilerine benzeyebilir (Dirik ve ark., 2008).

4. Muskuloskeletal Nedenler

Kostokondrit: Göğüs kafesi çevresindeki kas ve kemik yapılarının iltihaplanmasıdır ve genellikle travma veya aşırı kullanım sonucu oluşur.

Kas-iskelet Ağrıları: Göğüste kas gerginliği, travma veya fibromiyalji gibi durumlar göğüs ağrısına neden olabilir.

2.1.6. Hemşirelik Tanısı Olarak Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Ağrı, hastalar için hem fiziksel hem de psikolojik bir stres kaynağı olup, sık karşılaşılan bir hemşirelik tanısıdır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'ne (IASP) göre ağrı, “gerçek veya potansiyel doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen hoş olmayan duyu ve duygusal bir deneyimdir” (IASP, 2020). Hemşireler, ağrı yönetiminde kritik bir role sahiptir, çünkü ağrı, tedavi edilmediğinde hastaların iyileşme süreçlerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir (Carpenito, 2016). Ağrı, bir hemşirelik tanısı olarak ele alındığında, kapsamlı bir değerlendirme

gerektirir. Hemşireler, ağrının şiddetini, süresini, yerini ve niteliğini dikkatle izlemeli ve hastanın bireysel ağrı toleransını göz önünde bulundurarak uygun bakım planı geliştirmelidir. Bu süreçte kullanılan yöntemler arasında ağrı skalaları, hastanın sözel ifadeleri ve davranışsal göstergeler yer alır (McCaffery & Pasero, 1999). Hemşirelik bakımında multidisipliner yaklaşım önemlidir. Farmakolojik tedavi, hastanın gereksinimlerine göre ağrı kesiciler, nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar veya opioidlerle sağlanabilir. Farmakolojik olmayan yöntemler ise gevşeme teknikleri, derin nefes egzersizleri, sıcak-soğuk uygulamaları ve dikkat dağıtma gibi yöntemleri içerir. Bu yöntemler, hastanın ağrıyla daha iyi yönetmesine yardımcı olur (Benson & Stuart, 1992). Hemşireler ayrıca, hastaların ağrılarıyla ilgili endişelerini ve duygusal durumlarını göz önünde bulundurarak psikososyal destek sağlamalıdır. Bu, hastaların ağrı algısını azaltabilir ve iyileşme süreçlerini hızlandırabilir. Özellikle kronik ağrısı olan hastalarda, düzenli değerlendirme ve ağrı yönetim stratejilerinin yeniden gözden geçirilmesi, bakımın etkinliğini artırır (Carpenito,2016).Ağrının hemşirelik tanısı olarak ele alınmasıyla ilgili yapılan araştırmalar, ağrı yönetiminin sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal yönlerinin de önemini vurgulamaktadır. Araştırmalarda, ağrı yönetiminin etkinliğinin artırılmasında hasta eğitiminin ve bireyselleştirilmiş bakımın kritik öneme sahip olduğu belirtilmiştir (Ferrell & McCaffery, 2014). Hem akut hem de kronik ağrı yönetiminde, hemşirelerin multidisipliner ekiplere katkıda bulunarak hastaların ağrılarını hafifletmek için çeşitli yöntemler kullanması önerilmektedir (IASP, 2020). Göğüs ağrısı, hemşirelik bakımında önemli bir tanı olarak ele alınmalıdır. Göğüs ağrısı, hastanın yaşamını tehdit edebilecek kardiyak olayların belirtisi olabileceği için acil müdahale gerektiren bir durumdur. Hemşireler, göğüs ağrısı yaşayan hastaları dikkatle değerlendirmeli, ağrının süresi, şiddeti, yeri ve tetikleyici faktörler gibi unsurları göz önünde bulundurarak acil bakım planı oluşturmalıdır. Göğüs ağrısına eşlik eden diğer

semptomlar (terleme, bulantı, nefes darlığı) dikkatlice izlenmeli ve gerektiğinde sağlık ekibi bilgilendirilmelidir (NANDA International, 2021).

2.2. Ölüm

Tüm zamanlarda ve kültürlerde yaşamın en önemli olaylarından biri olarak kabul edilir (Tanhan, 2007). Tıbbi açıdan ölüm, bir organizmanın hayati organlarının yenilenme yeteneğini kaybetmesi ve fonksiyonlarının sona ermesidir (Çobanlı ve ark., 2001). Felsefi açıdan ise ölüm, yaşamın tamamlayıcısı olarak görülür. Jung'a göre ölüm, hayatın anlamını tamamlayan bir süreçtir (Jung, 1997).

Freud, ölüm içgüdüsünü "Thanatos" olarak adlandırır ve bunu insanın yıkıcı dürtüleriyle ilişkilendirir (Karabulut, 2019). Antik Yunan filozofu Epikür, ölümü reddederken Stoacılar, ölümün önemli bir parçası olduğunu kabul eder. Karl Jaspers ise ölümü metanetle karşılamayı önerir (Hançerlioğlu, 1989). Varoluşçu filozoflar, özellikle Heidegger, ölümü hem fiziksel olarak yıkıcı hem de düşünsel olarak kurtarıcı bir süreç olarak tanımlar (Geçtan, 1989). Varoluşçulara göre ölüm, varoluş bilincini yükselten ve insanı daha yüksek bir yaşam bilincine taşıyan bir faktördür (Yalom, 1999). Dinler ise ölüm ve ölüm korkusunu, inananların yaşamını şekillendiren önemli unsurlar olarak değerlendirir.

2.2.1. Ölüm Anksiyetesi

İnsanların öleceğini fark etmeleri, varoluşsal kaygıya yol açar. Fromm (1994), ölüm korkusunun insanları derinden etkilediğini belirtir. Ölüm, insan deneyim alanının dışında gerçekleşen bir olaydır ve bu nedenle bireyler çevresindeki ölüm deneyimlerinden etkilenerek farklı tutumlar geliştirir (Alkan, 1999). Belsky (1999), ölüm korkusunun normal olduğunu ve bireyin yaşamın sonu hakkındaki düşüncelerinden kaynaklandığını ifade eder. Varoluşçu psikolojiye göre ölüm korkusu, insan varoluşunun temel unsurlarından biridir (Beck, 2006).

2.2.2. Ölüm Korkusu

Ölüm korkusu, kontrol edilemeyen ve kaçınılmaz bir fenomen olarak bireyde kaygı yaratır. Bauman (2000), ölümün bireyin varlığına yönelik bir tehdit olduğunu vurgular. Bireyler sadece kendi ölümlerinden değil, sevdiklerinin ölümüyle ilgili de kaygı yaşar (Deren, 1999). Ölüm korkusu; acı çekme, bilinmezlik, erken ölüm veya var olmama korkusu gibi farklı şekillerde kendini gösterebilir (Gilliland ve ark., 1986).

Savunma Mekanizmaları

Kişiler, ölüm korkusuyla başa çıkmak için çeşitli savunma mekanizmaları geliştirirler. Kübler Ross'a göre (Hökelekli, 1993), birçok korkunun altında ölüm korkusu yatar. Bastırma ve diğer savunma mekanizmaları, ölüm korkusunu hafifletmeye çalışsa da duyguların ifade edilmesini engelleyebilir. Cenaze ritüelleri ve mezarlık ziyaretleri, bireylerin ölüm korkusunu hafifletmesine yardımcı olan kültürel savunma mekanizmalarıdır (Thomas, 1991).

Kültürel Savunmalar

Ölüm korkusuna karşı geliştirilen savunma mekanizmalarının bir kısmı kültürelidir. Csikszentmihalyi (2005), kültürün kaosu önleyici bir rol oynadığını ve bireyleri ölüm korkusundan koruduğunu belirtir. Biyolojik, dini ve yaratıcı yollarla ölümsüzlük arayışı, bireylerin ölümlerine yardımcı olur (Hökelekli, 2008).

Bireysel Savunmalar

Kişisel savunmalar, ölüm korkusuyla başa çıkmada önemli bir rol oynar. Yalom'a (1999) göre bireyler, kendi dokunulmazlıklarına veya nihai bir kurtarıcıya inanarak ölüm korkusunu hafifletirler. Kahramanlık, işkoliklik, narsisizm ve kontrolcü davranışlar da ölüm korkusuyla baş etme stratejileri olarak ortaya çıkabilir. Ancak bu savunmalar, aşırıya kaçıldığında psikolojik sorunlara neden olabilir (Yalom, 1999).

2.2.3. Hemşirelik Tanısı Olarak Ölüm Anksiyetesi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler, hastaların ihtiyaçlarını değerlendirirken ve bakım planlarını hazırlarken titiz ve özenli olmalıdır. Hastaların hem fiziksel hem de psikolojik ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak bütüncül bir bakım sunmak, iyileşme süreçlerine ve genel sağlık durumlarına önemli katkılar sağlar. Hemşireler, hastaların tedaviye uyumlarını ve süreçlere katılımlarını kolaylaştırmada kritik bir rol oynar. Ayrıca, hasta ile kurdukları etkili iletişim sayesinde hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlayarak, bu ihtiyaçlara uygun bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturabilirler (Arslankaya & Çelik, 2021). Ölüm anksiyetesi yaşayan hastalarla çalışırken hemşireler, etkili yaklaşımlar benimsemelidir. Öncelikle, empati ve aktif dinleme yoluyla hasta ile güven temelli bir ilişki kurmak, hastaların korku ve endişelerini açıkça ifade etmelerini sağlar. Bu güven ilişkisi, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerine yardımcı olur (Peplau, 1952). Hastaların durumları, tedavi süreci ve olası sonuçlar hakkında açık ve anlaşılır bilgiler sağlamak, belirsizlik ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan anksiyeteyi azaltır. Eğitim, hastaların kontrol duygusunu artırarak anksiyetelerini yönetmelerine yardımcı olur (Carpenito, 2016). Hemşireler, ölüm anksiyetesi yaşayan hastalara psikolojik destek sunmalı ve gerekirse hastaları psikolog veya psikiyatrist gibi uzmanlara yönlendirmelidir. Psikolojik destek, hastaların duygusal yüklerini hafifletebilir ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirebilir (Yalom, 1980). Derin nefes alma, meditasyon ve gevşeme egzersizleri gibi rahatlatıcı teknikler, hastaların kaygılarını azaltmada etkili olabilir. Hemşireler, bu teknikleri hastalara öğretmek onların rahatlamasına yardımcı olabilir (Benson & Stuart, 1992). Hastaların aile üyelerini sürece dahil etmek, onların duygusal anlamda desteklenmesine yardımcı olur. Aile desteği, hastaların kendilerini yalnız hissetmemelerini sağlar (Wright & Leahey, 2005). Her hastanın anksiyete seviyesi ve başa çıkma yetenekleri farklıdır. Hemşireler, hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre

bakım planları oluşturmalarıdır. Bu, daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlar. Hemşireler, hastaların anksiyete seviyelerini düzenli olarak izlemeli ve bakım planlarını gerektiğinde güncellemeli, hastaların ihtiyaçlarını karşılamalıdır (Carpenito, 2016).

Ölüm anksiyetesi, özellikle kalp krizi gibi yaşamı tehdit eden durumlarda hastalarda sıklıkla görülen bir hemşirelik tanısıdır. Ölüm anksiyetesi, bireyde ölümün yaklaşması veya ölüm olasılığı karşısında hissedilen yoğun korku ve kaygı durumu olarak tanımlanır (Herdman & Kamitsuru, 2021). Kalp krizi geçiren hastalarda bu anksiyete, hem fiziksel semptomlar, hem de psikolojik stresle birleşerek hastanın genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşirelerin bu durumu tanıyıp yönetmesi, hastanın iyileşme sürecinde kritik bir rol oynar. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından da tanımlanan "Ölüm Anksiyetesi", hemşirelerin gözetiminde değerlendirilmesi gereken önemli bir psikososyal tanı olarak kabul edilmektedir (NANDA International, 2021).

2.3. Göğüs Ağrısı ve Ölüm Anksiyetesi Arasındaki İlişki

Kalp krizi geçiren hastalarda çoğunlukla göğüs ağrısı, nefes darlığı ve ilaveten bulantı, kusma, halsizlik, çarpıntı veya senkop gibi semptomlar görülmektedir. Kalp krizi hastalar tarafından ani gelişen, yaşamı ileri düzeyde tehdit eden ve stres düzeyini önemli ölçüde artıran bir durum olarak görülmektedir. Miyokard infarktüsünün sıklıkla stres, anksiyete ve depresyona neden olduğu ve ölüm kaygısını artırmaktadır (Badıllıoğlu ve ark., 2011).

Amerikan Psikoloji Derneği (APA) (2020) "kişinin ölümlülüğünü hatırlatan duygusal sıkıntı ve güvensizlik" ölüm kaygısı şeklinde tanımlamıştır. Ölüm kaygısı, insanlar ölüm anını yaşıyor olabileceğini hissettiği anda, savunma mekanizmalarının ortaya çıkardığı bilinçli veya bilinçsiz bir psikolojik durum olarak açıklanmıştır. Kalbin hayati bir organ olması, hastaların ölüm ve yaşama yönelik kalbe yükledikleri anlam, MI

sırasında yaşanan göğüs ağrısının şiddeti nedeniyle bireyler ölüm kaygısını hissedebilir. Ölüm kaygısı kişiyi psikososyal olarak olumsuz yönde etkiler ve çevreye uyum sağlamada zorlanmalara neden olur. Bu sebeple kaygının kardiyak olayların tekrarlaması ve erken ölüm riskini arttırması üzerinde etkili olabileceği de belirtilmiştir. MI hastalarında ölüm kaygısını ve bu kaygıyı etkileyen faktörleri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Albarqouni ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada, kalp krizi geçiren hastalar da , daha genç yaş, sigara içme, düşük sosyoekonomik durum ve bekar hastaların daha fazla ölüm korkusu ile ilişkili olduğunu bulmuştur. MI geçiren erkeklerde ölüm kaygısının hastaneye yatıştaki gecikmelerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. (Albarqouni ve ark., 2016).

MI sırasında insanlar yaşamı tehdit eden sağlık sorunları, sosyal ilişkileri, iletişimi, aile ve çalışma ortamını etkileyen ciddi hastaneye yatış semptomları ve bu süreçlerin belirsizliği nedeniyle çeşitli psikososyal sorunlar yaşayabilirler. Davranış problemi hastaların tedaviye uyumunu, tedaviyi, yaşam kalitesini, tedavi süresini, prognozu, mortalite ve morbiditeyi olumsuz şekilde değiştirebilir (Lazarus ve ark.,1984). Kaba (2019) yaptığı çalışmada, hastalar bu süreçleri stresli geçirmeleriyle olayların olumsuz etkilerini en aza indirmek için pek çok bilişsel, duygusal ve davranışsal başa çıkma yöntemleri bulmuşlardır. Ancak hastaların yaşadığı yoğun stres süreçleri kendisinin ve yakınlarının sağlığına yönelik tehditler patolojik başa çıkma şekilleriyle neticelenebilmektedir. Etkili baş etme tutumlarının gelişmesi bireyin hastalığının tedavi sürecinin olumlu sürdürülebilmesi ve tekrarlayan kardiyak olayların önlenerek mortalite oranlarının azaltılmasını sağlaması açısından önem taşımaktadır. Araştırmalarda kalp krizi geçiren hastalarda problem odaklı başa çıkma stratejileri kullanan hastaların, yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür. Kalp krizi geçiren hastalarda stresle başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi tedaviye uyum, mortalite ve morbidite açısından

önemli görülmektedir. Bu alanda daha fazla bilgiye ihtiyaç olduğu görülmüştür.. Kalp krizi geçiren kişilerde ölüm kaygısı ve hayatta kalma tutumlarının değerlendirilmesi, etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması ve buna göre hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi hemşirelik açısından oldukça önemli görülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda, MI tanılı bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının birlikte değerlendirildiği ve bu kavramları etkileyen değişkenlerin belirlenmesine yönelik bir çalışma bulunmamıştır (Kaba, 2019).

Bu çalışmanın amacı, kalp krizi geçirmiş kişilerde ölüm kaygısı, hayatta kalma tutumları ve bu algıları etkileyen değişkenleri açıklamaktır. Bu çalışma, miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda ölüm ve hayatta kalma korkusunun farkındalığını artırmayı, elde edilen sonuçları hastaların tedavi süreçlerinde kullanmayı ve yeni araştırmalara yol göstermeyi amaçlamıştır (Turan Kavradım ve ark., 2022).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kalp krizi geçiren hastaların göğüs ağrısı ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin açıklanması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Ocak 2023-Eylül 2024 tarihleri arasında kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastalar üzerinde çalışma yapılmıştır. Yoğun bakım ünitesi 16 yataklı olup ek olarak 3 izole oda bulunmaktadır. 24 saat içerisinde bir asistan, gündüz ve gece vardiyası olarak toplam 10 hemşire ve 8 personel çalışmaktadır. Yoğun bakım ünitesi içerisinde koroner anjio ünitesi bulunmaktadır. Koroner anjio ünitesinde 2 oda bulunmasıyla birlikte 24 saat boyunca hem acil vakalar hem de elektif vakalar alınabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri Mayıs 2023- Eylül 2023 arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakıma başvuran 165 MI tanısı almış hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarihler arasında örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmaktadır Araştırmaya dahil edilecek hasta sayısı göstermek için güç analizi kullanılmıştır. (Tekinalp, 2024).Yapılan güç analizinde %5 Tip1 hata ve %80 güç için orta etki büyüklüğünde 128 hastanın yeterli olduğu hesaplanmıştır. Hastalarda 15'ü çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 8 hasta okuma yazma bilmediği, 4 hasta Visüel Analog Skalası <3 (VAS) olduğu ve 4 hasta psikiyatri hastası olduğu için çalışmaya dahil edilmemiş ve çalışma toplamda 134 MI hastası ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde bulunmak
- En az okuryazar olmak
- 24 saat içerisinde MI tanısıyla yoğun bakımda yatıyor olmak
- Verileri toplarken formları anlayabilme ve cevap verme kapasitesine sahip olmak
- Gönüllü olmaktır
- Göğüs ağrısı olmak (VAS>3)(Dünya Sağlık Örgütü'nün ağrı şiddeti ölçeğine göre 3 grupta gösterildi: skor <3 hafif ağrı, 3-6 hafif-orta derecede ağrı ve >6 orta-şiddetli ağrı.) (Wewers ve ark.,1990).

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Sosyodemografik Bilgi Formu, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (AÖAÖ) , McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF) uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmacı kendi oluşturduğu formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik verileri sorgulayan değerlendiren bunun yanı sıra kronik hastalığını , sigara kullanımıyla ilgili alışkanlıklarını ve hastaneye yatışıyla ilgili kronik hastalık sorularıda yer almaktadır.

3.4.2. Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (AÖAÖ) (Ek-5)

Abdel-Khalek Ölüm Kaygısı Ölçeği, 1987 yılında Abdel-Khalek tarafından Arapça olarak geliştirilmiş ve 2004 yılında yeniden düzenlenmiştir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Sarıçiçek Aydoğan ve ark, (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek 20 madde ve 5 alt boyuttan oluşan 5'li Likert (puanı 1=hayır, 2=biraz, 3=biraz, 4=çok, 5=çok) bir ölçektir. Alt boyutları şu şekilde sınıflandırılmıştır; görsel uyaranların neden olduğu ölüm korkusu (madde 2. 8. 11. 16. 17), ölümün neden olduğu zihinsel ve fiziksel

acı korkusu (madde 5. 6. 10. 15. 19), ölüm benzeri durumlardan korkma (madde 3. 12. 14. 18), ölümden sonra yaşam korkusu (madde 7. 9. 13), ölüm korkusunun kendisi (madde 1. 4. 20). Ölçek sonunda hesaplanan en az puan 20, en çok puan 100'dür. Yüksek puan ölüm korkusunun arttığını belirtmektedir. Cronbach Alpha katsayısı 0.92; alt boyutların Alpha katsayıları 0.86, 0.85, 0.77, 0.60, 0.66 olarak bulunmuştur (Aydoğan ve ark.,2015).

Bu çalışmada ise, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği cronbach alfa değeri 0.96, olarak saptanmıştır.

3.4.3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF) (Ek-6)

McGill ağrı ölçeği kısa formu 1987 tarihinde Melzack tarafından yenilenmiştir. Bu ölçekte ağrının şiddeti, etki durumu ve özelliğiyle ilgili açıklamalar yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği Biçici tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Form üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci Kısım; bu kısım da ağrının özellikleri yer almaktadır. 15 adet yer alan tanımlayıcı kelimelerin 11'i ağrının duyusal boyutunu tanımlamak için, geri kalan 4'ü ise algısal boyutun değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. İkinci Kısım; kişinin ağrı yoğunluğunu belirlemek için 'hafif ağrı' ile 'dayanılamayacak şiddetli ağrı' arasındaki beş kelime öbeği içermektedir. Üçüncü Kısım; hastanın o durumdaki ağrı şiddetini ölçmek için değerlendirme yapılır. Duyusal ve algısal ağrı, MAÖ-KF'nun alt boyutları olup mevcut ağrı indeksi ve Görsel Kıyaslama Ölçeği'nin (GKÖ) korelasyon katsayıları sırasıyla 0.36, 0.77, 0.92 ve ölçeğin bütününe korelasyon katsayısının 0.59 olduğu belirlenmiştir (Biçici, 2010).

Bu çalışmada ise, McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu cronbach alfa değeri 0.70, olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde Mayıs 2023- Eylül 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama 10-15 dk süre içerisinde toplandı. Kurum izni aldıktan sonra araştırmanın verileri toplanmaya başlandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya alındı. Hastalara araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı. Hastalara bilgilendirilmiş onam formu sunularak araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların sözel onamları alındı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analiz için SPSS 15.00 paket programı kullanıldı. Veri toplama formları aracılığıyla elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, sayısal olarak tanımlanmış ayrık değişkenler için sayı ve yüzde olarak ve ölçüm tanımlı sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma olarak sunuldu. Karşılaştırmalı analiz, ortalamalardaki iki farklılığın anlamlılık testi (t-testi) olan ANOVA'yı ve Mann-Whitney-U testini kullanıldı (Bayramova, 2004). $P < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık göstergesi olarak kabul edildi. Kalp krizinde göğüs ağrısı ve ölüm kaygısı puanları, hastaların verdikleri "evet" yanıtlarının toplanmasıyla hesaplandı. Her "evet" yanıtı 1 puan olarak sayıldı.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu puan ortalaması, Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği.

Bağımsız değişkenler: Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulundan (EK-2) ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Bařhekimlięinden gerekli izin alındı (EK-3). Tüm çalışmalarda bilgi alınması gönüllülük esasına dayalı olduğundan, araştırmaya dahil edilen hastaların gönüllü katılımı önemli görüldü. Ayrıca çalışmanın amacı ve sonuçların kullanım amacı belirlendikten sonra hastadan sözlü onam alındı (aydınlatılmış onam ilkesi) (EK-7). Araştırmaya katılan kişilere, bilgilerinin başkaları ile paylaşılmayacağı ve “gizlilik ilkesi”ne uyulacağı bilgisi verildi. Araştırmada kullanılan ölçekler için ilgili yazarlardan gerekli kullanım izni alındı (EK-8).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması çalışmaya sınırlılık getirmiştir. Elde edilen bilgiler çalışmanın yapıldığı hastaneye genellenebilir.

4. BULGULAR

Kalp krizi geçiren hastalarda göğüs ağrısı ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 62.29±13.29, %67.9'unun erkek, %67.9'unun ilkokul mezunu, %82.1'inin evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %91.8'inin çalışmadığı, %84.3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %51.5'inin il merkezinde yaşadığı, %69.4'ünün sigara, %89.6'sının alkol kullanmadığı ve %71.6'sının sigara dumanına maruz kaldığı açıklanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=134)

Özellikler	n	(%)
Yaş ortalaması	62.29±13.29 (22-85 yaş)	
Cinsiyet		
Kadın	43	32.1
Erkek	91	67.9
Eğitim düzeyi		
İlkokul	91	67.9
Lise	26	19.4
Üniversite ve üzeri	17	12.7
Medeni durum		
Evli	110	82.1
Bekâr	24	17.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	11	8.2
Çalışmıyor	123	91.8
Geliri algılama durumu		
Gelirim giderimden az	10	7.5
Gelirim giderime eşit	113	84.3
Gelirim giderimden fazla	11	8.2
Yaşanılan yer		
İl	69	51.5
İlçe	31	23.1
Köy	34	25.4
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	41	30.6
Hayır	93	69.4
Sigara Dumanına Maruz Kalma Durumu		
Evet	96	71.6
Hayır	38	28.4
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	14	10.4
Hayır	120	89.6

Katılımcıların hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların %68.7’sinin ağrı durumunda hastaneye gittiği, %88.1’inin ağrı olunca çevresiyle paylaştığı saptanmıştır. Katılımcıların %79.1’inin kronik hastalığı bulunmakta, %63.4’ünün ailede kalp krizi geçiren yakınının olduğu, %85.1’inin daha önce hastaneye yatış yaptığı, %81.3’ünün yatış sırasında refakatçisinin olduğu ve %52.2’sinin aile ve çevresinde ani ölüme şahitlik etmediği belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=134)

Özellikler	n	(%)
Göğüs ağrısı durumunda yapılan uygulamalar		
Bilinen yöntemleri deneme	23	17.1
İlaç alma	19	14.2
Hastaneye gitme	92	68.7
Göğüs ağrısı olunca paylaşma durumu		
Evet	118	88.1
Hayır	16	11.9
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	106	79.1
Hayır	28	20.9
Ailede kalp krizi geçirme durumu		
Evet	85	63.4
Hayır	49	36.6
Daha önce hastaneye yatış yapma durumu		
Evet	114	85.1
Hayır	20	14.9
Yatış sırasında refakatçi olma durumu		
Evet	109	81.3
Hayır	25	18.7
Aile ve çevrede ani ölüme şahitlik etme durumu		
Evet	64	47.8
Hayır	70	52.2
VAS	3.11±1.84	

Araştırma kapsamına alınan bireylerin AÖAÖ ve MAÖ-KF puan ortalamaları Tablo 4.3’de verilmiştir. Araştırmada, katılımcıların AÖAÖ ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; görsel uyaranların ölüme karşı uyandırdığı korku alt boyut puan ortalaması 7.54±4.38, ölümün getirdiği ruhsal ve fiziksel ağrı doğrultusunda korku alt

boyut puan ortalaması 12.52 ± 4.51 , ölümü anımsatan durumlarla ilgili korku alt boyut puan ortalaması 5.89 ± 3.09 , ölümden sonrasında ilgili oluşan korku alt boyut puan ortalaması 4.96 ± 2.85 , ölümün kendisinden korkma alt boyut puan ortalaması $6-31 \pm 3.06$ ve toplam puan ortalaması 37.12 ± 16.02 olarak bulunmuştur. Katılımcıların MAÖ-KF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; duyuşsal ağrı alt boyut puan ortalaması 9.99 ± 4.88 , algısal ağrı alt boyut puan ortalaması 3.26 ± 2.79 ve toplam puan ortalaması 13.26 ± 6.24 olduğu bulunmuştur. Ayrıca VAS puan ortalamasının 3.11 ± 1.84 sonucu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=134)

Ölçek Puan Ortalaması	Madde Sayısı	Dağılım Aralığı	X±SS	Cronbach Alfa
AÖAÖ	20	20-95	37.12±16.02	
Görsel uyaranların ölüme karşı uyandırdığı korku	5	5-23	7.54±4.38	
Ölümün getirdiğı ruşsal ve fiziksel ağrıya yönelik korku	5	5-23	12.52±4.51	0.96
Ölümü anımsatan durumlarla ilgili korku	4	4-19	5.89±3.09	
Ölümden sonrasında ilgili oluşan korku	3	3-15	4.96±2.85	
Ölümün kendisinden korkma	3	3-15	6-31±3.06	
MAÖ-KF	15	0-33	13.26±6.24	
Duyusal ağrı	11	0-26	9.99±4.88	0.70
Algısal ağrı	4	0-12	3.26±2.79	

Araştırmada bireylerin AÖAÖ puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'de verilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre MAÖ-KF puan ortalamaları kıyaslama yapıldığında; kadınların erkeklere göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Katılım sağlayan hastaların medeni durumlarına göre AÖAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bekarların evlilere göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Katılım sağlayan hastaların durumlarına göre AÖAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan kişilerin çalışmalara göre ölçek puan ortalamalarının

fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Katılımcıların gelir durumlarına göre AÖAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir durumu giderlerinden az olan kişilerin ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farkın gelirini giderinden az olduğunu belirten grubundan elde edildiği bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumu, yaşanılan yer, sigara kullanma durumu, sigara dumanına maruz kalma durumu ve alkol kullanma durumuna göre AÖAÖ puan ortalamalarının gruplar arasında analiz sonucu olarak anlamlı bir fark olmadığı tanımlanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların AÖAÖ puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=134)

Özellikler	AÖAÖ	Test ve p
Cinsiyet		
Kadın	41.62±19.11	t=3.290
Erkek	34.89±13.84	p=0.024
Eğitim düzeyi		
İlkokul	35.65±16.23	F=1.412
Lise	41.68±16.21	p=0.247
Üniversite ve üzeri	38.00±14.09	
Medeni durum		
Evli	36.41±14.79	t=5.123
Bekâr	44.50±20.86	p=0.002
Çalışma durumu		
Çalışıyor	36.58±15.64	t=6.334
Çalışmıyor	48.60±19.86	p=0.004
Geliri algılama durumu		
Gelirim giderimden az	50.50±20.87	F=3.973
Gelirim giderime eşit	40.65±15.00	p=0.021
Gelirim giderimden fazla	35.18±18.31	1>2,3
Yaşanılan yer		
İl	38.68±15.77	F=0.672
İlçe	34.90±14.64	p=0.512
Köy	36.05±17.74	
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	39.77±16.02	t=1.261
Hayır	35.94±15.97	p=0.210
Sigara Dumanına Maruz Kalma Durumu		
Evet	38.47±16.32	t=1.584
Hayır	33.50±15.07	p=0.116
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	41.57±18.81	t=1.100
Hayır	36.58±15.66	p=0.273

Araştırmada bireylerin AÖAÖ puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir. Kronik hastalığı olma durumlarına göre AÖAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olan katılımcıların olmayanlara göre ölçek puan ortalamalarının fazla olması ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı olduğu yapılan çalışmada bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların ailede kalp krizi geçirme durumlarına göre AÖAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesinde kalp krizi geçirmiş kişi var olan katılımcıların olmayanlara göre ölçek puan ortalamalarının daha çok olması ve aralarındaki ayrımın ilişki olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların ağrı durumunda yapılan uygulamalar, ağrı olunca paylaşma durumu, daha önce hastaneye yatış yapma durumu, yatış sırasında refakatçi olma durumu, aile ve çevrede ani ölüme şahitlik etme durumuna göre AÖAÖ puan ortalamalarının gruplar arasında analiz sonucu olarak anlamlı bir ayrım olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların AÖAÖ puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=134)

Özellikler	AÖAÖ	Test ve p
Göğüs ağrısı durumunda yapılan uygulamalar		
Bilinen yöntemleri deneme	38.60±21.31	F=0.133
İlaç alma	37.36±14.02	p=0.876
Hastaneye gitme	36.68±14.98	
Göğüs ağrısı olunca paylaşma durumu		
Evet	37.21±16.30	t=0.165
Hayır	36.50±14.31	p=0.869
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	47.31±16.64	t=5.260
Hayır	36.40±13.68	p=0.004
Ailede kalp krizi geçirme durumu		
Evet	42.59±16.60	t=3.376
Hayır	34.60±14.82	p=0.024
Daha önce hastaneye yatış yapma durumu		
Evet	37.23±16.46	t=0.188
Hayır	36.50±13.72	p=0.851
Yatış sırasında refakatçi olma durumu		
Evet	37.48±16.56	t=0.527
Hayır	35.60±13.71	p=0.599
Aile ve çevrede ani ölüme şahitlik etme durumu		
Evet	37.25±16.25	t=0.091
Hayır	37.00±15.93	p=0.927

Araştırmada bireylerin MAÖ-KF puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Katılım sağlayan hastaların cinsiyetlerine göre MAÖ-KF puan ortalamaları kıyaslandığında; kadınların erkeklere göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı çıkması yapılan çalışmada görülmüştür ($p<0.05$). Katılım sağlayan hastaların eğitim seviyesine göre MAÖ-KF puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilkokul düzeyinde eğitim seviyesi olan katılımcıların üniversite ve üzerinde eğitime sahip olan katılımcılara göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir ($p<0.05$). Farkın bu gruptan kaynaklandığı yapılan ileri analiz sonucu bulunmuştur. Katılımcıların çalışma durumlarına göre MAÖ-KF puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan kişilerin çalışanlara göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucu olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Katılımcıların medeni durumu, gelir durumu, yaşadıkları yer, sigara içme durumu, sigara dumanını solumayla ve alkol alma durumuna göre MAÖ-KF puan ortalamalarının gruplar arasında analiz sonucu olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların MAÖ-KF puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=134)

Özellikler	MAÖ-KF	Test ve p
Cinsiyet		
Kadın	15.83±6.53	t=3.720
Erkek	12.98±6.11	p=0.003
Eğitim düzeyi		
İlkokul	17.95±5.95	F=5.385
Lise	14.16±7.55	p=0.022
Üniversite ve üzeri	10.60±5.77	1>3
Medeni durum		
Evli	13.45±6.29	t=0.735
Bekâr	12.39±6.22	p=0.464

Tablo 4.6. (Devamı)

Özellikler	MAÖ-KF	Test ve p
Çalışma durumu		
Çalışıyor	13.80±8.31	t=5.283
Çalışmıyor	18.21±6.08	p=0.001
Geliri algılama durumu		
Gelir giderden az	12.75±8.74	F=0.046
Gelir gidere eşit	13.26±5.69	p=0.955
Gelir giderden fazla	13.63±9.56	
Yaşanılan yer		
İl	13.62±6.63	F=1.479
İlçe	14.16±5.59	p=0.232
Köy	11.69±5.88	
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	13.26±7.87	t=0.422
Hayır	13.10±5.44	p=0.674
Sigara Dumanına Maruz Kalma Durumu		
Evet	13.17±6.59	t=-0.367
Hayır	13.62±5.36	p=0.714
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	15.33±9.25	t=1.209
Hayır	13.05±5.86	p=0.229

Araştırmada bireylerin MAÖ-KF puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Yapılan araştırmada bireylerin MAÖ-KF puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir (Tablo 4.7). Katılımcıların ağrı durumunda yapılan uygulamalara göre MAÖ-KF puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ağrı durumunda hastaneye giden katılımcıların bilinen yöntemleri deneyen katılımcılara göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın yapılan analizde anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Farkın bu gruptan kaynaklandığı yapılan ileri analiz sonucu bulunmuştur. Katılımcıların ağrı olunca paylaşma durumuna göre MAÖ-KF puan ortalamaları karşılaştırıldığında; paylaşan katılımcıların paylaşmayanlara göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın yapılan analizde anlamlı görülmüştür ($p<0.05$). Katılım sağlayan hastaların kronik hastalığı olma durumlarına göre MAÖ-KF puan ortalamaları

karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olan katılımcıların olmayanlara göre ölçek puan ortalamalarının fazla olduğu ve aralarındaki ayrımın analiz sonucunda olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$). Ailede kalp krizi geçirme durumu, daha önce hastaneye yatış yapma durumu, yatış sırasında refakatçi olma durumu, aile ve çevrede ani ölüme şahitlik etme durumuna göre MAÖ-KF puan ortalamalarının gruplar arasında analiz sonucu olarak anlamlı bir bağlantı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların MAÖ-KF puan ortalamalarına göre hastalık durumları ve hastanede yatış deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=134)

Özellikler	MAÖ-KF	Test ve p
Göğüs ağrısı durumunda yapılan uygulamalar		
Bilinen yöntemleri deneme	10.21±6.00	F=3.449
İlaç alma	13.94±6.07	p=0.035
Hastaneye gitme	13.91±6.16	1<3
Göğüs ağrısı olunca paylaşma durumu		
Evet	16.40±6.24	t=4.754
Hayır	12.07±6.34	p=0.003
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	15.53±7.72	t=2.209
Hayır	12.63±5.65	p=0.029
Ailede kalp krizi geçirme durumu		
Evet	13.78±6.41	t=1.241
Hayır	12.37±5.89	p=0.217
Daha önce hastaneye yatış yapma durumu		
Evet	13.14±6.22	t=0.673
Hayır	12.36±6.41	p=0.502
Yatış sırasında refakatçi olma durumu		
Evet	13.27±6.24	t=0.046
Hayır	13.20±6.36	p=0.963
Aile ve çevrede ani ölüme şahitlik etme durumu		
Evet	12.35±6.15	t=1.550
Hayır	14.04±6.25	p=0.124

Tablo 4.8’de, AÖAÖ ile MAÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon katsayısı (r) ile değerlendirilmiş ve $r<0.3$ ise zayıf ilişki, $0.3<r<0.7$ ise orta seviyede ilişki, $0.7<r<1$ ise güçlü seviyede ilişki olarak ifade edilmiştir (Tabachnick ve ark., 2013). Katılımcılar AÖAÖ ile görsel uyaranların ölüme karşı uyandırdığı korku, ölümün getirdiği ruhsal ve fiziksel ağrıya karşı korku, ölümü hatırlatan

konularla alakalı korku, ölüm yaşanmasıyla meydana gelen korku ve ölümün kendisinden korkma alt boyutları arasında pozitif yönde ileri seviyede bir bağlantı olduğu belirtilmiştir. Katılım sağlayan hastalar MAÖ-KF ile AÖAÖ ve görsel uyaranların ölüme karşı uyandırdığı korku, ölümün oluşturduğu ruhsal ve fiziksel ağrıya karşı korku, ölümü hatırlatan konuyla ilgili korku, ölümden sonrasında ilgili gelişen korku ve ölümün kendisinden korkma alt boyutları arasında pozitif yönde ileri seviyede bir bağlantı olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızdaki katılımcıların MAÖ-KF ile duyuşsal ağrı alt boyutu puanı arasında pozitif yönde yüksek seviyede, algısal ağrı alt boyutu puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde olduğu analiz sonucu olarak tespit edilmiştir ($p<0.001$). (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ölçek puan ortalamaları ve alt boyutlarının korelasyonu (n=134)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
(1) AÖAÖ	<i>r</i>	-								
	<i>p</i>	-								
(2) Görsel uyaranların ölüme karşı uyandırdığı korku	<i>r</i>	.924	-							
	<i>p</i>	.000*	-							
(3) Ölümün getirdiği ruhsal ve fiziksel ağrıya yönelik korku	<i>r</i>	.882	.712	-						
	<i>p</i>	.000*	.000*	-						
(4) Ölümü anımsatan durumlarla ilgili korku	<i>r</i>	.934	.927	.721	-					
	<i>p</i>	.000*	.000*	.000*	-					
(5) Ölümünden sonrasıyla ilgili oluşan korku	<i>r</i>	.875	.782	.640	.840	-				
	<i>p</i>	.000*	.000*	.000*	.000*	-				
(6) Ölümün kendisinden korkma	<i>r</i>	.858	.674	.787	.689	.696	-			
	<i>p</i>	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	-			
(7) Duyusal ağrı	<i>r</i>	.249	.351	.228	.476	.457	.317	-		
	<i>p</i>	.004**	.004**	.009**	.028**	.000*	.000*	-		
(8) Algısal ağrı	<i>r</i>	.289	.380	.351	.451	.558	.490	.899	-	
	<i>p</i>	.001**	.000*	.000*	.000*	.006**	.000*	.000*	-	
(9) MAÖ-KF	<i>r</i>	.788	.705	.772	.764	.799	.791	.749	.249	-
	<i>p</i>	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	-

* $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, kalp krizi geçiren hastalarda göğüs ağrısı ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın bulguları, literatürle uyumlu olarak göğüs ağrısının ölüm korkusu üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%67.9) erkek olması, literatürde de sıklıkla belirtildiği gibi erkeklerin koroner arter hastalıklarına daha yatkın olduğunu desteklemektedir (Ahraz, 2019).

Göğüs ağrısı, kalp krizinin en yaygın ve belirleyici belirtilerinden biri olarak kabul edilir. Kalp krizi sırasında meydana gelen göğüs ağrısı, genellikle retrosternal bölgede hissedilen, baskı veya sıkışma şeklinde tanımlanan ve sıklıkla sol kol, omuz, boyun, çene ve sırta yayılabilen bir ağrıdır. Çalışmamızda da bu doğrultuda katılımcıların %68.7'sinin göğüs ağrısı yaşadıklarında derhal hastaneye başvurmaları, ağrının ciddiye alındığını ve potansiyel ölüm riskiyle ilişkilendirildiğini göstermektedir. Kalp krizi sırasında yaşanan yoğun ağrı, bireyin yaşamının tehdit altında olduğunu hissetmesine neden olur ve bu da ölüm anksiyetesi seviyelerini yükseltir (Yağcıbulut, 2011). Hastaların hastaneye başvurma oranının yüksek olması, bu semptomun ciddiyetinin farkında olduklarını ve hayatı tehdit eden bir durumla karşı karşıya olduklarını gösterir.

Çalışmamızda, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek ölüm anksiyetesi puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışma ile uyumlu olup, kadınların ölüm korkusuna karşı daha duyarlı olduklarını öne süren araştırmalarla paralellik göstermektedir. Toplanır (2018) ve Abdel-Khalek (2005) tarafından yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklere oranla ölüm korkusunu daha yoğun yaşadıkları vurgulanmaktadır. Bu durum, hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerle açıklanabilir.

Kadınların ölüm anksiyetesinin daha yüksek olmasının temel sebeplerinden biri, geleneksel cinsiyet rollerine dayanan sosyal beklentilerdir. Kadınların duygularını ifade etme konusunda daha özgür oldukları bir toplumsal yapı içinde, duygusal durumlarını ve kaygılarını açıklama eğiliminde olmaları daha olasıdır (Sarıkaya, 2013). Bu sosyal yapı, kadınların yaşadıkları duygusal deneyimleri, özellikle de ölüm gibi varoluşsal korkuları daha açık ve net bir şekilde dile getirmelerine olanak tanır. Erkekler ise geleneksel olarak duygusal zayıflığı ifade etmekten kaçınan, daha güçlü ve dayanıklı olma beklentisiyle yetiştirildiklerinden, ölüm korkusunu daha içe dönük bir şekilde yaşamayı tercih edebilirler. Dolayısıyla, erkeklerin ölüm anksiyetesi seviyeleri düşük görünse de, bu durumun duygusal bastırmadan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, eğitim düzeyi ile ölüm anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, literatürde bazı araştırmalar eğitim seviyesi arttıkça bireylerin ölüm korkularının azaldığını göstermektedir. Örneğin, Balta (2020), eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin ölümle ilgili kaygılarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, çeşitli biyopsikososyal etmenlerle açıklanabilir. Eğitim düzeyinin yükselmesi, bireylerin bilişsel ve duygusal süreçlerini daha etkin bir şekilde yönetmelerine olanak tanıyabilir. Eğitimli bireyler, ölümle ilgili bilgileri bilimsel açıdan değerlendirme ve ölüm sonrası süreçlerle ilgili bilinçli yaklaşımlar geliştirme eğiliminde olabilirler. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişiler, sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlayabilir ve ölümle ilgili belirsizlikleri azaltan bilgiye sahip olabilirler. Bu bilgi düzeyi, ölüm anksiyetesi üzerinde olumlu bir etkide bulunarak kaygı seviyesini düşürebilir. Çalışmamızda, evli katılımcıların bekâr katılımcılara göre daha düşük ölüm anksiyetesi puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgu, evli bireylerin daha güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olmalarından kaynaklanabilir. Sosyal destek, ölüm korkusu gibi varoluşsal kaygıların hafifletilmesinde önemli bir faktördür. Evli bireyler, eşleri ve aile

üyeleri ile duygusal ve psikolojik olarak desteklenme olanağına sahip oldukları için, ölümle ilgili kaygılarını daha etkin bir şekilde yönetebilirler (Özer, 2009). Aile içi destek, yalnızlık hissini azaltabilir ve bireylerin zorlu yaşam koşullarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Bu destek, özellikle sağlık sorunları gibi ölümle doğrudan ilişkilendirilebilecek durumlarda, bireylerin daha az kaygı hissetmelerine olanak tanır. Ancak, bu durumun her zaman geçerli olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Erdoğan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, evli bireylerin eş ve çocuklarına karşı duydukları sorumluluklar nedeniyle daha yüksek ölüm korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. Evli bireyler, sevdiklerinin geleceği hakkında endişe duyabilir ve ölümün bu kişilerin hayatlarını olumsuz etkileyebileceği düşüncesi, kaygı seviyelerini artırabilir.

Çalışmamızda, geliri giderlerinden az olan bireylerin ölüm anksiyetesi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Maddi sıkıntıların genel kaygı seviyesini artırabileceği, bu durumun da ölüm korkusunu tetikleyebileceği düşünülmektedir (Balta, 2020). Düşük gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırabilir ve bu da hastaların ölüm korkusunu artırabilir (Öztürk, 2011).

Çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek ölüm anksiyetesi puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Kronik hastalıklar, bireylerin yaşam sürelerini ve sağlık durumlarını tehdit eden ciddi durumlardır ve genellikle bireylerin ölümü daha sık düşünmelerine neden olur (Özen, 2008). Kronik hastalığa sahip bireyler, sürekli olarak sağlık sorunları ile uğraşmak zorunda kaldıklarından, bu durum onların ölüm korkusunu artırabilir (Öztürk ve Özer, 2011). Kronik hastalıkların doğası gereği bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte, tedavi süreçleri ise sık sık hastane ziyaretleri ve tıbbi müdahaleleri gerektirmektedir (Cinar, 2014). Bu da ölümün kaçınılmaz olduğunu hatırlatan bir süreç haline gelir ve ölüm anksiyetesi artar (Özen, 2008).

Kronik hastalıkların tedavi süreci boyunca yaşanan fiziksel ve psikolojik zorluklar, bireylerin kendilerini zayıf ve çaresiz hissetmelerine yol açar. Bu tür hisler, bireylerin sağlıklarını kaybettiklerini ve ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunu düşündürtebilir (Görgeç ve ark., 2012). Özellikle kalp hastalığı, diyabet, kanser ve böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklar, bireylerde yaşamın sona erebileceğine dair derin bir farkındalık oluşturur (Kara, 2016). Bu tür hastalıklarda ölüm riski yüksek olduğu için bireyler, gelecekte yaşanabilecek sağlık sorunları karşısında kontrol kaybı yaşama korkusu geliştirebilir (Özen, 2008).

Çalışmamızda ayrıca, ailede kalp krizi geçirme durumu olan katılımcıların ölüm anksiyetesi puanlarının, ailede kalp krizi geçirme durumu olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ailede kalp krizi öyküsüne sahip bireyler, kalp krizi ve diğer kardiyovasküler hastalıklarla ilgili genetik bir yatkınlık taşıdıklarını düşünebilirler (Erdoğan ve ark., 2007). Bu genetik yatkınlık düşüncesi, bireylerde ölüm korkusunun daha yoğun yaşanmasına yol açabilir (Özer, 2009). Kalp krizi, ani ölüm riski taşıyan ve sıklıkla ölümle ilişkilendirilen ciddi bir sağlık sorunudur. Aile üyelerinde kalp krizi öyküsü bulunan bireyler, kendi yaşamlarının da aynı risk altında olduğunu düşünebilir ve bu da ölüm anksiyetesini artırabilir (Turan, 2022).

Ailede kalp krizi geçirmiş birine tanıklık etmek, bireylerin ölüm gerçeğiyle daha yakın bir ilişki kurmasına neden olabilir. Bu tür deneyimler, bireylerin ölümün ne kadar yakın ve kaçınılmaz olduğuna dair farkındalığını artırabilir (Öztürk ve Özer, 2011). Ayrıca, aile bireylerinden birinin ani bir kalp krizi nedeniyle hayatını kaybetmesi, diğer aile üyelerinde ölüm korkusunu tetikleyebilir ve gelecekte yaşanabilecek benzer bir olaydan korkmalarına neden olabilir (Cinar, 2014).

Çalışmamızda, katılımcıların ağrı seviyeleri ile ölüm anksiyetesi puanları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu, göğüs ağrısı yaşandığında

hastaların ölüm korkusunun arttığını ve ağrının bu bağlamda sadece fiziksel bir semptom değil, aynı zamanda psikolojik bir kaygı kaynağı olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Göğüs ağrısı, özellikle kalp krizi gibi hayatı tehdit eden durumların habercisi olarak kabul edilir ve hastalar tarafından sıklıkla ölümle ilişkilendirilir (Kara, 2016). Bu durum, göğüs ağrısı yaşayan bireylerde ölüm anksiyetesini artırarak, onların psikolojik iyi oluşlarını olumsuz etkileyebilir (Turan, 2022). Kalp krizi geçiren hastalar, ağrıyı sıklıkla ölümle ilişkilendirir ve yaşanan ağrı, ölüm anksiyetesini tetikleyen başlıca etkenlerden biridir (Öztürk ve Özer, 2011). Göğüs ağrısının ölüm korkusunu artırması, bu semptomun bir hemşirelik tanısı olarak ele alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Ağrıyı sadece fiziksel bir semptom olarak değil, aynı zamanda psikososyal ve duygusal bir problem olarak da değerlendirmek, hemşirelerin hastalarına daha bütüncül bir bakım sunmalarına yardımcı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kalp krizi geçiren hastalarda göğüs ağrısı ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular, göğüs ağrısının yalnızca fiziksel bir semptom olmaktan öte, hastalarda ölüm korkusunu artıran önemli bir psikolojik faktör olduğunu ortaya koymuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin ve ailede kalp krizi öyküsü bulunan katılımcıların, ölüm anksiyetesi açısından daha yüksek risk taşıdıkları belirlenmiştir. Ayrıca, ağrı seviyeleri ile ölüm anksiyetesi arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş olup, ağrının bir hemşirelik tanısı olarak ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu bulgular, kalp krizi geçiren hastaların fiziksel semptomlarının yanı sıra psikolojik iyi oluşlarının da değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Öneriler:

- Bütüncül Bakım Yaklaşımı:** Hemşireler, göğüs ağrısını yalnızca fiziksel bir semptom olarak ele almamalı, aynı zamanda hastaların ölüm anksiyetesi gibi psikososyal ihtiyaçlarına da dikkat etmelidir. Bütüncül bakım, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını iyileştirmede kritik rol oynar.
- Ağrı Yönetimi:** Göğüs ağrısının ölüm korkusunu artırdığı göz önünde bulundurularak, hemşireler etkili ağrı yönetimi stratejileri geliştirmelidir. Bu stratejiler, farmakolojik tedavilerin yanı sıra rahatlama teknikleri, nefes egzersizleri ve rehberli imgeleme gibi farmakolojik olmayan yaklaşımları da içermelidir.
- Psikososyal Destek:** Kalp krizi geçiren hastalar, ağrı yönetimi ve tıbbi tedavilerin yanı sıra psikolojik destek almalıdır. Psikososyal destek, ölüm anksiyetesinin hafifletilmesine ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olabilir.
- Eğitim Programları:** Sağlık profesyonelleri, hastalara ve aile üyelerine ölüm anksiyetesi ile başa çıkma yolları konusunda eğitimler sunmalıdır. Bu eğitimler,

hastaların korkularını daha iyi yönetmelerine ve sağlık durumlarını kontrol altında tutmalarına yardımcı olabilir.

5. **Erken Müdahale:** Kalp krizi öyküsü olan bireylerde ölüm anksiyetesi riski yüksek olduğundan, bu kişilere yönelik erken tanı ve müdahale stratejileri geliştirilmelidir. Böylece, hastaların anksiyeteleri erken aşamalarda ele alınabilir ve genel sağlık durumları iyileştirilebilir.

6. **Kronik Hastalık Takibi:** Kronik hastalığı olan bireylerin ölüm korkusunu azaltmak için düzenli takip ve destek programları uygulanmalıdır. Bu bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı göz önünde bulundurularak tedavi planları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39(4), 45-50.
- Abdo Ahmed, A. A., Mohammed Al-Shami, A., Jamshed, S., Fata Nahas, A. R., & Mohamed Ibrahim, M. I. (2020). Public awareness of and action towards heart attack symptoms: An exploratory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8982. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238982>
- Açıkgöz, G., & Baykal, U. (2023). Yasal düzenlemeler çerçevesinde hemşirelerin mesleki rolleri ve özerklik. *Istanbul Kent University Journal of Health Sciences*, 2(1), 29-34. <https://doi.org/10.35432/ikuhs.2023.32>
- Ahraz, S. (2019). *Miyokard infarktüsü geçiren geriatrik bireylerde ağrı ve uyku kalitesi* (Master's thesis). Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akman, M., & Civek, S. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28.
- Albarqouni, L., von Eisenhart Rothe, A., Ronel, J., Meinertz, T., & Ladwig, K. H. (2016). Frequency and covariates of fear of death during myocardial infarction and its impact on prehospital delay: Findings from the multicentre MEDEA study. *Clinical Research in Cardiology*, 105, 135-144. <https://doi.org/10.1007/s00392-015-0925-2>
- Alkan, A. T. (1999). Bir düğün gecesi denemesi. *Düşünen Siyaset*, 25-32.
- Arslankaya, S., & Çelik, T. M. (2021). Prediction of heart attack using fuzzy logic method and determination of factors affecting heart attacks. *IJCESEN*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.28991/ijcesen-2021-012>

- Aydemir, Ö., & Enç, N. (2010). Miyokard enfarktüsü ve anksiyete ilişkisi. *Kalp Damar Hastalıkları Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 12-18.
- Aydoğan, A. S., Gülseren, Ş., Sarıkaya, Ö. Ö., & Özen, Ç. (2015). Abdel-Khalek ölüm anksiyetesi ölçeği Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52, 371-375.
<https://doi.org/10.4274/npa.y6060>
- Ayvaz, M. Y., & Enç, N. (2018). Kalp yetersizliğinde ödem. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(19), 69-75.
- Badıllıoğlu, O., Toğrul, B. Ü., & Uçku, Ş. R. (2011). İzmir, Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Turkish Journal of Public Health*, 9(3), 129-132.
- Balta, Ş. N. (2020). Genç yetişkin bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin, ölüm kaygısı düzeyleri ve mutluluk düzeylerine etkisinin incelenmesi (Master's thesis). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bauman, Z. (2000). Ölüm ve ölümsüzlük ve diğer yaşam stratejileri. In N. Demirdöven (Ed.), *Ayrıntı Yayınları*.
- Bayrak, T. (2010). Kalp krizi: Tanımı, nedenleri ve acil müdahale gereksinimi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*, 20(2), 68-72.
- Beck, T. A., & Emery, G. (2006). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler* (V. Öztürk, Çeviri Ed.). Litera Yayıncılık.
- Benson, H., & Stuart, E. M. (1992). *The relaxation response*. HarperCollins.
- Biçici, B. (2010). “McGill ağrı ölçeği kısa formu” nun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi (Master's thesis). Ege Üniversitesi.
- Boydak, B., Güven, T., & Ergin, S. (2001). Angina pectoris: Klinik özellikler ve tedavi yaklaşımları. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 5(3), 35-42.

- Buruntekin, F. (2022). Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerde ölüm kaygısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Master's thesis). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Carpenito, L. J. (2016). *Hemşirelik tanıları el kitabı: Tanımlar ve girişimler*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Coşkun, F., & Hoşgör, D. G. (2024). Hemşirelikte iletişim. In Sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri (pp. 71).
- Çetin, O. (2021). Göğüs ağrısının tanısı ve tedavi yaklaşımları. *Türk Kardiyoloji Dergisi*, 10(1), 78-83.
- Cinar, S. (2014). Kronik hastalıkların psikososyal etkileri. *Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 145-158.
- Çobanlı, C., & Salt, A. (2001). *Dharma ansiklopedisi*. Dharma Yayınları.
- Csikszentmihályi, M. (2005). *Mutluluk bilimi*. In S. K. Akbaş (Çeviri Ed.), Çeviri ed. Demirbağ, B. C. (Ed.). (2021). *Hemşirelik kuramları kavram haritalarıyla*.
- Deren, S. (1999). Angst olumluluk. *Doğu Batı Dergisi*, 101–115. Akademisyen Kitabevi.
- Dirik, G., Eryılmaz, G., & Kurt, S. (2008). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının kalp krizi gelişimi üzerine etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 145-152.
- Erdoğan, M. Y., & Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 14(3), 171-179.
- Ferrell, B. R., & McCaffery, M. (2014). *Pain assessment and management: A nursing perspective*. Springer Publishing Company.
- Fromm, E. (1994). *Kendini savunan insan* (N. Arat, Ed.). Say Yayıncılık.

- Fuller, J. H., Shipley, M. J., & Rose, G. (1980). Coronary heart disease risk and related factors. *The Lancet*, 315(8184), 805-809. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(80\)92767-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(80)92767-1)
- Geçtan, E. (1989). *Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar* (7. baskı). Remzi Kitabevi.
- Gilliland, J. C., & Templer, D. I. (1986). Relationship of Death Anxiety Scale factor to subjective states. *Omega: Journal of Death and Dying*, 16(1), 155-166.
- Görgeç, A., & Ark. (2012). Kronik hastalıkların bireyler üzerindeki psikolojik etkileri. *Psikiyatri Yazıları*, 10(3), 233-247.
- Gulizia, M. M., Zito, G., & Bolognese, L. (2018). Aort diseksiyonunda tanı ve yönetim. *Kardiyoloji Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 19(3), 215-222.
- Hançerlioğlu, O. (1978). *Felsefe ansiklopedisi* (C.5). Remzi Kitabevi.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. Thieme Medical Publishers.
- Hökelekli, H. (2008). *Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din*. Dem Yayınları.
- Hökelekli, H. (1993). *Din psikolojisi*. TDV Yayınları.
- International Association for the Study of Pain. (2020). Definition of pain. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/definition-of-pain/>
- İliçin, G., Biberöglü, K., Süleymanlar, G., & Ünal, S. (2003). Akut miyokart infarktüsü. In *İç hastalıkları* (2nd ed., Vol. 1, pp. 474-495). Güneş Kitabevi.
- Jung, G. C. (1997). Ruh ve ölüm. In E. Gürol (Ed.), *Analitik Psikoloji*. Payel Yayınevi.
- Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (73), 63-81.
- Karabulut, M. (2019). Psikanalitik edebiyat kuramı bağlamında Edip Cansever'in şiirleri üzerine bir inceleme. *Edebi Eleştiri Dergisi*, 3(3), 192-220.


- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2(2), 45-54.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Kurt, Y., Özkan, Ç. G., & Demirbağ, B. C. (2016). Bir olgu: Akut miyokard infarktüsünde NANDA tanıları ve NIC girişimleri ile hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 138-146.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Mahajan, N., Jindal, S., & Sidhu, K. (2019). Pulmoner nedenlere bağlı göğüs ağrısı ve yönetimi. *Respiratory Medicine Reviews*, 12(1), 101-109.
<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2018.07.001>
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual*. Mosby.
- NANDA International. (2021). *Hemşirelik tanıları: Tanımlar ve sınıflamalar 2021-2023*. NANDA International.
- Özen, D. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi (Master's thesis). Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özer, U. H. E. (2009). Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(2), 42-51.
- Özdemir, G., Bilen, Ö., & Ateş, S. C. (2022). Hastane aciline gelenlerde kalp krizi risk olasılığının belirlenmesi için bir karar destek sisteminin oluşturulması. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 10(4), 2093-2106.
<https://doi.org/10.29130/duzcebiltek.1164041>

- Özkan, B., Örsçelik, Ö., Arslan, A., Şahin, E. E., & Özcan, İ. T. (2018). Stabil angina pektoris ile başvuran hastalarda ciddi koroner arter darlığı ile fragmente QRS arasındaki ilişkinin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 167-173.
- Öztürk, S., & Özer, D. (2011). Kalp krizi öyküsü ve ölüm anksiyetesi ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 201-215.
- Peplau, H. E. (1952). *Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler*. Putnam.
- Sarikaya, Y. (2013). Ölüm kaygısı ölçeği geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması (Master's thesis). Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Storrow, A. B., Gibler, W. B., & Triana, L. (2000). Kalp krizinin tanısında elektrokardiyogram ve biyobelirteçlerin rolü. *Annals of Emergency Medicine*, 35(1), 8-15. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(00\)70128-6](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(00)70128-6)
- Tanhan, F. (2007). Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi (Master's thesis). Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Thomas, L. V. (1991). Ölüm. In İ. Gürbüz (Çeviri Ed.), *İstanbul* (pp. xx-xx). İletişim Yayınları.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., ... & Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Circulation*, 138(20), e618-e651. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000617>
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2007). *Kalp krizi tanı ve tedavi rehberi*. Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları, 11(1), 22-30.

- Turan, F. (2022). Kalp krizi sonrası ölüm korkusu: Psikolojik ve fizyolojik etkiler. *Türk Kardiyoloji Dergisi*, 44(3), 199-205.
- Turan Kavradım, S., Sert, M., & Özer, Z. E. Y. N. E. P. (2022). Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*.
- Türkmen, S. N., & Çam, M. O. (2012). Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(3).
- Vestraete, M. (2000). Kalp krizinde trombolitik tedavi: Yeni gelişmeler. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 4(2), 40-45. <https://doi.org/10.1046/j.1538-7836.2000.00403.x>
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 227-236. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130405>
- Whitehead, L., Tierney, S., Biggerstaff, D., Perkins, G. D., & Haywood, K. L. (2020). Bozulmuş bir normalliğe hapsolmuş: Ani kalp durmasından sonra kurtulanların ve eşlerinin yaşam deneyimleri. *Canlandırma*, 147, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.09.004>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4th ed.). F.A. Davis Company.
- Yağicibulut, Ö. (2011). Göğüs ağrısı ile başvuran ve koroner anjiyografi yapılan koroner by-passlı ve/veya koroner stentli hastalarda revaskülarizasyon ihtiyacı ile anksiyete-depresyon arasındaki ilişki. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6(1), 20-28.
- Yalom, I. D. (1999). *Varoluşçu psikoterapi* (İ. Z. Babayiğit, Ed.). Kabalıcı Yayınları.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

 SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences		
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	EMİNE NEHRİ	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
<p>Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.</p>		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%10	%15
II. Genel Bilgiler	%13	%35
III. Materyal ve Metod	%30	%35
IV. Bulgular	%14	%15
V. Tartışma	%17	%20
<p><i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i></p>		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Esin KAVURAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Kalp Krizi Geçiren Hastaların Göğüs Ağrısı İle Ölüm Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:1 Karar No:26 Tarih:26.01.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

EK-3. KURUM İZİNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı

Sayı : E-20369917-500.07.03-2300152774

15.05.2023

Konu : Uygulama İzni (Emine NEHRİ)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 15.05.2023 tarihli ve E-20369917-500.07.03-2300152774 sayılı belge

Rektörlük Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 11.05.2023 tarih ve 2300152081 sayılı Uygulama İzni (Emine NEHRİ) konulu yazı değerlendirilmiş olup yazıda adı geçen tez çalışmasının uygulanmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.



EK-4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız

2. Medeni Durumunuz

- a. Evli
- b. Bekar

3. Cinsiyet

- a. Kadın
- b. Erkek

4. Eğitim Durumunuz

- a. Okuma yazma bilmiyor
- b. Lise
- c. Ön Lisans
- d. Lisans

5. Mesleğiniz

- a. Ev hanımı
- b. Memur
- c. Emekli
- d. Diğer

6. Gelir Düzeyiniz

- a. İyi
- b. Orta
- c. Kötü

7. Nerede yaşıyorsunuz?

- a. İl merkezi
- b. İlçe
- c. Köy
- d. Diğer

8. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet Günde kaç tane...
 Kaç yıldır.....
- b. Hayır..... Süre önce bıraktı

9.Çevrenizde veya bulunduğunuz ortamda sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

10.Alkol kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

11. Ağrınız olduğunda neler yaparsınız?

- a. Bildiğim yöntemleri denerim
- b. İlaç alırım
- c. Hastaneye giderim
- d. Diğer

12. Ağrınız olduğunı etrafınızdaki kişilerle paylaşır mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

13. Kronik hastalığınız var mı?

- a. Evet Evet ise hastalığınız.....
- b. Hayır

14. Ailenizde kalp krizi geçiren yakınınız var mı?

- a. Evet Evet ise yakınlık dereceniz.....
- b. Hayır

15. Daha önce hastaneye yatış yaptınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

16. Daha önce yatış yaptınız ise yanınızda kimse var mıydı?

- a. Evet
- b. Hayır

17. Ailenizde ya da çevrenizde ani ölüme şahit oldunuz mu?

- a. Evet
- b. Hayır

EK-5. ABDEL- KHALEK ÖLÜM ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz. Her birinin sizin duygularınızı, düşüncelerinizi, davranışlarınızı ne ölçüde tanımladığına karar veriniz.

“Hiç, Biraz, Orta, Fazla, Çok Fazla” seçeneklerinden birinin altına (X) işareti koyunuz.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok Fazla
1. Ne zaman hasta olsam ölümden korkarım.					
2. Ölüye bakmaktan korkarım.					
3. Mezarlık ziyaret etmekten korkarım.					
4. Bir ameliyat olma olasılığı beni dehşete düşürür.					
5. Kalp krizi geçirmekten korkarım.					
6. Ölümün beni sevdiğim birinden mahrum bırakmasından kaygı duyarım					
7. Ölümden sonraki bilinmeyen şeylerle ilgili endişeliyim.					
8. Bir cesede bakmaktan korkarım.					
9. Kabir azabından korkarım.					
10. Ciddi bir hastalığa yakalanmaktan korkarım.					
11. Defin işlemine tanık olmak beni dehşete düşürür.					
12. Mezarlıkta yürümek beni dehşete düşürür.					
13. Ölümden sonra ne olacağı ile ilgili düşünceler kafamı sürekli meşgul eder.					
14. Uyumaktan ve sonrasında tekrar uyanmamaktan korkarım.					
15. Ölümün beraberindeki acı beni çok korkutur.					
16. Bir cenaze törenine tanık olmak beni altüst eder.					
17. Ölmekte olan bir insanın görünümü beni korkutur.					
18. Ölüm hakkında konuşmak beni altüst eder.					
19. Kansere yakalanmaktan korkarım.					
20. Ölümden korkarım.					

EK-6. MCGİLL AĞRI ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Lütfen aşağıda ağrınızı tanımlamak için belirtilen kelimelerden uygun olanı işaretleyiniz

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Zonklama	0	1	2	3
Fırlayan	0	1	2	3
Şiş saplanır gibi	0	1	2	3
Keskin	0	1	2	3
Kramp tarzında	0	1	2	3
Kemirici	0	1	2	3
Sıcaklık veren	0	1	2	3
Acıtıcı	0	1	2	3
Yoğun	0	1	2	3
İncitici	0	1	2	3
Yarıcı	0	1	2	3
Yorucu	0	1	2	3
Tiksindirici	0	1	2	3
Korkunç	0	1	2	3
Cezalandırıcı	0	1	2	3

Mevcut Ağrı İndeksi

Aşağıdakilerden hangisi şu anki ağrınızı açıklamaktadır;

0 Ağrı yok

1 Hafif

2 Rahatsız edici

3 Acı verici

4 Korkunç

5 Dayanılmaz

Aşağıdaki çizgiyi işaretleyerek şu anki ağrınızı en iyi gösteren noktayı gösteriniz

Ağrı yok

Olabilecek en kötü ağrı

EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi tarafından yürütülen “.....” amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)

- Araştırmanın Amacı:
- Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi:
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-8. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Kime: Siz

12.10.2022 Çar 13:00

Merhaba Emine Hanım,
Ekte ölçeği gönderiyorum, referans vererek çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar,

Prof. Dr. Aybala SARIÇİÇEK AYDOĞAN

[W ASDA ölçek.docx](#)

9 Eki 2022 Pzr 23:25 tarihinde Emine Nehri

şunu yazdı:

Merhaba sayın Aybala,
Ben Atatürk Üniversitesi hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim . İzniniz olursa Abdel-
Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinizi kullanmak istiyorum .
İyi akşamlar

iPhone'umdan gönderildi

Bu iletiyi 19.02.2023 Paz 14:55 tarihinde ilettiniz



Kime: Siz

31.08.2022 Çar 22:01

Merhabalar, öncelikle tezinizde McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu'nu kullanabilirsiniz. Ancak ölçeğin orijinalini hazırlayan kişinin mail adresi ben de maalesef yok. İyi çalışmalar diliyorum