



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

MİYOKARD İNFRAKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERDE YAŞAM
KALİTESİ, ÖZ YETERLİLİK VE ALGILANAN STRES
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA ERBAKAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NEŞE UYSAL

AMASYA
ARALIK 2022

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERDE YAŞAM
KALİTESİ, ÖZ YETERLİLİK VE ALGILANAN STRES
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Büşra ERBAKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Neşe UYSAL**

**AMASYA
ARALIK 2022**

BÜŞRA ERBAKAN tarafından hazırlanan “**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ ÖZ YETERLİLİK VE ALGILANAN STRES DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı **İç Hastalıkları Hemşireliği** Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Döndü ŞANLITÜRK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 19/12/2022

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Ayşe Şahin Yağlıoğlu
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

20/11/2022

Büşra ERBAKAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışması süresince büyük bir sabır ve titizlikle bana yardımcı olan, benden fikirlerini, emeğini ve desteğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Neşe UYSAL’a,

Hayatım boyunca beni sonsuz emek, sevgi ve destekleriyle büyüten ve yetiştiren, bugünlere gelmemi sağlayan, benden hiçbir fedakarlığı esirgemeyen annem Leyla ÇELİK ve babam Dursun ÇELİK’e,

Çalışma ve eğitim hayatım boyunca zorlandığım her anda destek olup, sevgisiyle hep yanımda olan kıymetli eşim Oğuzhan ERBAKAN’a,

Küçüklüğümden beri örnek aldığım, her konuyu danışıp yardım alabildiğim ve eğitim hayatımın en büyük destekçilerinden olan ablalarım Bahar ÇELİK İNGEÇ ve Selma ÇELİK KARAKAYA’ya,

Bu süreçte beni cesaretlendiren ve desteklerini her zaman hissettiren öz annem-babam olarak gördüğüm Nurhan ERBAKAN ve Mehmet Ali ERBAKAN’a, en içten ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Miyokard İnfarktüsü Tanımı	4
2.2. Miyokard İnfarktüsü Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Miyokard İnfarktüsü Patofizyolojisi.....	4
2.4. Miyokard İnfarktüsü Risk Faktörleri	5
2.5. Miyokard İnfarktüsü Klinik Belirtileri	6
2.6. Miyokard İnfarktüsü Tanı Yöntemleri.....	7
2.7. Miyokard İnfarktüsü Tedavisi	7
2.7.1. Miyokard infarktüsü acil tedavisi	8
2.7.2. Miyokard infarktüsü farmakolojik tedavisi.....	8
2.7.3. Miyokard infarktüsü reperfüzyon tedavisi	8
2.8. Miyokard İnfarktüsünde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı	9
2.9. Miyokard İnfarktüsünde Öz Yeterlilik ve Hemşirelik Bakımı	12
2.10. Miyokard İnfarktüsünde Algılanan Stres ve Hemşirelik Bakımı	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırma Hipotezleri	19
3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4.1. Dahil edilme kriterleri.....	20

3.4.2. Dışlanma kriterleri	20
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	20
3.6. Veri Toplama Araçları	21
3.6.1. Kişisel bilgi formu	21
3.6.2. Kalp yaşam kalitesi ölçeği	21
3.6.3. Genel öz yeterlilik ölçeği (GÖYÖ).....	21
3.6.4. Algılanan stres ölçeği (ASÖ)	22
3.7. Ön Uygulama	22
3.8. Verilerin Toplanması	22
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
4.BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. Mİ Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	39
5.2. Mİ Geçiren Bireylerin Öz Yeterlilik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	41
5.3. Mİ Geçiren Bireylerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	44
5.4. Mİ Geçiren Bireylerde Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlilik ve Algılanan Stres İlişkisinin Tartışılması	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	48
6.1.Sonuçlar	48
6.2. Öneriler	48
7. KAYNAKLAR	50
EKLER.....	63
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı ..	64
EK-2. Amasya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	66
EK-3. Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni	67
EK-4. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni.....	68
EK-5. Algılanan Stres Ölçeği Kullanım İzni	69
EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	70
EK-7. Kişisel Bilgi Formu	72

EK-8. Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği	73
EK-9. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	74
EK-10. Algılanan Stres Ölçeği.....	75
ÖZGEÇMİŞ	76



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık/Tedavi Özelliklerine İlişkin Dağılımı	25
Tablo 4.3. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Yaşanan Semptomların Dağılımı	25
Tablo 4.4. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ'ye Ait Tanımlayıcı İstatistikler	26
Tablo 4.5. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	26
Tablo 4.6. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması..	27
Tablo 4.7. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 4.8. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 4.9. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması..	30
Tablo 4.10. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması .	31
Tablo 4.11. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 4.12. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Kronik Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 4.13. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Stent Uygulanması Durumuna Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 4.14. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Mİ Sonrası Belirti Yaşanması Durumuna Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 4.15. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Mİ Sonrası Geçen Sürelere Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.16. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanları Arasındaki İlişki	37
Tablo 4.17. GÖYÖ ve ASÖ Puanları Arasındaki İlişki	37
Tablo 4.18. Tanı Süresine Göre Regresyon Analizi Sonuçları	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Miyokard İnfarktüsü Patofizyolojisi	5
--	---



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

%	Yüzde
mg/dl	Desilitre başına miligram
mmHg	Milimetre cıva
ng/ml	Mililitre başına nanogram

Açıklama

Kısaltmalar

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SAP	Stabil Angina Pektoris
USAP	Unstabil Angina Pektoris
AKS	Akut Koroner Sendrom
STEMİ	ST Elevasyonlu Miyokardİnfarktüsü
NSTEMİ	Non ST Elevasyonlu Miyokardİnfarktüsü
KAH	Koroner Arter Hastalığı
Mİ	Miyokard İnfarktüsü
AMİ	Akut Miyokard İnfarktüsü
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
DM	Diabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
PTSB	Post Travmatik Stres Bozukluğu
EKG	Elektrokardiyografi
CK-MB	Kreatin Kinaz Miyogloblin

CK	Kreatin Kinaz
MB	Miyoglobin
İV	İntravenöz
aPTT	Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
PTCA	Perkütan Transluminall Koroner Anjiyografi
PKG	Perkütan Koroner Girişim
KYKÖ	Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği
GÖYÖ	Genel Öz Yeterlilik Ölçeği
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği



ÖZET

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ, ÖZ YETERLİLİK VE ALGILANAN STRES DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Büşra ERBAKAN

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Aralık 2022
Danışman: Doç. Dr. Neşe UYSAL

Miyokard infarktüsü sonrası bireylerde fonksiyonel durum, sosyal ilişkiler ve psikolojik durum olumsuz etkilenmektedir. Bu çalışma, miyokard infarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yürütülen bu araştırmanın örneklemini son 1 yıl içinde miyokard infarktüsü geçirmiş olan, bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 224 birey oluşturmuştur. Araştırma verileri kişisel bilgi formu, kalp yaşam kalitesi ölçeği, genel öz-yeterlik ölçeği ve algılanan stres ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $60,52 \pm 10,05$ olup, bireylerin %69,6'sının 1 ay önce miyokard infarktüsü geçirdiği, %75,9'unun miyokard infarktüsü sonrası ağrı ve yorgunluk gibi semptomlar yaşadığı belirtilmiştir. Kalp yaşam kalitesi ortalama puanları 2,51, genel öz yeterlilik ortalama puanları 33,19 ve algılanan stres ölçeği ortalama puanları 15,46 olarak belirlenmiştir. Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Kalp Yaşam Kalitesi, Genel Öz Yeterlilik ve Algılanan Stres Ölçeği puanlarının miyokard infarktüsü sonrası semptom yaşama durumuna, cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşa ve ek kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Bu araştırma sonucunda, miyokard infarktüsü geçiren bireylerin Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanlarının orta düzeyde olduğu, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ortalama puanlarının literatür sonuçlarına göre daha düşük olduğu ve Algılanan Stres Ölçeği ortalama puanlarının ise normal düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi puanlarının algılanan stres ve genel öz yeterlik düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ve genel öz yeterlik puanları yüksek olan ve algılanan stres düzeyleri düşük olan bireylerin zihinsel, ruhsal, fizyolojik ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin artacağı düşünülmekte olup, yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Miyokard İnfarktüsü, Öz Yeterlilik, Stres, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

DETERMINATION of QUALITY OF LIFE, STRESS, and SELF-EFFICACY LEVELS IN INDIVIDUALS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Büşra ERBAKAN

Amasya University, Institute of Health Sciences Department of Nursing, Internal Medicine
Nursing, MSc, December/2022
Supervisor: Associate Professor. Neşe UYSAL

Functional status, social relations and psychological status are adversely affected in individuals after myocardial infarction. This study was conducted to evaluate the quality of life, self-efficacy and stress level of patients with myocardial infarction and the relationship between them.

The sample of the descriptive and correlation study consisted of 234 individuals who had myocardial infarction in the last 1 year, and applied to the cardiology outpatient clinic of a education and research hospital, and met the inclusion criteria of the study. Research data were collected using information form, heart quality of life scale, general self-efficacy scale and perceived stress scale. Before starting the study, approval was obtained from the non-invasive clinical research ethics committee of a university and institution approval.

The mean age of the individuals participating in the study was $60,52 \pm 10,05$, 69,6% of the individuals stated that they had a myocardial infarction 1 month ago, and 75,9% of them experienced symptoms such as pain and fatigue after myocardial infarction. According to the results of the study, mean heart quality of life scores were determined as 2,51, general self-efficacy mean scores were 33,19 and perceived stress scale mean scores were 15,46. A statistically significant, highly positive correlation was found between Heart Quality of Life and General Self-Efficacy Scale scores. It was determined that there was a moderate statistically significant and negative correlation between Heart Quality of Life Scale and Perceived Stress Scale scores. It was determined that the Heart Quality of Life, General Self-Efficacy and Perceived Stress Scale scores differed significantly according to the symptom status after myocardial infarction, gender, education status, employment status, income status, age and presence of chronic disease.

As a result of this research, it was determined that the average scores of the Heart Quality of Life Scale of individuals who had myocardial infarction were moderate, the mean scores of the General Self-Efficacy Scale were lower than the results of the literature, and the mean scores of the Perceived Stress Scale were normal. Heart Quality of Life Scale scores were found to be correlated with Perceived Stress and General Self-Efficacy Scale scores. It is thought that the mental, spiritual, physiological and psychological well-being levels of individuals with high Heart Quality of Life Scale and General Self-Efficacy Scale scores and low Perceived Stress Scale scores will increase, and interventional studies to increase their quality of life are recommended.

Keywords: Myocardial Infarction, Self Efficacy, Stress, Quality of Life

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Ülkemizde ve dünyada mortalite ve morbiditeye neden olan kronik hastalıkların başında dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir. Kardiyovasküler hastalık (KVH) prevalansı tüm dünyada ve ülkemizde artmaya devam etmektedir. Ülkemizde 35 yaş ve üzerindeki 29,5 milyon nüfusta 3,1 milyon kişinin, yani 1000 yetiştikten 105'inin koroner arter hastası olduğu bildirilmiştir. Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı gelişen mortalite oranları da oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2019 yılında 55,4 milyon ölümün %16'sının koroner arter hastalıkları (KAH) nedeniyle geliştiği bilinmektedir [1]. Türkiye'de ise benzer şekilde ölümlerin çoğunu iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır [2]. Ülkemizde en sık görülen KAH miyokard infarktüsü (Mİ)'dür. Mİ sonrası gelişen doku nekrozu ve iskemi nedeniyle fizyolojik sistemlerin birçoğu olumsuz yönde etkilenmektedir. Bununla birlikte Mİ sonrası bireylerin hem fiziksel hem psikososyal fonksiyonlarında ve yaşam kalitesinin tüm alanlarında sorunlar yaşanmaktadır [3 ve 4].

Mİ sonrası çoğu etkili önlem, müdahale ve rehabilitasyon programlarına rağmen, yaşanan sorunlar bireyler üzerinde önemli yük oluşturmaya devam etmektedir [5]. Mİ sonrası gelişen fizyolojik değişimler (vazokonstriksiyon, ventriküler kasılmalar vb.) ve miyokard kan akışının azalması nedeniyle bireyler dispne, yorgunluk, ödem, uyku güçlüğü ve göğüs ağrısı gibi birçok semptomu birlikte yaşamaktadır [4]. Yaşanan bu sorunlar; bireylerin yürüme, eğilme, doğrulma ve merdiven çıkma gibi fiziksel aktivitelerini zorlaştırmakta, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte ve bağımlılık düzeylerini artırmaktadır [6]. Mİ geçirmenin bireyler üzerindeki diğer önemli etkisi, psikolojik yaşam alanlarında ortaya çıkmaktadır. Mİ sonrası yaşanan sorunlar bireylerin hastalık algılarını daha da kötüleştirmekte ve yoğun stres yaşamalarına neden olmaktadır [7 ve 8]. Literatürde akut bir kardiyak olaydan sonra bireylerde stres, anksiyete ve depresyon oranlarının anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir [7, 9, 10]. Bununla birlikte Mİ sonrası saptanamayan veya kötü yönetilen stres, anksiyete gibi psikolojik sorunlar, sempatik aktivite artışına neden olarak hastalığın prognozunu olumsuz etkilemekte, ikincil kardiyak olayların gelişimini ve ölüm riskini de artırmaktadır [9]. Mİ tanısı almış bireylerle yapılan bir meta-analizde, anksiyetesi yüksek olan bireylerin ikincil kardiyak olaylar için risk altında olduğu belirtilmiştir [11]. Yeterli tıbbi müdahaleye rağmen bireylerin Mİ sonrası ölüm korkusu ve ilerleyen süreçte neler yaşanacağına ilişkin belirsizlik hissi yaşadığı ve öz yönetimlerini kaybettikleri

belirtilmiştir [12]. Ek olarak yaşanan fiziksel ve psikolojik sorunlar nedeniyle bireyler sosyal etkileşimlerinden ve hobi aktivitelerinden uzak kalmakta ve iş bırakma, iş performansında azalma gibi sorunlar yaşamaktadır [5, 13]. Mİ geçiren bireylerin fiziksel ve psikososyal yaşam alanlarındaki bu değişimler, kötü prognostik faktörler olarak tanımlanırken, iyi yaşam kalitesi ise sağlığın sürdürülmesi için koruyucu bir faktör olarak belirtilmiştir [5]. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin yalnızca hastalığın şiddeti ile değil, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği ile de ilgilenmesi gerekmektedir [14].

Kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde önemli ve olumsuz bir etkisi olduğu çalışmalarda belirtilmiş olup, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi sağlık ekibi üyelerinin en önemli hedeflerinden biridir [14]. Bununla birlikte kardiyovasküler hastalıklardan sonra bireylerin iyileşmesi karmaşık ve zorlu bir süreçtir. İyileşmeyi kolaylaştıran temel faktörler ise bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin artırılması ile yakından ilişkilidir [15]. Öz yeterlilik, bireylerin olaylar üzerinde kontrol sağlama yeteneğine olan inancını ifade etmektedir ve öz yeterlilik istenen hedeflere ulaşmada gösterilen çabanın en güçlü güdüleyicisidir [14]. Mİ, yaşam tarzının değiştirilmesini ve ilaç rejimine uyumu gerektiren bir hastalıktır ve bu doğrultuda tedavi sürecinde ve sonrasında bireylerin bu süreçte aktif şekilde rol alması için öz yeterlilik seviyelerinin artırılması önem taşımaktadır [14]. Öz yeterliliğin artırılmasıyla ilgili stratejilerin kronik hastalık yönetiminde, özellikle yaşam tarzı değişikliği gerektiren KAH'nın yönetiminde anahtar role sahip olduğu son yıllarda önemle vurgulanmaktadır. Yüksek öz yeterliliğe sahip bireylerin, düşük öz yeterliliğe sahip bireylere göre sağlık davranışlarını benimseme olasılığı daha yüksektir [14, 16, 17]. Yapılan bir çalışmada KAH olan bireylerde öz yeterlilik seviyelerindeki artışın yaşam tarzlarındaki iyileşme ile doğru orantılı olduğu gösterilmiştir [18]. Yapılan diğer bir çalışmada, KAH geçirmiş bireylerde yaşam kalitesi ve öz yeterlilik seviyeleri arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır [14]. Düşük kardiyak öz yeterliliğin yüksek semptom yükü, düşük fonksiyonel durum ve düşük yaşam kalitesi dahil olmak üzere kötü sağlık durumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [14, 15, 17]. Bu nedenle bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesinde tıbbi tedavilerin tek başına yetersiz olduğu, öz yönetimi/öz yeterliliği artırıcı programların uygulanması ve hastanın tedavi yönetimi sürecinde merkezi bir rol üstlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır [19]. Öz yeterliliğin artırılması, bireylerin fonksiyonel rollerinin sürdürülmesine, stres ve depresyon gibi olumsuz duyguların yönetimine katkı sağlamakla birlikte bireylerin bilgi, beceri, özgüven düzeylerini ve yaşam kalitelerini artırmaktadır [19].

Mİ, yaşam kalitesi, stres ve öz yeterlilik anahtar kelimeleri kullanılarak yapılan literatür taramasında, ülkemizde Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar olmakla birlikte stres ve öz yeterlilik düzeyleriyle birlikte yaşam kalitesini değerlendiren herhangi bir çalışmanın olmadığı saptanmıştır [4-9]. Bu doğrultuda bu çalışmada, Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeyleri ve aralarındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Yaşam kalitesi, kronik hastalıkların tedavisinde önemli bir sonuç göstergesidir. Mİ sonrası süreçte bireylerin yaşam kalitesindeki değişimler ve psikolojik semptomlar açısından değerlendirilmesi sorunların erken dönemde saptanması açısından önemlidir. Öz yeterlilik seviyelerinin belirlenmesi ise bireylerin kendi sağlıkları ve hastalıklarının yönetimine ilişkin konularda karar verme sürecine aktif katılmalarına yardımcı olmak için önemlidir. Araştırma sonuçlarının bireylerin fiziksel ve psikososyal iyiliğine bütünsel yaklaşıma vurgu yapmak, bakımın sürekliliğini sağlamak açısından yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin, öz yeterliliklerinin ve stres düzeylerinin belirlenmesi ve birbirleriyle ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları:

- Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
- Mİ geçiren bireylerin öz yeterlilik düzeyleri nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
- Mİ geçiren bireylerin algılanan stres düzeyleri nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
- Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüş olması, bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeylerindeki değişimlerin prospektif olarak değerlendirilmemesi, bireylerin yaşadıkları sorunların yalnızca subjektif verilerle değerlendirilmesi araştırmanın sınırlılıklarıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard İnfarktüsü Tanımı

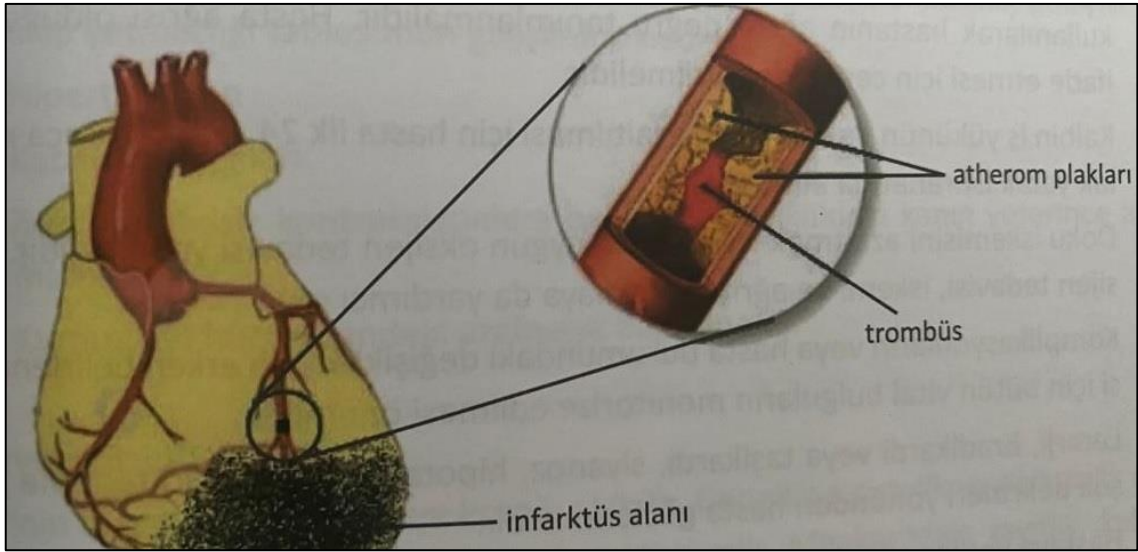
Mİ, koroner arterlerdeki tıkanıklığa bağlı olarak kan perfüzyonunun sağlanamaması veya miyokardın yeterli oksijenlenememesi sonucu kalp kasında meydana gelen iskemi ve doku nekrozu olarak tanımlanmaktadır [3, 20].

2.2. Miyokard İnfarktüsü Epidemiyolojisi

Amerikan Kalp Birliği 2015 yılı verilerine göre Mİ prevalansı 40-59 yaş arası erkeklerde %3,3, kadınlarda %1,8; 60-79 yaş arası erkeklerde %11,3, kadınlarda ise %4,2'dir. [21]. DSÖ verilerine göre, 2019 yılında 55,4 milyon ölümün %16'sının KAH ile ilişkili olduğu, 2030 yılında ise KHV'ye bağlı gelişen ölümlerin 22,2 milyon olacağı bildirilmiştir [1, 22]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre, ülkemizde 421,164 ölüm vakasının 161,920'si, yani tüm ölümlerin %38,4'ün dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır ve bu sayı yıllık mortalite oranının %32'sini oluşturmaktadır [2]. Ülkemizde dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı gelişen ölümlerin en sık nedeni KAH'dir [2].

2.3. Miyokard İnfarktüsü Patofizyolojisi

Kalbi besleyen koroner damarların daralması ve tıkanmasıyla kalbin yeterli oksijenasyonunun sağlanamaması ile miyokard iskemisi gelişmektedir. Mİ gelişiminde arterlerin endotel tabakasında kolesterol birikmekte, bunu takiben bölgede fibröz doku gelişmekte, bunun sonucunda da aterosklerotik plaklar oluşmaktadır. Aterosklerotik plakların damar endoteline hasar verdiği bölgelerde trombüs oluşumunun gerçekleşmesi ve bölgeye toplanan fibrin ve eritrositler sonucu aterom plağı büyümektedir. Nadiren de olsa oluşan trombüs aterosklerotik plaktan kopup dolaşıma katılarak koroner damarların daha ince dallarını tıkamaktadır [23 ve 24] (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Miyokard İnfarktüsü Patofizyolojisi [25]

Mİ sonucu gelişen iskemi alanı küçükse, küçük bir kas bölgesi nekroze olmakta, ancak iskemik alan genişse, geniş nekrotize alanın etrafında işlevsiz kas bölgeleri de bulunmaktadır. Bu bölgelerde kasılmalar olmamakla birlikte uyarı iletiminde sorunlar gelişmektedir. İşlevsiz alanın etrafındaki hafif iskemi nedeniyle güçsüz de olsa hala kasılabilen bir bölge bulunmaktadır. Ancak kalbin pompa kapasitesinin kalıcı olarak normalin altına düşmesiyle sol ventrikülün pompa gücü azalmakta, buna bağlı olarak da stroke volüm, kardiyak output ve kan basıncı azalmaktadır [25 ve 26].

2.4. Miyokard İnfarktüsü Risk Faktörleri

Mİ’de koroner tıkanma nedenleri; tromboz (%90), spazm (%5) ve geçici trombosit agregasyonu ve aterosklerotik plağın büyümesidir (%5). Bu doğrultuda koroner spazm, koroner emboli, polisitemia vera, S tipi hemoglobin, dissemine intravasküler koagülasyon, trombositosis, sepsis, kan kaybı, koroner arteriyovenöz fistüller, artmış kan viskozitesi, geçirilmiş inme öyküsü ve hiperlipidemi gibi Mİ’ye neden olan birçok faktör bulunmaktadır [27-29]. Mİ risk faktörleri kontrol altına alınabilen ve alınamayan risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kontrol altına alınamayan risk faktörleri şunlardır:

Yaş: Erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaş sonrası Mİ görülme sıklığı artmaktadır [3].

Cinsiyet: Kadınlarda erkeklere göre östrojenin koruyucu etkisi nedeniyle Mİ 10 yıl daha geç görülmektedir [27].

Aile öyküsü: Birinci derece erkek akrabalarda Mİ görülme öyküsü olması risk faktörü oluşturmaktadır [3].

Kontrol altına alınabilen risk faktörleri ise şu şekilde sıralanmaktadır:

Sigara: Nikotin vazokonstriktif etkisinden dolayı sigara kullanan bireylerde kullanmayanlara göre Mİ riski daha fazladır [3].

Alkol: Alkol tüketmek düşük yoğunluklu lipoproteini arttırması nedeniyle Mİ geçirme riskini arttırmaktadır [30].

Diabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyon (HT): DM'si ve/veya HT'si olan bireylerde olmayanlara göre aterosklerotik plağa bağlı KVH oluşma riski daha fazladır [3].

Hiperlipidemi: Plazma total kolesterol düzeyinin 200 mg/dl'den yüksek, LDL kolesterolün 130 mg/dl'den yüksek ve HDL kolesterolün 45 mg/dl'den düşük olması KAH gelişme riskini arttırmaktadır [3].

Beslenme: Hayvansal yağlar yerine deniz kaynaklı omega 3 yağ asidi içeren yağların kullanımı ve Akdeniz tarzı diyet KAH riskini azaltmaktadır [31].

Obezite: Kilo artışı, KAH riskinde artmaya neden olmaktadır [3].

Fiziksel Aktivite: Orta dereceli egzersiz ile KVH arasında güçlü bir ilişki vardır. Egzersiz yapmayan bireylerde yapanlara oranla kardiyak hastalık gelişme riski artmaktadır [32].

Psikososyal Faktörler: Mİ geçiren hastaların Mİ'den hemen önce genellikle ağır üzüntü, yoğun stres, işten ayrılma, ödeme gücünü aşan büyük borçlar, uzun süren birlikteliğin ardından gerçekleşen ayrılmalar ve bir yakını kaybetme gibi durumlar yaşadığı, bunun sonucunda ani tansiyon yüksekliği ve vazospazm gelişiminin Mİ'ye zemin hazırladığı bilinmektedir [12]. Öfke gibi emosyonel durumlar akut koroner sendroma (AKS) yakalanma riskini ve tekrar AKS geçirme riskini arttırmaktadır [33].

2.5. Miyokard İnfarktüsü Klinik Belirtileri

Mİ geçiren bireylerde en yaygın görülen semptom göğüs ağrısıdır. 20 dakikadan daha uzun süren göğüs ağrısı, sol kola, boyna ve omuza doğru yansıyabilmektedir. Sıklıkla ezici ve sıkıştırıcı olarak tarif edilen göğüs ağrısı istirahat, pozisyon değişimine ve dil altı alınan nitratlara direnç göstermektedir. Ağrının yanı sıra artan adrenalin sekresyonu nedeniyle ciltte solukluk, soğukluk ve nem artışı görülmektedir. Bulantı, kusma, diforezis, çarpıntı, halsizlik, dispne, hipotansiyon ve baş dönmesi klinikte saptanan diğer semptomlardır [3, 25].

2.6. Miyokard İnfarktüsü Tanı Yöntemleri

Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Amerika Kalp Derneği'ne göre; Mİ tanısı için aşağıdaki bulgulardan en az birinin görülmesi gereklidir.

- İskemi bulgularının varlığı
- Kardiyak göstergelerin anormal değerleri
- Yeniden iskemi görülmesiyle ilişkili olan elektrokardiyografideki (ST-T değişiklikleri) değişimler veya yeniden sol dal bloğu görülmesi
- Elektrokardiyografide (EKG) anormal Q dalgaları

Mİ tanısında EKG, anamnez, kardiyak belirteçler, görüntüleme yöntemleri ve fizik muayeneden yararlanılmaktadır [20].

Fizik Muayene: Mİ geçiren bireylerde anksiyete ve huzursuzluk mevcuttur. Cilt solgun, soğuk ve nemlidir. Sternumda ağrının lokalize olduğu bölgeyi el ile tutma olarak bilinen Levine bulgusu karakteristiktir [20].

Anamnez: Bireylerin geçirdiği hastalıklar, DM ve HT gibi kronik hastalıklarının varlığı, kardiyak geçmişleri ve aile öyküleri gibi Mİ risk faktörleri araştırılmaktadır [23, 33].

EKG: Acil servise başvuran Mİ tanısı için en iyi yöntem standart 12 derivasyonlu çekilen EKG'dir. Mİ'de EKG bulgularında ST segmenti ve T dalgası morfolojilerinde bozulmalar görülmekte, EKG bulgularında ST elevasyonu varsa ST elevasyonlu Mİ (STEMİ), ST depresyonu varsa ST elevasyonsuz Mİ (NSTEMİ) olarak tanımlanmaktadır. T dalgasının sivrileşmesi Mİ başlangıcından 5-30 dakika sonra ortaya çıkan bir belirteç olmakla birlikte patolojik Q dalgaları nekrozun varlığını yansıtmaktadır [3, 35 ve 36].

Kardiyak Belirteçler: Mİ tanısı konulabilmesi için bazı biyobelirteçlerin de kontrolü sağlanmalıdır. Sıklıkla kullanılan kardiyak belirteçler troponinler (Troponin I ve M), kreatinkinaz miyogloblin (CK-MB) ve miyogloblin (MB) şeklindedir [3, 37].

Görüntüleme Yöntemleri: Sık kullanılan görüntüleme yöntemleri B mod ultrason, tomografi, sintigrafi ve manyetik rezonansdır [3].

2.7. Miyokard İnfarktüsü Tedavisi

Mİ geçiren bireylerin hızlıca hastaneye transportlarının sağlanması çok önemlidir. Çünkü transport süresi uzadıkça miyokard hücrelerinin hasarı artmaktadır. Tıbbi tedavinin temel amacı, miyokardın oksijen ihtiyacının azaltılması ve reperfüzyonunun sağlanmasıdır [24].

2.7.1. Miyokard infarktüsü acil tedavisi

Miyokardın iş yükünün azaltılması ve dokulara oksijen sunumunun arttırılması için hasta yatak istirahatine alınmalı ve sıkkan giysileri çıkarılmalıdır. Hasta monitörize edilmeli, vital bulguları ve EKG dalgaları yakından izlenmelidir. Kardiyopulmoner resüsitasyon ekipmanları olası bir duruma karşı hazır bekletilmelidir. Nazal kanül ile 2-4 litre oksijen sağlanmalı ve saturasyon %90'ın üzerinde tutulmalıdır. Yaşanan şiddetli göğüs ağrısı katekolamin salınımını ve anksiyete düzeyini arttırıp miyokardın iş yükünü ve oksijen gereksinimini arttırdığı için ağrıya hemen müdahale edilmelidir. Ağrı kontrolü için sistolik kan basıncının 90 mmHg'den yüksek olması şartıyla nitratlar intravenöz (İV) ya da dilaltı olarak uygulanmalı, uygulamalara cevap vermeyen şiddetli ağrılarda morfin sülfat uygulanmalıdır [3, 38].

2.7.2. Miyokard infarktüsü farmakolojik tedavisi

Nitratlar ve morfin sülfat ile ağrı kontrolü sağlanmakta, antikoagülan etkiye sahip olan heparin en az 48 saat süre intravenöz yoldan bolus ve idame infüzyon olarak uygulanmaktadır. Heparin etkisinin kontrolü aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) düzeyinin takibi ile sağlanmaktadır [3]. Beta blokerler kalp hızını, kan basıncını ve miyokard kontraktilitesini azaltarak diyastol süresini uzatmakta ve koronerlerin perfüzyon süresini arttırmaktadır [39]. Antilipid tedavi uygulanması tekrarlı koroner olayların azaltmasında yarar sağlamaktadır [3, 23].

2.7.3. Miyokard infarktüsü reperfüzyon tedavisi

Mİ'de reperfüzyon tedavisi, fibrinolitik ilaçlarla birlikte perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) uygulaması ile sağlanmaktadır [39]. PTCA'da femoral arter ya da ven yoluyla koroner anjiyografi yapılarak plak bölgeleri tespit edilmekte, kateter balonu şişirilip baskı uygulanması yoluyla plakların parçalanması amaçlanmaktadır [3]. Perkütan koroner girişim (PKG) stentli veya stentsiz olabilmektedir. Stentli uygulama PTCA'daki gibidir. Farkı ise balon şişirildikten sonra stentin açılarak o bölgeye sabitlenmesi ve damar açıklığının sağlanmasıdır [39]. Uygulanan medikal tedavilere rağmen bulguların kaybolmaması, koroner anatomisinin PKG'ye uygun olmaması, başarısız PKG, Mİ sonrası septal defekt oluşması ve hemodinaminin bozulması gibi durumlarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır [24].

2.8. Miyokard İnfarktüsünde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı

Yaşam kalitesi; bireylerin kendi hedeflerine, beklentilerine, çıkarlarına, ilgilerine ve standartlarına göre durumlarını algılama şekli olarak tanımlanmaktadır [40]. Yaşam kalitesi; bireylerin tüm gereksinimlerini karşılamaları, sosyal, duygusal ve fiziksel durumlarını üst düzeyde tutabilmeleri, toplumsal ilişkilerini sürdürebilmeleri ve yaşamdan doyum sağlamaları gibi bileşenleri kapsamaktadır [41]. Bireylerin hastalık ya da tedavi süresince fiziksel, emosyonel ve sosyal yönden ne şekilde etkilendiğini algılama şekilleri ise sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır [42].

Günümüzde bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, tanı ve tedavideki ilerlemeler sonucu bireylerin yaşam süreleri ve hayat beklentileri yükselmekte, bunun sonucunda yaşam kalitesine duyulan ilgi artmaktadır [43]. Kronik hastalıklar ve tedavi süreçleri nedeniyle ortaya çıkan üzüntü, öfke, düşkünlük hissi, aile ve iş hayatına ilişkin rol kaybı, yaşam tarzı değişikliği ve sosyal izolasyon gibi çoklu problemler, bireylerin yaşam kalitesini azaltmaktadır [44]. Bireylerin yaşam kalitesini azaltan, fiziksel, ruhsal, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını olumsuz etkileyen en önemli kronik hastalıklardan biri KAH'dır [2]. KAH'den biri olan akut Mİ'den sonra birçok birey, genel sağlık, fiziksel sağlık, günlük yaşam aktiviteleri ve mental sağlık açısından düşük yaşam kalitesi sorunuyla karşılaşmaktadır [45]. Mİ sonrası bireyler, yürüme, koşma, eğilme, doğrulma ve merdiven çıkma gibi fiziksel aktivitelerde zorlanmakta, yaşanan kısıtlılıktan dolayı başka bir bireye bağımlı hale gelmekte ve fonksiyonel yaşam alanlarında sorunlar yaşamaktadır [46 ve 47]. Yapılan bir çalışmada, Mİ geçiren bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde sağlıklı olan bireylere göre %10 azalma görüldüğü ve bu durumun hem bireylerin hem de bakım verenlerin yaşam kalitelerini negatif etkilediği vurgulanmıştır [48]. Mİ sonrası yaşanan fiziksel problemlerin yanı sıra bireyler, ağrı, çarpıntı, solunum güçlüğü gibi birçok semptomu da yoğun olarak yaşamakta ve yaşanan bu semptomların bireylerin psikolojik durumuyla yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Solunum güçlüğü yaşayan bireylerin korku hissi yaşadığı, yorgunluk ve uyku sorunlarının anksiyete ve depresyonu artırdığı, tekrarlayan semptomların stresi indükleyerek AKS riskini arttırdığı bildirilmiştir [3, 49- 51]. Mİ sonrası etkilenen diğer bir yaşam alanı cinsel fonksiyonlardır. KVH'nin veya tedavi amaçlı girişimlerin neden olduğu ağrı, yorgunluk gibi fiziksel semptomlar, depresyon, hastalığın yarattığı endişe, korku, değersizlik hissi gibi psikolojik semptomlar seksüel disfonksiyon gelişmesine ve bireylerin cinsel aktiviteden uzaklaşmasına neden olmaktadır [52 ve 53].

Mİ geçiren bireylerin sık karşılaştığı sorunlardan diğeri de iş ve sosyal hayattaki olumsuz etkilenmelerdir [13]. Mİ'nin üretken yaş grubunda görülmesi, akut dönem atlatıldıktan sonra bile ritim bozuklukları, anjina ve reinfarktüs gibi önemli komplikasyonların sık yaşanması nedeniyle iş gücü kayıpları ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda Mİ sonrası motor yeteneklerinde bozulma görülen bireylerde, işe dönüş zamanının uzadığı, hastalıktan dolayı alınan izin sürelerinin arttığı, bireylerin iş yaşamlarının ve performanslarının kısıtlandığı bildirilmiştir. Bireyler, Mİ sonrası 1-2 aylık periyotta eski yaşantılarına geri dönmeye zorluk çekmekte ve iş kaybetmenin yanı sıra iş değiştirme gibi travmalarla karşılaşmaktadır [21,47, 54]. Yapılan bir çalışmada, Mİ geçiren bireylerin sosyal işlevi, ruh sağlığı ve duygusal rolü yetersiz olduğu için fiziksel güvenliklerine uygun iş bulamadıkları belirtilmiştir [54]. Fonksiyonel yaşam alanlarındaki bu değişimler nedeniyle Mİ sonrası bireylerin sosyal aktiviteleri de kısıtlanmakta, aile ve arkadaşlarıyla olan etkileşimleri de azalmaktadır [13, 54-56].

Mİ geçiren bireylerin fiziksel ve sosyal yaşam alanlarında yaşadıkları sorunlarla birlikte hayat tarzı değişikliklerini anlama ve sürdürme konusunda zorlanmaları bireylerin yoğun stres yaşamalarına neden olmaktadır [16]. Mİ sonrası yaşanan belirsizlik, çaresizlik hissi ve ölüm korkusu bireylerde kontrol kaybına ve yoğun strese sebep olmakla birlikte travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlara da yol açmaktadır [33]. AKS geçiren bireylerin aşırı derecede strese maruz kalmaları sonucunda depresyon ve anksiyeteye yatkınlıkları artmaktadır [57]. Aydemir ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada kalp hastalığı olan bireylerin %68,8'inde anksiyete, %81,3'ünde depresyon geliştiği belirtilmiştir [58]. Koroner bakım ünitelerine başvuran çoğu birey, başvuruyu takip eden ilk 2 saatte yüksek düzeyde endişe yaşamakta olup, sonraki süreçte Mİ geçirmenin hayatı tehdit eden ve ölüme bile neden olabileceği algısı, gerekli tıbbi tedaviler uygulandıktan sonra bile bireyleri etkileyen bir hastalık olduğu inancını oluşturmaktadır [33, 59]. Ayrıca endişe düzeyinin bireylerde taburculuk sonrasında da devam ettiği bilinmektedir [57, 59].

Mİ sonrası bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini negatif etkileyen sosyal, fiziksel ve psikolojik problemlerin bireylerde ne derece görüleceği konusunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yetersiz gelir durumu, düşük eğitim seviyesi, ileri yaş, yalnız yaşama, cinsiyet ve sosyal destek durumu gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, Mİ geçirme şiddeti, gerçekleşen Mİ sayısının artması ve ek kronik hastalık varlığı gibi hastalığa ilişkin faktörler de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [47]. Yapılan bir çalışmada, ilerleyen yaşla birlikte bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde azalma görüldüğü ve buna bağlı olarak

yaşam kalitesi düzeylerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir [60]. Mİ geçiren erkek bireylerin kadın bireylere göre daha yüksek düzeyde yaşam kalitesi algıladıkları belirtilmektedir [48]. Eğitim seviyesi arttıkça, bireylerin sağlığı algılama ve doğru hayat tarzını benimseme konularına eğilimleri artmakta ve buna bağlı olarak yaşam kaliteleri olumlu etkilenmektedir [48]. Sosyodemografik özelliklere göre değişmekle birlikte Mİ sonrası yaşanan sosyal, fizyolojik ve emosyonel sorunlar, bireylerin iyilik halini bozmakla kalmamakta, aynı zamanda kardiyovasküler sağlığı ve Mİ sonrası iyileşmeyi de olumsuz etkilemektedir [33]. Bu nedenle Mİ sonrası bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde bireysel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır [33].

Mİ geçiren bireylerin yaşadıkları çoklu sorunlar ve yaşam kalitelerindeki azalma göz önünde bulundurulduğunda yaşam kalitelerini arttırmak ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri en aza indirmek için girişimlerde bulunmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Hasta eğitimi ve danışmanlık programları Mİ geçiren hastalarda risk faktörlerinin azaltılması, infarktüs tekrarının ve komplikasyonların önlenmesiyle birlikte semptom kontrolünün sağlanması için önemlidir [48]. Yapılan bir çalışmada, Mİ geçiren bireylere fiziksel sorunlar, semptom kontrolü, cinsel sorunlar ve stres kontrolü gibi konularda bilgi verilmesinin, bireylerin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir [61]. Yapılan başka bir çalışmada Mİ sonrası taburculuk eğitimi ve telefon izlem sağlanan bireylerin bilgi düzeylerinde ve fiziksel aktivitelerinde artma gözlemlendiği, buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır [62]. Mİ geçiren bireylerde uyum ve baş etmenin güçlendirilmesi, fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunulması gerektiği belirtilmiştir [63]. Hemşireler, ilaç uyumu, fiziksel aktivite, diyet kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması gibi konularda bireylere eğitimler vererek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında ve sürdürülmesinde etkin bir rol oynamaktadırlar [64]. Yapılan bir çalışma, Mİ sonrası yaşam tarzı değişikliğine uyum, diyet kontrolü, ilaç uyumu gibi konularda hemşire liderliğinde yapılan önleme programının bireylere yarar sağladığı görülmüştür [65]. Yapılan çalışmalarda, bireyleri değerlendiren, bakım veren ve iyileşmelerinde rol oynayan hemşirelerin gözlem becerileri ile hastalık yönetimi konusundaki kararlara destek oldukları ve böylece bireylerde yetersizlik ve depresyon duygusunun engellenmesine ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin olumlu etkilenmesine katkı sağlandıkları belirtilmektedir [66 ve 67]. Hemşireler, bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini koruma, geliştirme ve iyileştirme

konusunda önde gelen sağlık ekibi üyeleridir. Bu doğrultuda hemşireler bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmeli, yaşam kalitelerini en üst seviyede tutmaya yönelik girişimleri uygulamalıdır [16].

2.9. Miyokard İnfarktüsünde Öz Yeterlilik ve Hemşirelik Bakımı

Öz yeterlilik, bireylerin olaylar karşısında başarı göstermelerine ve yeteneklerine karşı olan inancı olarak tanımlanmaktadır [68]. Bireyler başarabileceğine inandığı konularda girişkenlik gösterirken, başarılı olabileceğine inanmadığı konularda ise çekimser davranmaktadır. Başka bir ifadeyle öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler, planladıkları işlerde ve zorlu görevlerde kendilerini, başarabilecek güçte ve kapasitede hissetmektedirler. Bu nedenle öz yeterlilik kavramı bireylere motivasyon sağlama, eylemlerini, duygu durumlarını kontrol etme ve yönetme gücü vermektedir [69]. Kardiyak öz yeterlilik kavramı ise bireylerin kardiyak hastalıkların yarattığı zorlukları yönetme ve zorluklarla mücadele etme yeteneğini ifade etmektedir [70].

Öz yeterlilik kavramı kişilerin kronik hastalık yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır [71]. Bir kişinin öz yeterliliği, onun sağlık davranışını etkileyerek, hastalık sürecinde aktif rol almasını sağlamaktadır [14]. Bireylerin öz yeterlilik düzeyleri sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından da önem taşımaktadır [70, 72]. Yüksek öz yeterliliğe sahip olan bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını iyileştirmek ve davranışlarını kendi kendilerine yönetmek konusunda öz güvenleri yüksek olup, sağlıklı yaşam tarzını benimseme ve sürdürme oranları da yüksektir [73]. Bu nedenle kardiyak hastalıkların tedavisinde ve bakım sürecinde öz yeterlilik kavramı önemli bir rol oynamakta ve kardiyak hastalık sürecinde bireylerin tutumlarını (sedanter hayat tarzından kaçınmak gibi) doğrudan etkilemektedir [70, 74]. Idyan ve Thato'nun (2017) yaptığı çalışmada, bir bireyin öz yeterlilik düzeyinin, koroner arter hastalığını önleyici davranışları benimseme konusunda teşvik edici olduğu ortaya koyulmuştur [75]. Yapılan bir başka çalışmada ise öz yeterlilik düzeyinin sadece yaşam tarzı değişikliği için değil aynı zamanda hastalık sonrası sürece uyum için de teşvik edici olduğu belirtilmiştir [70]. Öz yeterlilik düzeyleri yüksek bireyler karşılaştıkları zorlukların çözümü ve hastalık yönetimi konusunda daha başarılı ve özgüvenlidir. Bu nedenle hastalıklarıyla daha olumlu ve sağlıklı bir yüzleşme gerçekleştirmektedirler [76]. Kardiyak hastalığa sahip bireylerin hastalıkla baş etmesinde ve hastalık sonrası dönemde iyileşme sürecinde öz yeterlilik düzeylerinin güçlü bir etkisi bulunmaktadır [14, 70]. Kişilerin öz yeterlik inançlarının, egzersiz, stres yönetimi, diyet,

alkol bağımlılığının üstesinden gelme, sigarayı bırakma, tedaviye uyum ve öz yönetim dahil olmak üzere birçok sağlık davranışının başarılı bir şekilde değiştirilmesi ve sürdürülmesi için gerekli olduğuna yönelik güçlü kanıtlar mevcuttur [16, 77]. Yapılan bir çalışmada, kardiyak hastalık geçiren bireylerin taburculuk sonrasında algılanan öz yeterlilik düzeyi yüksekse 6-12 ay zaman aralığında fiziksel aktivitede pozitif yönde artış olduğu belirtilmiştir. Yüksek algılanan öz yeterlilik düzeyi, taburculuktan sonraki bir yıllık süreçte sağlıklı beslenme seçeneklerine eğilimin artmasıyla ve sigara içme alışkanlıklarının azalmasıyla ve artan fonksiyonel kapasiteyle ilişkilendirilmektedir [15, 77]. Düşük kardiyak öz yeterliliğin ise; hastalık şiddeti, artan semptom yükü, bozulmuş fiziksel fonksiyon, kötüleşmiş genel sağlık ve azalmış yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca düşük kardiyak öz yeterliliğin bozulmuş kalp fonksiyonunun bir habercisi olduğu ve hastaneye yeniden yatışlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir [70]. Bireylerin öz yeterlilik düzeyleri yükseldikçe, ilacın gerekliliğine olan inançlarının ve ilaç rejimine uyma olasılıklarının arttığı, öz yeterlilik inancının ilaç uyumu konusunda en önemli teşvik edici faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir [79, 80]. Beslenme tarzı, düzenli ilaç rejimi, fiziksel aktivite ve KVH'ye ilişkin risk faktörlerini bilen bireyler, bunu kendi sağlıkları açısından olumlu bir tutum olarak algılayan bir düşünce içerisine girerlerse, öz yeterlilik düzeylerinin de pozitif yönde etkileneceği belirtilmektedir [23]. Bu doğrultuda kardiyak öz yeterlilik düzeyi, sağlık davranışlarının benimsenmesi ve değiştirilebilir risk faktörlerinin bilinmesi, KAH olan erişkinlerde yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır [75, 81]. Öz yeterlilik düzeyinin artmasıyla bireylerde KVH riski azalmakta, psikososyal iyilik hali ve yaşam kalitesi de artmaktadır [75]. Yüksek öz yeterliliğe sahip bireyler, uygulanan tedaviye daha fazla güvenmekte, daha yüksek psikolojik sağlamlılığa sahip olmakta, daha düşük stres bozukluğu, kaygı ve depresyon yaşamaktadır [82]. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bireylerin öz yeterlilik seviyelerinin üst düzeyde tutulmasının, Mİ sonrası süreçte fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan olumlu yönde etkileri olduğu görülmektedir [23, 81]. Öz yeterlilik düzeylerinin bireyler üzerinde etkileri olduğu gibi, öz yeterliliği etkileyen bireysel birçok faktör de bulunmaktadır [83]. Bireylerin öz yeterlilik inançlarını etkileyen faktörler aşağıda belirtildiği şekli ile dört ana başlıkta incelenmektedir:

Dolaylı deneyimler: Kişilerin kendilerine denk gördüğü bireylerin tecrübelerinden faydalanarak kendilerinin de benzer zorluklar karşısında başarılı ya da başarısız olacaklarını önceden kestirmeleridir.

Sözel ikna: Kişinin karşılaştığı zorluklar karşısında çevresinden gelen motive edici ve gerçekçi cesaretlendirmelerdir.

Psikolojik durum: Bireylerin zorlu durumlar karşısında başarılı ya da başarısız olacağı beklentisine karşı gelişen emosyonel geri bildirimlerdir.

Doğrudan deneyimler: Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar karşısında edindiği tecrübeler sonucundaki çıkarımlardır [83 ve 84]

Öz yeterlilik üzerinde etkili olan diğer bir faktör ise bireylerin bilgi düzeyleridir. KAH'ı olan bireylerin kardiyak öz yeterliliklerini artıran en güçlü faktörlerden birinin sağlık davranışları konusundaki bilgi düzeyleri olduğu saptanmıştır. Bireylerin kardiyak sağlık bilgilerindeki artış sonucunda kardiyak öz yeterlilik düzeyleri de yükselmektedir [86]. Buna bağlı olarak kardiyak sağlık hakkında bilgilendirilmiş bireyler, iyileştirilmiş kalp sağlığı davranışı göstermekte ve bu durum artan kardiyak öz yeterliliği ile ilişkilendirilmektedir [85, 86]. Bu sebeple, öz yeterliliği ve genel sağlık durumunu iyileştirmek için özellikle bireylerin kardiyak sağlık bilincinin artırılması önerilmektedir [87]. Öz yeterliliği etkileyen diğer faktörler ise bireylerin sosyodemografik özellikleridir [88]. Yaş faktörünün artmasıyla bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı, eğitim durumunun öz yeterliliğin gelişmesinde olumlu katkısı olduğu, ekonomik durumu kötü olan bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin de azaldığı belirtilmiştir [82, 88].

Öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin hastalık sonrası süreç dahil olmak üzere birçok durumla başetme konusunda daha etkili ve kararlı davrandıkları belirtilmiştir [85]. AKS'ye maruz kalmış olan bireylerin öz yeterlilik düzeyleri hastalık ve tedavi sürecine bağlı faktörlerden etkilenecek azalmaktadır. Azalan öz yeterlilik seviyeleri sonucunda bireylerin iyileşmeleri gecikmekte ve yeni hayat tarzına uyum sağlamaları zorlaşmaktadır. Bu nedenle bireylerin hastalık sonrası süreçte öz yeterlilik seviyeleri belirlenmeli ve düşük öz yeterliliği olan bireylere yönelik uygun girişimlerde bulunulmalıdır [23, 70, 80]. Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin ve ailelerin, bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirmek ve emosyonel durumlarını iyileştirmek için öz yeterliliklerini ve tedaviye olan güvenlerini arttırmaya yönelik çalışmaları başlatmaları önerilmektedir [74, 82]. Bireylerin KVH sonrasındaki sürece uyumunu sağlamaya ilişkin hemşireler tarafından verilen eğitimlerin ve telefonla izlemin, bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme ile ilgili öz yeterlilik düzeylerinin artmasına katkı sağladığı, ilaçlara uyumu kolaylaştırdığı, kan basıncı kontrolü, kolesterol seviyelerinin azalması, komplikasyonların ve semptomların azalması, yaşam kalitesindeki artışa katkı sağladığı bildirilmiştir [16, 89, 90]. Profesyonel sağlık üyesi olan hemşireler,

güvenli ölçme araçlarını kullanarak bireylerin öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmeli, öz yeterlilik kaynaklarının kullanımı ve öz yeterliliği geliştirmeye önem vermelidir. Ayrıca, aile üyeleri, Mİ sonrası süreçte bireyleri destekleyebilen ve teşvik edebilen en önemli bireyler oldukları için rehabilitasyon sürecine dahil edilmelidir. Kardiyak öz etkililiği artırmak adına gerekli müdahaleler yapılırsa, bireylerin kardiyovasküler risk faktörlerini daha etkin bir şekilde yönetme ve öz bakım davranışlarını gerçekleştirme konusunda kendine olan güvenleri artmaktadır [91]. Bu nedenle kardiyoloji hemşireleri özellikle beslenme alışkanlıkları, ilaç rejimi, fiziksel aktivite ve kardiyovasküler risk faktörleri hakkında bireylere eğitimler verilerek, öz yeterlilik düzeylerinin artırılmasını amaçlamalıdır [23]. Mİ gibi bireylerin yaşamlarının tüm yönlerini etkileyen kronik hastalıkları olan kişiler için yaşam şekli değişikliğinin benimsetilmesi, fonksiyonel kapasitenin artırılması, psikolojik dayanıklılığın yükseltilmesi için bireysel öz yeterliliğin artırılmasına odaklanılmalıdır [71, 92].

2.10. Miyokard İnfarktüsünde Algılanan Stres ve Hemşirelik Bakımı

Baskı, güç ve zorlama anlamlarına gelen stres, bireylerin stresör adı verilen çeşitli çevresel uyaranlara verdiği yanıt olarak tanımlanmaktadır [93 ve 94]. Lu ve arkadaşları stresi zorlanan bir homeostaz durumu olarak açıklamaktadır [95]. Amerikan Psikoloji Derneği'ne göre ise stres, baskı ve gerilim durumlarına karşı oluşan bir tür tepkidir [96]. Stres, bireyin fizyolojik ve psikolojik sınırlarının zorlanmasıyla meydana gelmekte ve bireyler stresöre karşı ya mücadele etme ya da kaçma yolunu tercih etmektedirler. Stresörler çok şiddetliyse bireyi stresten kaçmaya, zayıfsa bireyi stresle baş etmeye itmektedir [97].

Stres hayatta her alanda var olan bir faktördür ve bireylerin yaşamlarını her yönüyle etkilemektedir. Bireylerin kişilerarası ve çevresel faktörlerle sürekli olarak etkileşim içerisinde olmaları sebebiyle stres yaşamaları kaçınılmaz bir durumdur. Ancak uzun süre stresöre maruz kalmak ve sonucunda uzun süre stres yaşamak bireylerin fiziksel, emosyonel, ruhsal ve davranışsal problemler yaşanmasına sebep olmakta ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Bununla birlikte stres, kronik hastalıklara yatkınlığı da arttırmaktadır [98]. Kronik hastalıklardan olan KVH'nin değiştirilebilir risk faktörleri arasında stres önemli bir yere sahiptir [99]. Uzun süre strese maruz kalmak, kardiyovasküler sistemin biyolojik programlanmasını değiştirmekte, stresörlere karşı oluşturulan stres yanıtı kardiyovasküler sistem üzerinde kalıcı olumsuz etkilere sebep olmaktadır [9]. Yapılan bir çalışmada stres faktörünün bireylerde KVH'ye yakalanma ve bunun sonucunda mortalite riskinde artmaya

neden olduğu belirtilmiştir [94]. Akut stres yaratan olaylarda öfke nöbetlerinden birkaç saat sonrasında Mİ görölme riskinin arttığı bilinmektedir [100]. KVH'yi tetikleyen emosyonel ve fiziksel stres faktörleri; üzüntü, ekonomik sorunlar, pazartesi sendromu, taraftarı olunan bir spor takımının yenilgisinin izlenmesi ve özellikle kış mevsiminde yaşanan soğuk hava gibi durumlardır [100]. İşle ilgili stres düzeyleri yüksek olan bireylerin, stresi daha az olan bireylere göre KAH'ye yakalanma oranının %40 daha fazla olduğu saptanmıştır [101]. Bunun yanı sıra sadece akut stresin değil, kronik stresin de KAH üzerinde aynı etkiye sahip olduğu belirtilmiştir [102]. Kronik stres sonucunda sempatik ve vagal sinir sistemlerinin homeostazı bozulmakta, bunun sonucunda vasküler tonüs ve miyokardiyal oksijen tüketimi artmaktadır. Renin anjiyotensin sistemi aktive olmakta, trombosit aktivasyonu artmakta ve endotel disfonksiyon gelişmektedir [103]. Bu fizyolojik süreci takiben vücudumuz bilişsel, davranışsal ve duygusal şemaları kapsayan bir mekanizma ile yanıt oluşturmaktadır. Otonom sinir sistemi stres anında adrenalini akışını sağlayarak bazı hormonların (epinefrin ve nörepinefrin) serbest bırakılması için uyarı göndermekte, tirotropik hormon, tiroid bezini stimüle etmekte, adrenokortikotropik hormonu adrenal korteksi uyarmaktadır. Bu metabolik mekanizmaların sonucunda solunum hızı, derinliği ve kalp hızı artmakta, kan damarları vazokonstriksiyona uğrayarak kan basıncını artırmaktadır [104]. Yaşanan tüm bu fizyolojik süreçler kronik stres yaşayan bireylerin, KVH riskini artırmaktadır [95, 103]. Algılanan stres bireylerde Mİ geçirme riskini arttırırken, Mİ geçiren bireylerin sonraki süreçlerinde yaşadıkları stres düzeylerinin de yüksek olduğu belirtilmektedir. Yani stres hem Mİ risk faktörü hem de Mİ'nin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Mİ'nin aniden gerçekleşmesi ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olması nedeniyle bireylerin yaşadığı travmatik stres uzun vadede travma sonrası stres bozukluğuna sebep olabilmektedir [105]. Mİ sonrası yaşanan post travmatik stres sendromları hastaneye yeniden yatışları tetiklemekte, reinfarktüs yaşanmasına neden olmakta, ölüm riskini arttırmakta ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır [106].

Stresin temelini oluşturan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler aile içi stres, depresyon, endişe, pesimistlik, iş içerisinde yaşanan gerginlikler, güvensizlik hissi ve yetersiz sosyal destek olarak sıralanmaktadır [95]. Mİ geçiren bireylerin algıladıkları stres düzeyinin düşük gelir, komorbidite, HT, DM, düzensiz ilaç kullanımı, hastalığa uyumsuzluk, fiziksel inaktivite, Mİ sonrası yaşanan endişe, hobi ve uğraşların olmaması gibi etmenlere bağlı olarak arttığı bildirilmiştir [108]. Mİ geçirmiş kadın bireylerde erkek bireylere göre daha fazla travma, depresyon ve algılanan stres ile karşılaşmaktadır [109]. Genç kadınlarda

daha yüksek algılanan stres ve stresin olumsuz etkilerine karşı da fazla duyarlılık görülmekte ve iyileşme diğer bireylere göre geciktirmektedir [110]. Artan yaşla birlikte algılanan stres düzeyi azalmakta ancak iyileşme durumu yavaşlamaktadır [111]. Algılanan stresi etkileyen diğer bir faktör komorbid hastalıklardır. Komorbid hastalıklar Mİ sonrası sürece uyumu zorlaştıracığı için ve birden fazla hastalıkla baş etmeyi güç kılacağı için stres düzeyini arttırmaktadır [108]. Algılanan stres düzeyi ile yakından ilişkili olan diğer bir faktör ise eğitim seviyesidir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin algılanan stres düzeylerinin diğer bireylere göre yüksek olduğu belirtilmektedir [108]. Eğitim seviyesine bağlı olarak iş olanakları artmakla birlikte iş verenlerin üretkenlik ve verimlilik talebinde de artma görülmesi, çalışanlar üzerinde artan baskıya yol açmakta ve algılanan stresi arttırmaktadır [112]. Algılanan stresi etkileyen diğer bir faktör ise fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite Mİ geçiren bireylerde stresle mücadelede oldukça güçlü bir etmendir [108]. Genel olarak düzenli ve düşük yoğunlukta yapılan fiziksel aktivitenin strese karşı vücudun oluşturduğu hormonal tepkiye karşı dayanıklılığı arttığı ve stres yönetimine önemli katkısı olduğu bildirilmiştir [113].

Stres yönetimi, KAH insidansını önemli ölçüde azaltabilecek bir faktördür [99]. Stresin kontrol altına alınması veya azaltılması için gerekli girişimlerin yapılması tekrar Mİ geçirme ihtimalini veya ani kardiyak ölüm gibi olayların gelişmesini önleyebilmektedir [108]. Psikolojik dayanıklılığın da post travmatik stres bozukluğu gelişmesi açısından önemli bir bireysel koruyucu faktör olduğu belirtilmektedir [114]. Örneğin, psikolojik müdahaleler bilişsel, duygusal sorunları azaltabilmekte, baş etme stratejileri geliştirilerek Mİ sonrasında gelişen olumsuz duyguları yok edebilmektedir [107]. Mİ'nin kontrol edilemez bir yaşam olayı olması nedeniyle, ilk müdahale edenlerin ve hastayla sık iletişimde olanların, tüm tedavi süreci boyunca bireylere güvende ve emniyette oldukları duygusunu hissettirmeleri gerekmektedir [107]. Mİ geçiren bireylerin stres düzeyini azaltıcı destek programlarının multidisipliner ekip anlayışı ile bireylere sunulması önerilmektedir [108]. Bu nedenle, hastalık algılarını ve aynı zamanda akut Mİ sonrası bilişsel ve depresif belirtileri hedefleyen önleme stratejileri, Mİ sonrası stres bozukluğu geliştirme riskini azaltmaktadır [115]. Bireylerin yaşadığı stres faktörlerini tespit etmek, bu faktörleri en aza indirmek ve bireylerin stresle baş etme yöntemlerini öğrenmesini ve uygulamasını sağlamak önemli hemşirelik girişimlerindendir. Bireysel özelliklere göre stresle baş etme yöntemleri değişiklik gösterdiği için hemşirelerin bireyleri iyi analiz etmeleri önemlidir. Hemşireler, bireylerin sosyal destek sistemlerini geliştirmelidir. Çünkü sosyal destek stres oluşumunu

engellemekte, stres anında strese yüklenen anlamı pozitif olarak değiştirmekte ve bireylerin yönetmekte zorlandığı durumları kolaylaştırmaktadır [116]. Yapılan bir çalışmada Mİ geçiren bireylere üç hafta boyunca verilen beslenme, fiziksel aktivite ve stresle baş etme yöntemlerine yönelik eğitim ve danışmanlık sonucunda, bireylerde olumlu sağlık davranışlarının geliştiği belirtilmiştir [117]. Hemşireler, Mİ geçiren bireylere kardiyak rehabilitasyon eğitimi vererek, bireylerin iş stresiyle daha iyi baş etmesini ve iş yaşamına adaptasyonunu sağlamalıdır [118]. Hemşireler farkındalık temelli stres yönetimi, müzik terapi, progresif gevşeme egzersizleri ve yönlendirilmiş imgeleme gibi stresle baş etme yöntemlerini kullanmalı ve hastalara öğretmelidir [119].



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeylerinin ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Hipotezleri

H0-1: Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi ile öz yeterlilik arasında ilişki yoktur.

H1-1: Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi ile öz yeterlilik arasında ilişki vardır.

H0-2: Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi ile stres düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1-2: Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi ile stres düzeyleri arasında ilişki vardır.

H0-3: Mİ geçiren bireylerde öz yeterlilik ile stres düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1-3: Mİ geçiren bireylerde öz yeterlilik ile stres düzeyleri arasında ilişki vardır.

H0-4: Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi, stres ve öz yeterlilik düzeyleri sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre değişiklik göstermez.

H1-4: Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi, stres ve öz yeterlilik düzeyleri sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre değişiklik gösterir.

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, Temmuz 2021 ve Ocak 2022 tarihleri arasında Amasya Sabuncuoğlu Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, kardiyoloji polikliniklerinde ve kliniklerinde yürütülmüştür. Hastanede 5 kardiyoloji polikliniği, 1 kardiyovasüler cerrahi polikliniği, 1 kardiyoloji servisi, 1 koroner yoğun bakım ünitesi, 1 kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi bulunmakta, bu birimlerde toplamda 9 doktor, 27 hemşire ve 3 röntgen teknikeri çalışmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 8, Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi 5 ve Kardiyoloji Kliniği 24 hasta kapasitesine sahiptir. Anjiyo ünitesindeki hastalar, klinik durumlarına göre yoğun bakıma ya da kardiyoloji kliniğine gönderilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine ve kliniklerine başvuran Mİ geçirmiş olan

bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırma dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması için G Power güç analizi 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ana çıktılarından genel öz yeterlilik puanlarının iki grup arasındaki farkları göz önünde bulundurularak yapılan hesaplama göre %80 güç ve %95 güven aralığında 0,5 etki düzeyinde araştırmaya 224 birey alınması gerektiği belirlenmiştir [120].

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

Bireyler aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurularak örnekleme dahil edilmiştir.

- 18 yaş üzerinde olmak
- Son 1 yılda ilk kez Mİ geçirmiş olmak
- Türkçe biliyor olmak
- Araştırmaya katılmaya onam vermek

3.4.2. Dışlanma kriterleri

Bireyler aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurularak örnekleme dahil edilmemiştir.

- Nöropsikiyatrik bir hastalığa sahip olmak
- 1 yıldan uzun süre önce Mİ geçirmiş olmak
- Birden fazla defa Mİ geçirmiş olmak
- Açık kalp cerrahisi ameliyatı geçirmiş olmak
- Araştırmaya katılmaya onam vermemek

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, çalışma durumu, gelir durumu) ve hastalığa ait özellikleri (kronik hastalık varlığı, Mİ sonrası uygulanan tedavi Mİ sonrası geçen süre, kaç kez Mİ geçirdiği ve Mİ sonrası yaşanan belirtiler) araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

KBF, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır [4,8,10,17]. Bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin 14 adet soru yer almaktadır. Formda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu ve birlikte yaşanan kişiler gibi sosyodemografik bilgiler; ek kronik hastalık varlığı, Mİ sonrası balon, stent, cerrahi veya medikal tedavi seçeneklerinden hangisinin uygulandığı, Mİ sonrası yaşanan belirtiler, ne kadar süre önce Mİ geçirdiği gibi hastalıkla ilgili sorular yer almaktadır.

3.6.2. Kalp yaşam kalitesi ölçeği

KYKÖ, KAH'si olan bireylerin yaşam kalitesi seviyelerini ölçmek için geliştirilmiş olup, ölçeğin orijinali angina pectoris, miyokard infarktüsü ve iskemik kalp hastalığı olan bireyler üzerinde test edilmiştir. Ölçeğin 4 sorusu duygusal alt boyutu, 10 sorusu fiziksel alt boyut temsil etmekte olup, toplamda 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte, her madde bireyler tarafından 0-3 arasında puanlanmakta; 3 'Hiç rahatsızlık yok' olarak, 0 'Çok rahatsızlık var' olarak ifade edilmektedir. Ölçek sonuçları değerlendirilirken yüksek puanlar yaşam kalitesi seviyelerinin yüksek olduğunu belirtirken, düşük puanlar disfonksiyon varlığını ve yaşam kalitesi seviyelerinin düşük olduğunu göstermektedir. KYKÖ toplam puanları 0-42 arasındadır [121].

KYKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Duğan ve Bektaş (2020) tarafından yapılmış ve cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur [121]. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,83 olarak belirlenmiştir.

3.6.3. Genel öz yeterlilik ölçeği (GÖYÖ)

GÖYÖ'nün ilk geliştirilen orijinal versiyonu 20 maddeden oluşmaktadır. Ancak ölçek, Jerusalem ve Shwarzer tarafından 1981 yılında 10 maddeden oluşacak şekilde revize edilmiştir. Ölçek bireylerin yeni ve zor görevlerle başa çıkma yeterliliği inancını ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçekte, 1 'Tamamen yanlış'; 4 'Tamamen doğru' anlamına

gelmekte olup, ölçek puanı ne kadar yüksekse öz yeterlilik seviyesinin o kadar yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçekte tüm maddeler olumlu yönde puanlanmakta ve 10 ile 40 arasında puan alınmaktadır. GÖYÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aypay (2010) tarafından yapılmış olup, cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır [122]. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,81 olarak belirlenmiştir.

3.6.4. Algılanan stres ölçeği (ASÖ)

1983 yılında Cohen, Kamarck ve Mermelste tarafından geliştirilen 5'li likert tipteki ölçek sekiz maddeden oluşmakta olup, ölçeğin üç maddesi ters (4.,5.,6., maddeler), beş maddesi düz ifadelidir. Algılanan stres (1.,2.,3.,7., 8. maddeler) ve algılanan baş etme (4.,5.,6. maddeler) olmak üzere iki alt ölçeği bulunan ölçekten alınabilecek en yüksek puan 32'dir. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olduğunu; alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği ise olumsuz durumu göstermektedir. Bilge, Ögce, Genç ve Orhan (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan ölçeğin cronbach alfa değeri 0,81 bulunmuştur [123]. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,83 olarak belirlenmiştir.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama sürecinden önce Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 5 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda veri toplama formlarında değişiklik yapılmamıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri doğrultusunda bireylerin çalışmaya katılma isteği, açık kalp ameliyatı olup olmadığı, nöropsikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı, kaç kez ve ne kadar süre önce Mİ geçirdiği sorgulanmış ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalar araştırmaya alınmıştır. Kardiyoloji servisinde yatmakta olan bireylere ve kardiyoloji polikliniğine kontrol/muayene için gelen bireylere veri toplama formları uygulanmıştır. Koroner yoğun bakım ünitesinde, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde Mİ tanısıyla yatan hastaların ise kontrol günleri öğrenilmiş ve veri toplama sürecinin devamı kardiyoloji polikliniğinde tamamlanmıştır. Veriler 15-20 dakikalık süre içerisinde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Temmuz 2021 ve Ocak 2022 tarihleri arasında ulaşılan 244 bireyden 4'ü psikiyatrik bir hastalık tanısı nedeniyle, 5'i iki kez Mİ geçirdiği için, 3'ü açık kalp ameliyatı geçirdiği için ve 8'i de çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiş ve çalışma 224 bireyin katılımı ile tamamlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınmıştır (Tarih:21.05.2021 Karar no:16474) (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden ön izin alınmıştır (Tarih:30.03.2021 Karar no:62949364/929) (EK-2). Katılımcılara açıklama yapıldıktan sonra çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı ve sözlü onam alınmıştır (EK-3). Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS Versiyon 26 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorow Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Değişkenlerde normal dağılım sağlamadığı için ($p>0,05$) bağımsız ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, bağımsız çoklu grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Fark bulunan değişkenlerde karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmeli p değeri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde sperman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tanı süresinin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeylerini yordayıp yordamadığı regresyon analizi ile test edilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümde Mİ geçiren bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri, Mİ sonrası yaşanan semptomlar, ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler, yaşam kalitesi, genel öz yeterlilik ve algılanan stres ölçeğine göre değişkenlerin karşılaştırılması, genel öz yeterlilik, yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=224)

Değişken	Sayı	Yüzde
Yaş Grup	36-49 Yaş	40
	50-59 Yaş	58
	60-69 Yaş	83
	70 yaş ve üzeri	43
Yaş ortalaması	60,52 ±10,05 (Minimum: 36 Maximum: 84)	
Cinsiyet	Kadın	51
	Erkek	173
Eğitim durumu	Okuryazar değil	13
	İlköğretim	69
	Lise	121
	Üniversite	21
Medeni durum	Evli	217
	Bekâr	7
Çocuk sahibi olma durumu	Var	205
	Yok	19
Birlikte yaşadığınız kişiler	Anne-baba	8
	Eş	180
	Yalnız	6
	Anne-baba ve eş	30
Çalışma durumunuz	Çalışıyor	79
	Çalışmıyor	145
Gelir durumunuz	Gelir giderden az	162
	Gelir gidere denk	62
Ailede kalp hastalığı varlığı	Evet	179
	Hayır	45

Tablo 4.1’de Mİ geçiren bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Araştırmaya dahil edilen bireylerin %37,1’inin 60-69 yaş aralığında olduğu, %77,2’sinin erkek, %54,0’ünün lise mezunu, %96,9’unun evli, %64,7’sinin emekli, %72,3’ünün gelir durumunun giderden az olduğu ve %91,5’inin çocuk sahibi olduğu, %80,4’ünün eşi ile yaşadığı ve %79,9’unun ailesinde kalp hastalığı bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık/Tedavi Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=224)

Değişken	Sayı	Yüzde
Kronik hastalığa sahip olma	Var*	148
	Yok	76
Mİ sonrası stent uygulaması	Evet	198
	Hayır	26
İlk Mİ sonrası geçen süre	1 ay	156
	2-6 ay	50
	7-12 ay	18
Mİ sonrası yaşanan semptomlar	Var	170
	Yok	54

*Kronik hastalığa sahip olan bireylerin %77,0'sinin hipertansiyon, %42,5'inin diyabet, %4,0'ünün kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %1,3'ünün astım, %0,6'sının kalp yetmezliği, %0,6'sının böbrek yetmezliği, %0,6'sının parkinson hastalığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2'de araştırmaya dahil edilen bireylerin hastalık/tedavi özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %66,1'inin kronik hastalığı olduğu, %88,4'üne stent uygulandığı, %69,6'sının Mİ sonrası 1 aylık zaman aralığında araştırmaya katıldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Yaşanan Semptomların Dağılımı (n=170)

Semptomlar	Sayı	Yüzde*
Yorgunluk	139	81,7
Anksiyete	69	40,5
Uyku bozukluğu	60	35,2
Ağrı	35	20,5
Solunum güçlüğü	19	11,1
Unutkanlık	15	8,8
Hareket kısıtlılığı	4	2,3

*n katlanmıştır

Bireylerin %75,9'unun Mİ sonrasında bir veya birden fazla semptom yaşadığı belirlenmiştir. En sık yaşanan semptomlar yorgunluk (%81,7), anksiyete (%40,5) ve uyku bozukluğu (%35,2) olarak sıralanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ'ye Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=224)

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Medyan (Min- Max)
KYKÖ		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	2,43 $\pm$ 0,45	2,5 (1 – 3)
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	2,54 $\pm$ 0,49	2,8 (1 – 3,10)
Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	2,51 $\pm$ 0,43	2,64 (1,07 – 3)
GÖYÖ		
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	33,19 $\pm$ 6,25	33,50 (21 – 78)
ASÖ		
Algılanan Stres Alt Boyutu	11,04 $\pm$ 2,02	11,00 (6 – 16)
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	4,41 $\pm$ 1,53	4,00 (1 – 8)
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	15,46 $\pm$ 2,88	14,00 (7 – 23)

SS: Standart sapma

Tablo 4.4'de bireylerin KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ için tanımlayıcı istatistiksel değerler yer almaktadır. Mİ geçiren bireylerin KYKÖ toplam puanının $2,51 \pm 0,43$; GÖYÖ toplam puanının $33,19 \pm 6,25$, ve ASÖ toplam puanının $15,46 \pm 2,88$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Cinsiyet	Ortalama ± SS	Medya (Min-Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Toplam Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın	2,33 ± 0,49	2,28 (1,07 – 3)	-3,129	0,002
	Erkek	2,57 ± 0,40	2,71(1,14 – 3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Kadın	2,25 ± 0,48	2,25 (1,25 – 3)	-3,184	0,001
	Erkek	2,49 ± 0,42	2,5 (1 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Kadın	2,36 ± 0,56	2,3 (1 – 3)	-2,577	0,010
	Erkek	2,59 ± 0,44	2,8 (1 – 3,1)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Kadın	31,18 ± 4,56	32,00 (21 – 38)	7,410	0,010
	Erkek	33,79 ± 6,56	33,00 (22 – 78)		
ASÖ					
Algılanan Stres Alt Boyutu	Kadın	11,18 ± 2,07	11,00 (8 – 16)	0,050	0,830
	Erkek	11,01 ± 2	11,00 (6 – 16)		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Kadın	4,94 ± 1,29	5,00 (2 – 8)	8,570	<0,001
	Erkek	4,25 ± 1,56	4,00 (1 – 8)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Kadın	16,12 ± 2,68	16,00 (11 – 23)	3,050	0,080
	Erkek	15,26 ± 2,91	15,00 (7 – 23)		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.5'de cinsiyet değişkenine göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. Kadınların KYKÖ ortalama puanlarının erkeklerden daha düşük olduğu ve bu düşüklüğün istatistiksel olarak anlamlı olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). GÖYÖ puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği, kadınların GÖYÖ puanlarının erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Algılanan baş etme alt boyutu ortalama puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ve kadınların algılanan baş etme puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.6. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni Durum	Ortalama± SS	Test Değeri	p
KYKÖ				
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Evli	2,51 ± 0,43	702,000	0,732
	Bekar	2,57 ± 0,44		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Evli	2,43 ± 0,45	553,500	0,215
	Bekar	2,64 ± 0,35		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Evli	2,54 ± 0,48	697,000	0,707
	Bekar	2,54 ± 0,50		
GÖYÖ				
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Evli	33,06 ± 5,93	656,500	0,540
	Bekar	37,29 ± 12,91		
ASÖ				
Algılanan Stres Alt Boyutu	Evli	11,03 ± 2	637,000	0,460
	Bekar	11,43 ± 2,51		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Evli	4,44 ± 1,54	478,500	0,090
	Bekar	3,57 ± 0,98		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Evli	15,47 ± 2,87	691,500	0,690
	Bekar	15 ± 3,27		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.6’da Mİ geçiren bireylerin medeni durumlarına göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırılmalı sonuçları yer almaktadır. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ ortalama puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Eğitim Durumu	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*	Fark
KYKÖ						
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Okur yazar değil ¹	2,07 ± 0,33	2,21 (1,5 – 2,36)	40,321	<0,001	1-3,4 2-3,4
	İlköğretim ²	2,32 ± 0,44	2,28 (1,0- 3)			
	Lise ³	2,63 ± 0,39	2,85 (1,14 -3)			
	Üniversite ⁴	2,71 ± 0,28	2,78 (1,79 – 3)			
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Okur yazar değil ¹	2,23 ± 0,33	2,25 (1,50 – 2,75)	14,912	<0,001	1-3,4 2-3,4
	İlköğretim ²	2,32 ± 0,46	2,25 (1 – 3)			
	Lise ³	2,5 ± 0,45	2,5 (1,25 – 3)			
	Üniversite ⁴	2,59 ± 0,27	2,5 (2 – 3)			
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Okur yazar değil ¹	2,02 ± 0,43	2,1 (1,20 – 2,50)	44,571	<0,001	1-3,4 2-3,4
	İlköğretim ²	2,32 ± 0,49	2,2 (1 – 3)			
	Lise ³	2,68 ± 0,49	2,9 (1,10 – 3,1)			
	Üniversite ⁴	2,76 ± 0,33	2,9 (1,70 – 3)			
GÖYÖ						
Genel Öz Yeterlilik Ölçrgi	Okur yazar değil ¹	28,46 ± 4,16	30,00 (21 – 36)	39,400	<0,001	1-3,4 2-3,4 3-4
	İlköğretim ²	31,17 ± 5,68	31,00 (21 – 60)			
	Lise ³	34,25 ± 6,03	34,00 (22 – 78)			
	Üniversite ⁴	36,67 ± 7,08	36,00 (28 – 65)			
ASÖ						
Algılanan Stres Alt Boyutu	Okur yazar değil ¹	12,54 ± 2,6	12,00 (8 – 16)	14,120	<0,001	1,2-3
	İlköğretim ²	11,57 ± 2,18	11,00 (6 – 16)			
	Lise ³	10,63 ± 1,79	10,00 (6 – 16)			
	Üniversite ⁴	10,81 ± 1,54	11,00 (7 – 13)			
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Okur yazar değil ¹	5,54 ± 1,13	5,00 (4 – 7)	21,660	<0,001	1-3,4 2-3,4
	İlköğretim ²	4,83 ± 1,37	5,00 (1 – 8)			
	Lise ³	4,16 ± 1,55	4,00 (1 – 8)			
	Üniversite ⁴	3,81 ± 1,5	4,00 (1 – 7)			
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Okur yazar değil ¹	18,08 ± 3,15	19,00 (14 – 23)	23,250	<0,001	1-3,4 2-3,4
	İlköğretim ²	16,39 ± 2,88	17,00 (7 – 23)			
	Lise ³	14,79 ± 2,65	15,00 (8 – 23)			
	Üniversite ⁴	14,62 ± 2,27	15,00 (10 – 18)			

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.7’de eğitim durumuna göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça KYKÖ ortalama puanlarının da anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda okuryazar olmayanların KYKÖ ortalama puanlarının hem lise mezunu hem de üniversite mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

GÖYÖ ortalama puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, okuryazar olmayanların genel öz yeterlilik ortalama puanlarının hem lise hem de üniversite

mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca lise mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre; üniversite mezunu olanların okuryazar olmayan, ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre GÖYÖ ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

ASÖ ortalama puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, lise mezunu olanların, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlara göre ASÖ ortalama puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Üniversite mezunu olanların ise algılanan baş etme ve toplam algılanan stres alt boyutu ortalama puanlarının, ilköğretim mezunu olan ve okuryazar olmayanlara göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.8. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Çalışma Durumu	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Çalışıyor	2,63 ± 0,39	2,7 (1,14 – 3)	4277,000	0,002
	Çalışmıyor	2,45 ± 0,45	2,4 (1,07 – 3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Çalışıyor	2,47 ± 0,46	2,5 (1,25 – 3)	5155,000	0,209
	Çalışmıyor	2,42 ± 0,43	2,5 (1 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Çalışıyor	2,70 ± 0,42	2,9 (1,10 – 3)	3992,000	<0,001
	Çalışmıyor	2,45 ± 0,49	2,5 (1 – 3,10)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Çalışıyor	35,1 ± 6,95	35,00 (24 – 78)	3873,500	<0,001
	Çalışmıyor	32,15 ± 5,59	32,00 (21 – 63)		
ASÖ					
Algılanan Stres Alt Boyutu	Çalışıyor	10,56 ± 1,65	10,00 (6 – 14)	4710,001	0,030
	Çalışmıyor	11,31 ± 2,15	11,00 (6 – 16)		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Çalışıyor	4 ± 1,42	4,00 (1 – 7)	4347,500	<0,001
	Çalışmıyor	4,63 ± 1,54	5,00 (1 – 8)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Çalışıyor	14,56 ± 2,41	14,00 (8 – 19)	4176,500	<0,001
	Çalışmıyor	15,94 ± 3	16,00 (7 – 23)		

*Mann Withney U Testi

Tablo 4.8’de bireylerin çalışma durumlarına göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının dağılımları yer almaktadır. Çalışan bireylerin fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ve yaşam kalitesi ölçeği toplam ortalama puanlarının çalışmayan bireylere göre daha yüksek

olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışan bireylerin GÖYÖ ortalama puanlarının çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). ASÖ ortalama puanlarının bireylerin çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, çalışmayan bireylerin ASÖ ortalama puanlarının çalışan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.9. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Gelir Durumu	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Gelir giderden az	2,47 ± 0,43	2,5 (1,07 -3)	3726,500	0,003
	Gelir gidere denk	2,63 ± 0,43	2,8 (1,14 – 3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Gelir giderden az	2,41 ± 0,44	2,5 (1 – 3)	4027,000	0,020
	Gelir gidere denk	2,53 ± 0,64	2,7 (1,25 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Gelir giderden az	2,49 ± 0,49	2,5 (1 – 3,10)	3833,000	0,005
	Gelir gidere denk	2,67 ± 0,46	2,9 (1,10 – 3)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Gelir giderden az	32,44 ± 5,42	32,00 (21 – 63)	3647,500	<0,001
	Gelir gidere denk	35,15 ± 7,75	34,50 (22 – 78)		
ASÖ					
Algılanan Stres Alt Boyutu	Gelir giderden az	11,16 ± 2,2	11,00 (6 – 16)	4577,500	0,300
	Gelir gidere denk	10,74 ± 1,4	11,00 (7 – 14)		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Gelir giderden az	4,6 ± 1,48	5,00 (1 – 8)	3786,000	<0,001
	Gelir gidere denk	3,92 ± 1,55	4,00 (1 – 7)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Gelir giderden az	15,76 ± 3,02	16,00 (7 – 23)	3951,000	0,010
	Gelir gidere denk	14,66 ± 2,32	14,50 (10 – 19)		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.9’da gelir durumuna göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. Geliri giderine denk olanların KYKÖ ortalama puanlarının, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Geliri giderine denk olanların GÖYÖ ortalama puanlarının geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Geliri giderine denk olanların algılanan baş etme alt boyutu ve algılanan stres ölçeği toplam puanlarının geliri giderinden az olanlara göre daha düşük olduğu ve bu düşüklüğün istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.10. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Yaş Grubu	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*	Fark
KYKÖ						
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	36-49 Yaş ¹	2,69 ± 0,32	2,8(1,93 – 3)	58,856	<0,001	1,2-4 3-4 2-3
	50-59 Yaş ²	2,68 ± 2,38	2,8 (1,43 – 3)			
	60-69 Yaş ³	2,55 ± 0,41	2,7 (1,14 – 3)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	2,06 ± 0,36	2,1 (1,07 – 2,93)			
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	36-49 Yaş ¹	2,52 ± 0,41	2,5 (1,25 -3)	18,277	<0,001	1,2-4 3-4
	50-59 Yaş ²	2,55 ± 0,46	2,7 (1 – 3)			
	60-69 Yaş ³	2,42 ± 0,46	2,5 (1,25 – 3)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	2,24 ± 0,37	2,3 (1,25 -3)			
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	36-49 Yaş ¹	2,75 ± 0,35	2,9 (2 – 3)	68,864	<0,001	1,2-4 3-4
	50-59 Yaş ²	2,73 – 0,38	2,9 (1,4 -3,1)			
	60-69 Yaş ³	2,59 ± 0,43	2,8 (1,1 – 3)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	1,99 ± 0,41	2,1 (1 – 2,9)			
GÖYÖ						
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	36-49 Yaş ¹	36,05 ± 5,65	37,00 (27 – 65)	73,950	<0,001	1-2,3 1,3-4
	50-59 Yaş ²	34,26 ± 6,99	34,00 (22 – 78)			
	60-69 Yaş ³	33,88 ± 5,55	33,00 (22 – 63)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	27,77 ± 3,33	28,00 (21 – 34)			
ASÖ						
Algılanan Stres Alt Boyutu	36-49 Yaş ¹	10,4 ± 1,82	10,00 (7 – 14)	41,280	<0,001	1,2-4 3-4
	50-59 Yaş ²	10,64 ± 1,59	10,50 (6 – 15)			
	60-69 Yaş ³	10,66 ± 1,9	11,00 (6 – 16)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	12,93 ± 1,87	13,00 (10 – 16)			
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	36-49 Yaş ¹	3,88 ± 1,38	4,00 (1 – 6)	32,330	<0,001	1,2-4 3-4
	50-59 Yaş ²	4 ± 1,72	4,00 (1 – 8)			
	60-69 Yaş ³	4,42 ± 1,45	4,00 (2 – 7)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	5,44 ± 0,96	5,00 (3 – 7)			
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	36-49 Yaş ¹	14,28 ± 2,53	14,00 (10 – 19)	56,960	<0,001	1,2-4 3-4
	50-59 Yaş ²	14,64 ± 2,6	14,00 (7 – 23)			
	60-69 Yaş ³	15,08 ± 2,54	15,00 (8 – 23)			
	70 yaş ve üzeri ⁴	18,37 ± 2,24	18,00 (13-23)			

*Kurskal Wallis Testi

Tablo 4.10’da yaş gruplarına göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. KYKÖ puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, 70 yaş ve üzerinde olanların KYKÖ ortalama puanlarının 60-69 yaş, 50-59 yaş ve 36-49 yaş grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. 50-59 yaş grubundaki bireylerin yaşam kalitesi ölçeği toplam ortalama puanlarının 60-69 yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). GÖYÖ ortalama puanlarının yaş gruplarına göre

anlamli farklılık gösterdiği, 36-49 yaş grubundaki bireylerin GÖYÖ ortalama puanlarının 50-59 yaş, 60-69 yaş ve 70 yaş ve üzeri grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 60-69 yaş grubundaki bireylerin GÖYÖ ortalama puanlarının 70 yaş ve üzerindeki bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). ASÖ ortalama puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, 70 yaş ve üzeri grubundaki bireylerin ASÖ ortalama puanlarının 60-69 yaş, 50-59 yaş ve 36-49 yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.11. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Çocuk Sahibi Olma Durumu	Ortalama $\pm$ SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Var	2,51 $\pm$ 0,44	2,6 (1,07 – 3)	1729,500	0,418
	Yok	2,58 $\pm$ 0,42	2,6 (1,43 – 3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Var	2,43 $\pm$ 0,44	2,5 (1 – 3)	1782,500	0,535
	Yok	2,49 $\pm$ 0,47	2,5 (1,25 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Var	2,53 $\pm$ 0,48	2,8 (1 - 3,10)	1802,000	0,584
	Yok	2,61 $\pm$ 0,46	2,8 (1,2 – 3)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Var	33,04 $\pm$ 6,02	33,00 (21 – 78)	1714,500	0,390
	Yok	34,79 $\pm$ 8,43	33,00 (25 – 65)		
ASÖ					
Algılanan Stres Alt Boyutu	Var	11,04 $\pm$ 2,05	11,00 (6 – 16)	1860,000	0,740
	Yok	11,05 $\pm$ 1,65	11,00 (7 – 14)		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Var	4,41 $\pm$ 1,56	4,00 (1 – 8)	1872,500	0,780
	Yok	4,37 $\pm$ 1,12	4,00 (2 – 6)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Var	15,46 $\pm$ 2,92	15,00 (7 – 23)	1944,500	0,990
	Yok	15,42 $\pm$ 2,36	16,00 (10 – 20)		

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.11’de KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının çocuk sahibi olma durumlarına göre karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının bireylerin çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Kronik Hastalık Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Kronik Hastalık Varlığı	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Var	2,46 ± 0,44	2,5 (1,07 – 3)	4380,000	0,007
	Yok	2,61 ± 0,41	2,8 (1,14 -3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Var	2,41 ± 0,44	2,5 (1 – 3)	4791,500	0,065
	Yok	2,5 ± 0,45	2,6 (1,25 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Var	2,49 ± 0,49	2,5 (1 – 3)	4437,000	0,009
	Yok	2,66 ± 0,45	2,9 (1 – 3,1)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Var	32,28 ± 5,51	32,00 (21 – 63)	3899,000	<0,001
	Yok	34,97 ± 7,2	35,00 (22 – 78)		
ASÖ					
Algılanan Stres Alt Boyutu	Var	11,18 ± 2,16	11,00 (6 – 16)	5108,000	0,260
	Yok	10,78 ± 1,67	11,00 (7 – 15)		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Var	4,59 ± 1,43	5,00 (1 – 8)	4470,500	0,010
	Yok	4,05 ± 1,66	4,00 (1 – 7)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Var	15,78 ± 2,98	16,00 (7 – 23)	4576,000	0,020
	Yok	14,83 ± 2,58	15,00 (10 – 21)		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.12’de Mİ geçiren bireylerin kronik hastalık durumuna göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırılmalı sonuçları yer almaktadır. Kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ortalama puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların GÖYÖ ortalama puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların algılanan stres ölçeği toplam puanı ve algılanan baş etme alt boyutu ortalama puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.13. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Stent Uygulanması Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Stent Uygulanması Durumu	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Yaşam Kalitesi	Evet	2,50 ± 0,43	2,6 (1,14 – 3)	2202,500	0,230
	Hayır	2,58 ± 0,46	2,7 (1,07 – 3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi	Evet	2,43 ± 0,45	2,5 (1 – 3)	2329,000	0,423
	Hayır	2,5 ± 0,45	2,5 (1,25 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi	Evet	2,53 ± 0,48	2,8 (1 – 3,10)	2265,000	0,312
	Hayır	2,61 ± 0,49	2,9 (1 – 3)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik	Evet	33,16 ± 6,45	33,00 (21 – 78)	2274,500	0,330
	Hayır	33,42 ± 4,61	33,00 (21 – 40)		
ASÖ					
Algılanan Stres	Evet	11,12 ± 1,99	11,00 (6 – 16)	2175,000	0,190
	Hayır	10,5 ± 2,18	11,00 (6 – 16)		
Algılanan Baş Etme	Evet	4,43 ± 1,55	4,00 (1 – 8)	2455,000	0,700
	Hayır	4,27 ± 1,4	4,50 (2 – 6)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Evet	15,55 ± 2,89	15,50 (7 – 23)	2250,000	0,290
	Hayır	14,77 ± 2,72	15,00 (8 – 21)		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.13’de Mİ geçiren bireylere stent uygulanması durumu göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. Stent uygulanma durumuna göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Mİ Sonrası Semptom Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Mİ Sonrası Semptom Varlığı	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*
KYKÖ					
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Var	2,38 ± 0,42	2,4 (1,07 – 3)	747,500	<0,001
	Yok	2,91 ± 0,13	2,9 (2-29 – 3)		
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Var	2,32 ± 0,44	2,4 (1 – 3)	1501,500	<0,001
	Yok	2,81 ± 0,20	2,7 (2,25 – 3)		
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	Var	2,41 ± 0,48	2,4 (1 – 3,1)	1012,000	<0,001
	Yok	2,96 ± 0,14	3 (2,2 – 3)		
GÖYÖ					
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Var	32,02 ± 5,82	32,00 (21 – 65)	1631,000	<0,001
	Yok	36,87 ± 6,18	37,00 (29 – 78)		
ASÖ					
Algılanan Stres Alt Boyutu	Var	11,24 ± 2,06	11,00 (7 – 16)	3662,000	0,020
	Yok	10,43 ± 1,74	10,50 (6 – 15)		
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Var	4,77 ± 1,43	5,00 (1 – 8)	2015,500	<0,001
	Yok	3,28 ± 1,25	3,00 (1 – 6)		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	Var	16,01 ± 2,76	16,00 (10 – 23)	2550,000	<0,001
	Yok	13,7 ± 2,52	14,00 (7 – 18)		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.14’de bireylerin Mİ sonrası semptom yaşama durumuna göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. Mİ sonrası semptom yaşayanların KYKÖ ortalama puanlarının Mİ sonrası semptom yaşamayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Mİ sonrası semptom yaşayanların GÖYÖ ortalama puanlarının Mİ sonrası semptom yaşamayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Mİ sonrası semptom yaşayanların, ASÖ alt boyutları ve toplam puanlarının Mİ sonrası semptom yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.15. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanlarının Mİ Sonrası Geçen Sürelere Göre Karşılaştırılması (n=224)

Ölçekler	Tanı Süresi	Ortalama ± SS	Medyan (Min- Max)	Test Değeri	p*	Fark
KYKÖ						
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	1 ay ¹	2,47 ± 0,45	2,6 (1,07 – 3)	5,152	0,076	Yok
	2-6 ay ²	2,62 ± 0,36	2,8 (1,57 -3)			
	7-12 ay ³	2,58 ± 0,49	2,9 (1,5 – 3)			
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	1 ay ¹	2,38 ± 0,47	2,5 (1 – 3)	7,452	0,024	1- 2
	2-6 ay ²	2,59 ± 0,31	2,6 (1,5 – 3)			
	7-12 ay ³	2,51 ± 0,45	2,5 (1,25 – 3)			
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	1 ay ¹	2,51 ± 0,50	2,6 (1 – 3,1)	3,591	0,166	Yok
	2-6 ay ²	2,63 ± 0,39	2,8 (1,6 – 3)			
	7-12 ay ³	2,60 ± 0,55	2,9 (1,2 – 3)			
GÖYÖ						
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	1 ay ¹	32,88 ± 6,18	33,00 (21 – 78)	2,000	0,370	Yok
	2-6 ay ²	33,66 ± 5,52	33,50 (24 – 60)			
	7-12 ay ³	34,56 ± 8,58	34,00 (21 – 63)			
ASÖ						
Algılanan Stres Alt Boyutu	1 ay ¹	11,03 ± 2,04	11,00 (6 – 16)	0,490	0,780	Yok
	2-6 ay ²	11,18 ± 2	11,00 (8 – 16)			
	7-12 ay ³	10,83 ± 1,98	10,50 (8 – 16)			
Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	1 ay ¹	4,51 ± 1,46	5,00 (1 – 8)	2,150	0,340	Yok
	2-6 ay ²	4,16 ± 1,56	4,00 (1 – 7)			
	7-12 ay ³	4,28 ± 1,99	4,00 (1 – 7)			
Algılanan Stres Ölçeği Toplam	1 ay ¹	15,53 ± 2,84	15,00 (7 – 23)	0,640	0,730	Yok
	2-6 ay ²	15,34 ± 2,96	15,00 (10 – 22)			
	7-12 ay ³	15,11 ± 3,07	15,50 (10 – 23)			

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.15’de Mİ sonrası geçen süreye göre KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanlarının karşılaştırmalı sonuçları yer almaktadır. Duygusal yaşam kalitesi alt boyutu ortalama puanları ile Mİ sonrası geçen süre arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş olup, Mİ’den 1 ay sonrasında bireylerin duygusal yaşam kalitesi alt boyutu ortalama puanlarının, 2-6 ay sonrasına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). GÖYÖ ve ASÖ ortalama puanları ile Mİ sonrası geçen süre arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler		Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Algılanan Stres Alt Boyutu	Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Algılanan Stres Ölçeği Toplam
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	r	0,714	-0,258	-0,635	-0,530
	p*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Duygusal Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	r	0,584	-0,268	-0,578	-0,433
	p*	<0,001*	0,014	<0,001*	<0,001*
Fiziksel Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	r	0,680	-0,251	-0,576	-0,493
	p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.16’da Mİ geçiren bireylerin KYKÖ, ASÖ ve GÖYÖ ortalama puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları ile GÖYÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları ile algılanan stres alt boyutu puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu; algılanan stres alt boyutu ve algılanan baş etme alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Duygusal yaşam kalitesi alt boyutu ile GÖYÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Duygusal yaşam kalitesi alt boyutu ile algılanan stres alt boyutu puanları arasında ise negatif yönde, zayıf düzeyde; algılanan baş etme alt boyutu ve algılanan stres ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ile GÖYÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ile algılanan stres alt boyutu puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ile algılanan baş etme alt boyutu ve algılanan stres ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.17. GÖYÖ ve ASÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçek		Algılanan Stres Alt Boyutu	Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	Algılanan Stres Ölçeği Toplam
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	r	-0,410	-0,630	-0,627
	p*	<0,001	<0,001	<0,001

*Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.17’de GÖYÖ ve ASÖ puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları verilmektedir. GÖYÖ puanları ile ASÖ puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.18. Tanı Süresine Göre Regresyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	β	S.E.	W	sd	p (sig)	Exp(β)	95% Güven Aralığı	
							Alt sınır	Üst Sınır
Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,914	0,476	3,684	1	0,055	2,494	0,981	6,343
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	-0,001	0,028	0,002	1	0,966	0,999	0,945	1,056
Algılanan Stres Ölçeği	0,038	0,061	0,388	1	0,533	1,039	0,921	1,172
Sabit (Constant)	-3,703	1,877	3,893	1	0,048	0,025		

β ; parametre tahmini, SE; standart hata; W; Wald istatistiği, sd; serbestlik derecesi, Exp (β); odds oranı

Tanı süresinin KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizi sonuçları tablo 4.18’de sunulmuştur. Tanı süreleri 0-1 ay ve 2-12 ay olarak yapılan gruplandırma sonrasında geliştirilen regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik seviyeleri ve algılanan stres düzeylerinin ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında 4 ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin ve etkileyen faktörlerin tartışılması

5.2. Mİ geçiren bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin tartışılması

5.3. Mİ geçiren bireyler algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin tartışılması

5.4. Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres ilişkisinin tartışılması

5.1. Mİ Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Mİ geçiren bireylerde yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda çok boyutlu olarak etkilenmektedir [47]. Yapılan bir çalışmada AKS tanılı bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır [56]. Bu çalışmada da Mİ sonrası bireylerin yaşam kalitelerinin ortalama düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Mİ sonrası fiziksel, emosyonel ve sosyal alanlarda yaşanan problemlerden dolayı bireylerin yaşam kalitelerinin düştüğü düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi, kişisel inançlar, sosyal ilişkiler, hastalığa bağlı faktörlerden etkilenen, geniş kapsamlı bir kavram olmakla birlikte yaşam kalitesini etkileyen birçok sosyodemografik faktör bulunmaktadır. Bu çalışmada, Mİ geçiren kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Duenas ve arkadaşlarının (2011) KAH tanısı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, erkeklerin yaşam kalitesi düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir [124]. AKS'li bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışma sonucuna göre de erkeklerin yaşam kalitesi düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur [48]. Mİ sonrası yaşanan fiziksel kısıtlılıklar kadınların bakım verme ve evle ilgili sorumluluklarını yerine getirememesine neden olabilir ve bu durum kadınları fiziksel ve emosyonel anlamda daha fazla etkilemiş olabilir.

Bireylerin eğitim düzeylerinin yaşam kaliteleri ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir [48]. Bu çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. De Smedt ve arkadaşlarının (2013) KAH tanısı alan bireyler ile yaptıkları

çalışmada, eğitim düzeyi ile yaşam kalitesinin doğru orantılı olduğu belirtilmiştir [125]. Progodpol ve arkadaşlarının (2013) KAH tanısı alan bireylerle yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir [126]. Eğitim düzeyi arttıkça gelir düzeyinin artması, daha iyi sosyal olanaklara sahip olunması, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını araştırma ve öğrenme olasılığının artmasının yaşam kalitesini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışma durumu, Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen güçlü bir faktördür [42]. Bu çalışmada, herhangi bir işte çalışan bireylerin genel ve fiziksel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, çalışan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir [127 ve 128]. Çalışan bireylerin bir işle uğraşmaları ve daha iyi ekonomik koşullara sahip olmaları yaşam kalitelerini olumlu etkilemiş olabilir.

Mİ sonrası yaşanan sorunlar çalışma hayatını olumsuz etkilemekte ve bireylerin ekonomik yüklerini artırmaktadır [21]. Olgun ve arkadaşlarının (2016) Mİ geçirmiş bireylerle yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi düşük olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır [129]. KAH'a sahip olan bireylerle yapılan bir çalışmada, düşük gelirli bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir [128]. Bu çalışmada da gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Gelir durumu düşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerine ayıracağı bütçenin daha düşük olması, Mİ sonrası yaşanan kısıtlılıklar nedeniyle oluşan ekonomik yükü daha fazla hissetmeleri bu durumun nedeni olabilir.

KVH'ye bağlı risk faktörleri yaşla birlikte artmakta, aynı zamanda yaş faktörü arttıkça, yaşam kalitesi düzeyleri de olumsuz etkilenmektedir [60, 129]. Bu çalışmada, yaş faktörü arttıkça bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda, bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ile yaşları arasında ters yönlü ilişki olduğu belirtilmiştir [46, 130]. Yaşla birlikte fiziksel aktivite ve fonksiyonel kapasitede azalma olması, hastalığa bağlı komplikasyon gelişme riskinin daha fazla olması, başka bir bireye bağımlılığın artması yaşam kalitesini negatif etkilemiş olabilir.

Kronik hastalıklar, bireylerin Mİ sonrası hastalığa uyum dönemini güçleştirmekle birlikte yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir [131]. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel alt boyut ve toplam yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi

düzeylerinin kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır [132]. Kronik hastalığı olan bireyler kronik hastalığa bağlı gelişen semptomlar ve komplikasyonlar nedeniyle Mİ sonrası hastalık yükünü daha fazla hissetmiş olabilir.

Mİ sonrası yaşanan semptomlar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [47]. Bu araştırmada, Mİ sonrası semptom yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. AKS yaşayan bireylerle yapılan bir çalışmada, bireylerde göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, anksiyete ve fiziksel kısıtlılık gibi semptomların görüldüğü ve bu semptomların yaşam kalitelerini düşürdüğü belirlenmiştir [133]. Yapılan başka bir çalışmada, AKS geçiren bireyler arasında semptom yaşayanların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir [134]. Mİ sonrası görülen semptomlar fiziksel aktiviteyi ve fonksiyonel kapasiteyi sınırladığı ve bireyleri emosyonel olarak da zorladığı için yaşam kalitelerini olumsuz etkilemiş olabilir.

Tanı süresinin Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini nasıl etkilediğine yönelik farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır [48]. Dural ve Sarıtaş'ın (2017) yaptığı çalışmaya göre, tanı konulduktan sonraki 6 ay aralığında bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin, 7-12 ay aralığında olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır [48]. Yapılan başka bir çalışmaya göre AKS sonrası geçen sürenin yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını ancak, ilk 6 ay içinde bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [135]. Literatürde tanı süresi ve yaşam kalitesi ilişkisine ilişkin farklı sonuçlar gösterilmekle birlikte bu çalışmada, tanı süresi 1 ay olan bireylerin duygusal yaşam kalitesi düzeylerinin, 2-6 ay arasında olan bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Mİ geçirdikten sonraki erken dönemde, bireylerin hayat boyu sürecek olan ilaç tedavisi ve yaşam tarzını benimseme konusunda zorluklar yaşamaları ve hastanede yatılan sürenin duygusal yükünün henüz yeni olması nedeniyle duygusal yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

5.2. Mİ Geçiren Bireylerin Öz Yeterlilik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Kardiyak hastalığa sahip bireylerin hastalıkla baş etmesinde ve hastalık sonrası dönemde iyileşme sürecinde öz yeterlilik düzeylerinin önemli bir etkisi bulunmaktadır [14]. Bu çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin genel öz yeterliliklerinin 33,19 olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Shresta ve arkadaşlarının (2020) KAH teşhisi konulan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların öz yeterlilik puanlarının 37,14

olduğu belirlenmiştir [87]. Çalışmamızda, Mİ geçiren bireylerin öz yeterlilik puanlarının literatürde yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre düşük olduğu görülmektedir. Öz yeterlilik seviyesinin popülasyona göre değiştiği, bu konuda sosyodemografik faktörlerin ve hastalıkla ilgili değişkenlerin belirleyici olduğu düşünülmektedir.

Öz yeterlilik inancını etkileyen ana faktörler arasında bireylerin kişisel özellikleri ve deneyimleri yer almakta olup, cinsiyet faktörü öz yeterliliği etkileyen en önemli demografik özelliklerden biridir [117]. Bu çalışmada, Mİ geçirmiş kadınların öz yeterlilik düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Brink ve arkadaşlarının (2015) Mİ geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada, kadınların öz yeterlilik düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir [17]. Özyeterlilik kavramının duygusal ve psikolojik durumla yakın ilişkili olduğu düşünüldüğünde, kadınların erkeklere kıyasla daha duygusal olmaları ve bu emosyonel durumun Mİ sonrası sürece yansması öz yeterlilik düzeylerini olumsuz etkilemiş olabilir.

Bireylerin öz yeterlilik inançları eğitim düzeylerinden etkilenmektedir [14]. Çalışmamızda, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça öz yeterlilik seviyelerinin de arttığı belirlenmiştir. Barham ve arkadaşlarının (2019) KAH olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir [14]. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça bilgiye daha kolay ulaşma, edinilen bilgileri uygulama, sosyal çevreyle ilişkilerin güçlenmesi ve daha iyi ekonomik koşullara sahip olma sonucunda Mİ sonrası süreçle baş etme kapasitelerinin artması bu durumun nedeni olabilir.

Bireylerin çalışma durumları ekonomik durum, sosyal yaşam gibi birçok durumun da belirleyicisi olup, bireylerin öz yeterlilik inançları üzerinde olumlu etkisi olan bir faktördür [74]. Bu çalışmada, Mİ geçiren bireylerden herhangi bir işte çalışanların öz yeterlilik düzeyleri, çalışmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışma sonucumuza ilişkin çok fazla araştırma bulunamamıştır. Kang ve Yang'ın (2013) KAH'a sahip bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışan bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [74]. Mİ sonrası yaşanan sorunlar nedeniyle iş hayatı olumsuz etkilenen bireylerin ekonomik yükü de artmaktadır. Mİ sonrası çalışan bireylerde ise bir işe ve gelire sahip olmanın verdiği özgüven ve ekonomik katkı gibi durumlar bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin artmasının nedeni olabilir.

Bireylerin öz yeterlilik düzeylerini etkileyen bir diğer faktör ise gelir durumudur [117]. Bu çalışmada, geliri giderinden az olan bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin, geliri giderine

denk olan bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Liu ve arkadaşlarının (2018) Mİ geçiren bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerin gelir düzeyi arttıkça öz yeterlilik seviyelerinin de arttığı belirlenmiştir [82]. Ekonomik durumu kötü olan bireylerin Mİ sonrası bozulmuş fiziksel fonksiyonları nedeniyle iş kaybı veya devamsızlık gibi nedenlerle mali yüklerinin artması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesinin azalması öz yeterlilik düzeylerini negatif etkilenmiş olabilir.

Yaş faktörünün artmasıyla bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı bilinmektedir [88]. Çalışmamızda, Mİ geçiren bireylerin yaşı arttıkça öz yeterlilik puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Salari ve arkadaşlarının (2016) koroner anjiyoplasti uygulanan bireylerle yaptıkları çalışmada, yaş faktörünün artmasıyla öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır [88]. Shresta ve arkadaşlarının (2020) KAH tanısı olan bireylerle yaptığı çalışmada, yaş faktörü ile bireylerin öz yeterlilik düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır [87]. İlerleyen yaş ile birlikte bireylerde kronik hastalıkların ortaya çıkması, fiziksel kısıtlılık yaşanması ve hastalığa uyum sorunlarının görülmesi ve bu süreçle baş etme konusunda zorlanmaları öz yeterlilik düzeylerini negatif etkilemiş olabilir.

Kronik hastalıkların neden olduğu hastalık yükü ve kronik hastalıklara bağlı yaşanan semptom ve sorunlar öz yeterlilik algılarında azalmaya neden olmaktadır [136]. Çalışmamızda, Mİ geçiren bireylerden kronik hastalığa sahip olanların öz yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. KAH'ye sahip bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin kronik hastalık sayısı arttıkça, öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır [14]. Köhler ve arkadaşlarının (2018) KAH'ye sahip bireylerle yaptıkları çalışmada, hiperlipidemisi olan bireylerin öz yeterlilik seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır [15]. Kronik hastalıkların bazı kalıcı yetersizliklere yol açması, uzun süreli bakım süreci gerektirmesi ve bireylerin baş etme gücünü zorlaması nedeniyle hastalığın üstesinden gelme ve uyum sürecinde kendilerine olan inancın azalması öz yeterlilik düzeylerini azalmış olabilir.

KAH geçiren bireylerin, hastalık sonrası bazı semptomlar yaşamaları, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlardaki değişiklikler nedeniyle öz yeterlilik algılarının bozulduğu bilinmektedir [70]. Bu çalışmada, Mİ geçiren bireylerden hastalık sonrası semptom yaşayanların öz yeterlilikleri daha düşük bulunmuştur. Literatürde öz yeterlilik ve Mİ sonrası semptom yaşama durumuna ilişkin herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Mİ sonrası bireyler sıklıkla ağrı, hareket kısıtlılığı, cinsel aktivitede azalma, anksiyete, depresyon, ölüm

korkusu, uyku bozukluğu, solunum güçlüğü ve unutkanlık gibi semptomlar yaşadıkları için öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı düşünülmektedir.

5.3. Mİ Geçiren Bireylerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

KVH’de stres, değiştirilebilir risk faktörleri arasında önemli bir yere sahip olup, aynı zamanda Mİ sonrası iyilik halini de olumsuz etkilemektedir [99]. Yapılan bir çalışmada Mİ geçiren bireylerde algılanan stresin normal sınırlarda olduğu belirlenmiştir [137]. Bu çalışmada da Mİ sonrası bireylerin algıladıkları stresin normal olduğu saptanmıştır.

Mİ sonrası stres düzeylerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kadınlar stresin olumsuz etkilerine karşı da fazla duyarlılık göstermekte ve stresten daha olumsuz etkilenmektedir [110]. Bu çalışmada, kadınların algılanan baş etme düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şimşek ve Alpar’ın (2020) AKS geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada kadınların algıladıkları stres düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [138]. Xu ve arkadaşlarının (2017) Mİ geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada da kadınların stres düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir [33]. Toplumumuzda bakım verme ve ev işlerine yönelik sorumlulukların çoğunlukla kadınlarda olması, bu durumun hastalık sürecinden olumsuz etkilenmesi ve kadınların erkeklere göre daha duygusal olmaları nedeniyle kadınların stres düzeyleri daha fazla olabilir [48, 60].

Algılanan stres düzeyi ile yakından ilişkili olan diğer bir faktör ise eğitim seviyesidir [108]. Çalışmamızda, eğitim seviyesi arttıkça algılanan stres düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Bayrak ve arkadaşlarının (2019) AKS geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada da eğitim seviyesi ile algılanan stres arasında negatif yönde, anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir [108]. Yapılan diğer çalışmalarda da eğitim seviyesi arttıkça algılanan stres düzeylerinin azaldığı saptanmıştır [137, 139]. Eğitim seviyesi yüksek bireylerin daha bilinçli ve araştırmacı olmaları sebebiyle Mİ sonrası dönemde yaşanan semptomlara, kısıtlılıklara ve hastalığa uyum sağlama durumlarının daha kolay olduğu ve bu doğrultuda algılanan stresin de azaldığı düşünülmektedir.

Mİ geçiren bireylerin hastalık sonrası süreçte herhangi bir uğraşlarının olması algıladıkları stres düzeylerini olumlu etkilemektedir [108]. Bu çalışmada, çalışan bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin çalışmayan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çoban ve Yürügen’in (2021) Mİ geçirmiş bireylerle yaptıkları çalışmada, çalışan bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [137]. Çalışan bireylerin bir

uğraşa sahip olması zihinlerini meşgul ederek algıladıkları stresi azaltmış olabilir. Ayrıca Mİ sonrası dönemde kısıtlılıklardan dolayı iş gücü kayıplarının yaşanması çalışmayan bireylerin stres düzeylerini arttırmış olabilir.

Mİ geçiren bireylerin algıladıkları stres düzeyi ile gelir durumları arasında güçlü bir ilişki vardır [108]. Bu çalışmada, gelir düzeyi arttıkça stres düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Bayrak ve arkadaşlarının (2019) Mİ geçiren bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, yüksek gelirli bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir [108]. Çoban ve Yürügen'in (2021) yapmış olduğu çalışmada da sonuçlar benzer nitelikte olup, bireylerin gelir durumu arttıkça algıladıkları stres düzeyleri de azalmaktadır [137]. Düşük gelir düzeyli bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bireysel ihtiyaçların karşılanması sürecinde zorlanmaları ve hastalığın getirdiği ekonomik yük nedeniyle stres seviyeleri arttırmış olabilir.

Yaş faktörü sadece algılanan stres düzeyini değil, aynı zamanda bireylerin iyileşme süreçlerini ve hızlarını da etkilemektedir [111]. Bu çalışmada, bireylerin yaşı ilerledikçe algılanan stres düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Çoban ve Yürügen'in (2021) Mİ geçirmiş bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada yaş ile algılanan stres arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır [137]. Yaş ile birlikte yaşanan fiziksel kısıtlılıklara, Mİ sonrası yaşanan semptomların da eklenmesiyle bireylerin yaşam katilerinin bozulduğu, baş etme güçlerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda da algıladıkları stres düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Günlük yaşamda karşılaşılan stres bireylerde fiziksel, emosyonel, ruhsal ve davranışsal problemlere neden olarak kronik hastalıklara yatkınlığı arttırmaktadır [98]. Bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Xu ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [111]. Bayrak ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışma sonucu da benzer özellikte olup, kronik hastalık varlığı ile algılanan stres arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır [108]. Komorbid hastalığı olan bireylerin Mİ sonrası yaşanan sorunlarla ve kısıtlılıklarla baş etmeleri gerektiği için stres düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Mİ sonrası yaşanan semptomlar hastalığa uyumu zorlaştırmakta ve bireylerin stres düzeylerini artırmaktadır [108]. Bu çalışmada Mİ sonrası göğüs ağrısı, anksiyete, fiziksel kısıtlılık ve solunum güçlüğü gibi semptomlar yaşayan bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bireylerin algıladıkları stres

düzeyleri ile Mİ sonrası yaşanan semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Mİ sonrası yaşanan semptomlar bireylerin hem fiziksel hem sosyal yaşamını olumsuz etkilemekte ve başka bir bireye bağımlılığa neden olup, bu durum bireylerin stres düzeylerini artırmış olabilir.

5.4. Mİ Geçiren Bireylerde Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlilik ve Algılanan Stres İlişkisinin Tartışılması

Kardiyak öz yeterlilik düzeyi, sağlık davranışlarının benimsenmesi sağlamakta ve KAH'ı olan erişkinlerde yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır [81]. Bu çalışmada, bireylerin yaşam kalitesi ile öz yeterlilik ortalama puanları arasında yüksek düzeyde, anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Barham ve arkadaşlarının (2019), KAH geçirmiş bireylerle yaptıkları çalışmada, bireylerin öz yeterlilik düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır [14]. Du ve arkadaşlarının (2022) KAH olan erişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerin öz yeterliliklerinin yaşam kalitesi düzeylerini doğrudan etkilediği, bireylerin öz yeterlilikleri arttıkça yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği belirlenmiş ve çalışma sonucunda bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini arttırmak için öz yeterliliklerinin desteklemesi gerektiği önerilmiştir [55]. Ahn ve arkadaşlarının (2016) KAH geçirmiş bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada da, bireylerin öz yeterliliklerinin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olduğu ortaya koyulmuştur [91]. Zhang ve arkadaşlarının (2018) KAH tanısı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerde sağlığı geliştirici davranışların, tedaviye duyulan memnuniyetin ve yaşam kalitesinin artırılması için öz yeterliliği geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunulması gerektiği belirtilmiştir [140]. Öz yeterlilik düzeyleri yüksek olan bireyler Mİ sonrası yaşanan kısıtlılıkların üstesinden gelme konusunda daha başarılıdır ve yeni hayat tarzına uyum sağlama konusunda kendilerine olan inançları da daha yüksektir [76]. Bu durumun yaşam kalitelerini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Uzun süre stresöre maruz kalmak ve sonucunda uzun süre stres yaşamak bireylerde fiziksel, emosyonel, ruhsal ve davranışsal problemlere sebep olarak bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir [98]. Çalışmamızda, yaşam kalitesi ile algılanan stres puanları arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Nekouei ve arkadaşlarının (2014) KAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada, aleksitiminin patolojik göstergelerinden biri olan stres ile koruyucu parametrelerden olan yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir [141]. Bahall ve Khan'ın (2018) ilk kez Mİ geçiren bireyler

üzerinde yaptıkları çalışmada, stresli yaşamı olanların yaşam kalitelerinin tüm alanlarda düşük olduğu saptanmıştır [142]. Tasic ve arkadaşlarının (2013) koroner revaskülarizasyon sonrası KAH tanısı alan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, stresli olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir [143]. Kalp hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır [144 ve 145]. Mİ geçiren bireylerde fiziksel ve sosyal fonksiyonlarda azalma, ruhsal sağlığın bozulması, iş yaşantısında zorlanma ve yaşamdan zevk alamama gibi durumlar sonucu stres düzeylerinin artmayla birlikte yaşam kalitelerinin azaldığı düşünülmektedir.

Öz yeterlilik düzeyinin artmasıyla KAH riski azalmakla birlikte psikososyal iyilik hali ve yaşam kalitesi de artmaktadır [70]. Bu çalışmada, öz yeterlilik ile algılanan stres puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, öz yeterlik inancının stres algılarını azaltma üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir [146]. Öz yeterliliğin psikososyal iyilik hali ile yakından ilişkili olduğu bilinmekte olup, çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Mİ sonrası dönemde bireylerin %81,7'sinin yorgunluk, %40,5'inin anksiyete, %35,2'sinin uyku bozukluğu, %20,5'inin ağrı, %11,1'inin solunum güçlüğü, %8,8'inin unutkanlık ve %2,3'ünün hareket kısıtlılığı yaşadığı saptanmıştır.
- Mİ geçirmiş bireylerin KYKÖ ortalama puanları 2,51 olup, KYKÖ ortalama puanlarının cinsiyete, çalışma durumuna, gelir durumuna, kronik hastalık varlığı durumuna ve Mİ sonrası semptom yaşama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Yaş arttıkça KYKÖ ortalama puanlarının azaldığı; eğitim durumu arttıkça KYKÖ ortalama puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- GÖYÖ ortalama puanları 33,19 olup, GÖYÖ ortalama puanlarının cinsiyete, çalışma durumuna, gelir durumuna, kronik hastalık varlığı durumuna, Mİ sonrası semptom yaşama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Mİ geçiren bireylerin eğitim durumları arttıkça GÖYÖ ortalama puanlarının azaldığı; yaş arttıkça GÖYÖ ortalama puanlarının azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- ASÖ ortalama puanları 15,46 olup, ASÖ ortalama puanlarının cinsiyete, çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşa, kronik hastalık varlığı durumuna ve Mİ sonrası semptom yaşama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Yaş arttıkça ASÖ puanlarının azaldığı; eğitim düzeyi arttıkça ASÖ puanlarının azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$).
- KYKÖ ortalama puanları ile genel öz yeterlilik ortalama puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki; KYKÖ ortalama puanları ile ASÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,001$).
- GÖYÖ ortalama puanları ile ASÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler:

- Kardiyoloji hemşirelerinin konsültasyon liyezon psikiyatrisi ekibiyle birlikte çalışarak Mİ sonrası bireyleri psikososyal yönden desteklemesi önerilmektedir.

- Bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeylerinin değerlendirilmesi için hemşirelerin geçerli ve güvenilir ölçüm araçları kullanması önerilmektedir.
- Mİ tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeyleri hakkında farklı örneklerle daha çok araştırma yapılması ve etkileyen faktörlerin incelenmesi önerilmektedir.
- Yaşam kalitesinin etkilenme düzeylerinin prospektif olarak değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Mİ geçirmiş bireylerde stresi azaltıcı girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Mİ sonrası iş yaşamı ve sosyal yaşamın etkilenme düzeyleri ve birey üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.
- İleri yaşta, kadın cinsiyette, emekli/işsiz, geliri giderinden az, eğitim seviyesi düşük, ek kronik hastalığı olan ve Mİ sonrası semptomları devam eden bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeyleri daha olumsuz etkileneceğinden, bu bireylerin daha yakından takip edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. İnternet: World Health Organization. (2019). The top 10 causes of death. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Son Erişim Tarihi: 05.11.2022
2. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Ölüm nedeni istatistikleri. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> Son Erişim Tarihi: 05.11.2022
3. Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (2020). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 411-580. Ankara.
4. Komalasaria, R., Nurjanahb, A. and Maria, M. (2019). Yochee Quality of Life of People with Cardiovascular Disease: A Descriptive Study Asian/Pacific Island. *Nursing Journal*. 4(2), 92-6.
5. Saini, R.K., Chaudhury, S., Singh, N., Chadha, D.S. and Kapoor, R. (2022). Depression, anxiety, and quality of life after percutaneous coronary interventions. *Indian Journal of Psychiatry*. 31, 6-18.
6. Demirgüç, A. ve Erkan, Ş.T. (2021). *Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Uyku Kalitesi Yorgunluk Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
7. Zhou, Y., Zhu, X.P., Shi, J.J., Yuan. G.Z., Yao, Z.A., Chu, Y.G., Shi, S., Jia, Q.L., Chen, T. and Hu, Y.H. (2021) Coronary Heart Disease and Depression or Anxiety: A Bibliometric Analysis. *Frontiers Psychology*. 12: 669000.
8. Lewis, E.F., Li, Y., Pfeffer, M.A., Solomon, S.D., Weinfurt, K.P., Velazquez, E.J., Califf, R.M., Rouleau, J.L., Kober, L., White, H.D., Schulman, K.A. and Reed, S.D. (2014). Impact of Cardiovascular Events on Change in Quality of Life and Utilities in Patients After Myocardial Infarction: A Valiant Study. *Journals of the American College of Cardiology Heart Fail*. 2(2), 159-65.
9. Murphy, M. O., Cohn, D. M., and Loria, A. S. (2017). Developmental Origins of Cardiovascular Disease: Impact of Early Life Stress in Humans and Rodents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 74, 453–65.
10. Arnold, S.V., Smolderen, K.G., Buchanan, D.M., Li, Y. and Spertus, J.A. (2012). Perceived Stress in Myocardial Infarction: Long Term Mortality and Health Status Out Comes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1756–63.
11. Feng, H.P., Chien, W.C., Cheng, W.T., Chung, C.H., Cheng, S.M. and Tzeng, W.C. (2016). Risk of Anxiety and Depressive Disorders in Patients with Myocardial Infarction A Nationwide Population Based Cohort Study. *Medicine*. 95:34

12. Bulduk, B., Aktaş, M.C. ve Bulduk, M. (2017). Akut miyokard infarktüsü sonrası gelişen ruhsal bozukluklar. *Gaziosman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Journal of Academic Research in Nursing*. 3: 24-7.
13. Walsh, A., Kitko, L. and Hupcey, J. (2018). The Experiences of Younger Individuals Living with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6), 9-16.
14. Barham, A., İbraheem, R. And Zyoud, S.H. (2019). Cardiac Self Efficacy and Quality of Life in Patients Coronary Heart Disease: A Cross Sectional Study From Palestine. *BMC Cardiovascular Disorders*. 19, 290.
15. Kärner Köhler, A., Tingström, P., Jaarsma, T., and Nilsson, S. (2018). Patient Empowerment and General Self Efficacy in Patients with Coronary Heart Disease: A Cross Sectional Study. *BMC Family Practice*. 19(1), 76.
16. Turan Kavrıdım, S. ve Özer, Z. (2018). Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 10(3), 334-345.
17. Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K. and Cliffordson, C. (2012). General Self Efficacy and Health Related Quality of Life After Myocardial Infarction. *Psychology, Health and Medicine*. 17(3), 346-55.
18. Sol, B. G., van der Graaf, Y., van Petersen, R., and Visseren, F. L. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10(3), 180–186.
19. Aloghareh, S.B., Tali, S.S., Hasanpour Dehkordi, A., Gangi, H. and Sedehi, M. (2021). The Effects of A Self Management Program Based on 5 A's Model on The Quality of Life and Self Efficacy in The Myocardial Infarction Patients. *Przegl Epidemiologiczny*. 75(4), 556-563
20. Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Simoons, M.L., Chaitman, B.R., White, H.D., Writing Group on the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction, Thygesen, K., Alpert, J. S., White, H. D., Jaffe, A. S., Katus, H. A., Apple, F. S., Lindahl, B., Morrow, D. A., Chaitman, B. A., Clemmensen, P. M., Johanson, P., Hod, H., Underwood, R., ... ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*. 33(20), 2551–67.
21. Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., de Ferranti, S., Després, J.P., Fullerton, H.J., Howard, V.J., Huffman, M.D., Judd, S.E., Kissela, B.M., Lackland, D.T., Lichtman, J.H., Lisabeth, L.D., Liu, S., Mackey, R.H., Matchar, D.B. and McGuire, D.K. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2015). Heart disease and stroke statistics 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 131(4), 29–322.

22. Benjamin, E.J., Blaha, M.J., Chiuve, S.E., Cushman, M., Das, S.R. and Deo, R. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics 2017 Update: A Report From the America Heart Association. *Circulation*. 135: 146.
23. Sevinç S. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(14), 147-52.
24. Sönmez, H.M., İliçin, G., Biberoğlu, K., Süleymanlar, G. ve Ünal, S. (Ed.). (2017). *İç hastalıkları özet kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
25. Eti Aslan, F. ve Olgun, N. (Ed.). (2017). *Fizyopatoloji*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
26. Hall, J.E. and Hall, M.E. (eds.). (2021). *Guyton ve hall tıbbi fizyoloji*. (14. baskı). Yeğen, B.Ç., Alican, İ. ve Solakoğlu, Z. (çev.). Ankara: Güneş Kitabevleri.
27. Akdemir, N., Birol, L., Kapucu, S., Kutlu Türkhan, S. ve Akyar, İ. (2021). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (7. baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
28. Haider, A., Bengs, S., Luu, J., Osto, E., Siller-Matula, J. M., Muka, T., and Gebhard, C. (2020). Sex and Gender in Cardiovascular Medicine: Presentation and Outcomes of Acute Coronary Syndrome. *European Heart Journal*. 41(13), 1328–36.
29. Grandi, S. M., Filion, K. B., Yoon, S., Ayele, H. T., Doyle, C. M., Hutcheon, J. A., Smith, G. N., Gore, G. C., Ray, J. G., Nerenberg, K., and Platt, R. W. (2019). Cardiovascular Disease Related Morbidity and Mortality in Women With a History of Pregnancy Complications. *Circulation*. 139(8), 1069–79.
30. Mirmiran, P., Bahadoran, Z., Vakili, A. Z. and Azizi, F. (2017). Western Dietary Pattern Increases Risk of Cardiovascular Disease in Iranian Adults: A Prospective Population Based Study. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 42(3), 326–32.
31. İnternet: World Health Organization. (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf=1
32. İnternet: European Society of Cardiology. (2016). One-third of heart failure patients do not return to work: Return to work more likely in men, younger patients, and those with higher education level. URL: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/one-third-of-heart-failure-patients-do-not-return-to-work>

33. Xu, X., Bao, H., Strait, K. M., Edmondson, D. E., Davidson, K. W., Beltrame, J. F., Bueno, H., Lin, H., Dreyer, R. P., Brush, J. E., Spertus, J. A., Lichtman, J. H., D'Onofrio, G. and Krumholz, H. M. (2017). Perceived Stress After Acute Myocardial Infarction: A Comparison Between Young and Middle Aged Women Versus Men. *Psychosomatic Medicine*, 79(1), 50–8.
34. Pandie, S., Hellenberg, D., Hellig, F., and Ntsekhe, M. (2016). Approach to chest pain and acute myocardial infarction. *South African Medical journal*. 106(3), 239–45.
35. Bozbeyoğlu, E., Aslanger, E., Yıldırımtürk, Ö., Şimşek, B., Hünük, B., Karabay, C. Y., Kozan, Ö. ve Değertekin, M. (2019). Ön Duvar Miyokard Enfarktüsünün Yerleşik Elektrokardiyografik Sınıflandırması Klinisyenleri Enfarktüsün Yeri, Yaygınlığı ve Prognozu Açısından Yanlış Yönlendirir. *Annals of Noninvasive Electrocardiology*. 24(3).
36. Fak, A. S. (2019). *EKG akıl notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
37. Sandoval, Y. and Jaffe, A.S. (2017). Using High Sensitivity Cardiac Troponin T for Acute Cardiac Care. *The American Journal of Medicine*. 130(12), 1358-65.
38. Coşkun, S., Tanrıverdi, F., Yavuz, G. ve Yavuz, S. (2017). *Kardiyovasküler aciller*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
39. Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A., Crea, F., Goudevinos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P. and ESC Scientific Document Group (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 39(2), 119–77.
40. İnternet: World Health Organization (WHO). (2017). WHOQOL: Measuring Quality of Life. URL: <https://www.who.int/tools/whoqol>
41. Demir, Ş. ve Özer, Z. (2014). Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Medical Network Kardiyoloji*. (21)3, 182-191.
42. Boylu A.A. ve Paçacıoğlu, B. (2016) Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 8(15), 137-150.
43. İnternet: World Health Organization. (WHO). (2022). Age-friendly world: adding life to years. Elderly news Elderly health. URL: <https://www.emro.who.int/elderly-health/elderly-news/age-friendly-world-adding-life-to-years.html>
44. Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1), 57-72.

45. Mollon, L. and Bhattacharjee, S. (2017). Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity score matched analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 15(1), 235.
46. Fırat, F.A. ve Dedeli, Ö. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 7(14), 153-61.
47. Kang, K., Gholizadeh, L., Inglis, S.C. and Han, H.R. (2017). Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 73, 1-16.
48. Dural, G. ve Çıtlık Sarıtaş, S. (2017). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 8(17), 131-41
49. Ginzburg, K., Kutz, I., Koifman, B., Roth, A., Kriwisky, M., David, D. and Bleich, A. (2016) Acute Stress Disorder Symptoms Predict All-Cause Mortality among Myocardial Infarction Patients: A 15-Year Longitudinal Study. *Annals of Behavioral Medicine*. 50, 177-86.
50. Clark, A., Lang, T., Hallquist, J. and Rod, N.H. (2014) Sleep impairment and prognosis of acute myocardial infarction: a prospective cohort study. *Sleep*. 37, 851-58.
51. Li, Y., Zhang, X., Winkelman, J. W., Redline, S., Hu, F. B., Stampfer, M. and Gao, X. (2014). Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of US men. *Circulation*, 129(7), 737-46.
52. Karpuz, H. (2017). Yaşlı kardiyovasküler hastalarda cinsel yaşam *Türk Kardiyoloji Derneği*. 45(5), 134-7.
53. Dursunoğlu, D. ve Dursunoğlu, N. (2018). Kalp Hastalıkları ve Uykuda Solunum Bozuklukları: Ne Yapalım, Nelere Dikkat Edelim. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics*. 11(1), 73-6.
54. Jeong, I., Park, J. B., Kim, H. R., Yoon, J. H., Won, J. U. and Roh, J. (2018). Impacts of Return-to-Work Type and Period on Job Retention in Workers with Occupational Injuries and Diseases. *Journal of Korean Medical Science*. 33(1), e2.
55. Du, S. Feng, Z. Wang, W. Tian, L. and Wang, Y. (2022). A structural Equation Model Linking Health Literacy, Self Efficacy And Quality Of Life In Adults With Coronary Heart Disease. *Cardiovascular Disorders*. 22, 285.
56. Oflazoğlu, M. (2018). *Akut koroner sendrom geçiren hastalarda fonksiyonel kapasite, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

57. Kozan Akgül, P. (2014). *Akut koroner sendromlu hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
58. Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Ölmez Gazioğlu, E. ve Gündüz, H. (2015) Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Medical Journal*. 5(4), 199-203.
59. Lolaty, H. A., Bagheri-Nesami, M., Shorofi, S. A., Golzarodi, T. and Charati, J. Y. (2014). 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*, 20(3), 147–51.
60. Lee, D. T., Choi, K. C., Chair, S. Y., Yu, D. S. and Lau, S. T. (2014). Psychological distress mediates the effects of socio-demographic and clinical characteristics on the physical health component of health-related quality of life in patients with coronary heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), 107–16.
61. Er, T., Kurçer, M.A. ve Erdoğan, Z. (2020). Koroner Arter Hastalarında Fiziksel ve Cinsel Aktiviteden Kaçınma Davranışını Etkileyen Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 5(2), 234-42.
62. Uysal, H. ve Özcan, Ş. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International Journal of Nursing Practice*. 18, 445–453.
63. Banack, H. R., Holly, C. D., Lowensteyn, I., Masse, L., Marchand, S., Grover, S. A. and Da Costa, D. (2014). The association between sleep disturbance, depressive symptoms, and health-related quality of life among cardiac rehabilitation participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 34(3), 188–94.
64. Arslan, G. ve Mollaoğlu, M. (2020). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri*. 55-63.
65. Sazak, Y., Aytekin Kanadlı, K. ve Olgun, N. (2020). Kardiyak Rehabilitasyon ve Ekip Çalışmasında Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 24(3), 217-226.
66. Piché, M. E., Poirier, P., Marette, A., Mathieu, P., Lévesque, V., Bibeau, K., Larose, É., and Després, J. P. (2019). Benefits of 1-Year Lifestyle Modification Program on Exercise Capacity and Diastolic Function Among Coronary Artery Disease Men With and Without Type 2 Diabetes. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. 17(3), 149–159.
67. Canlı Özer, Z. ve Demir Ş. (2012). Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. *Turkish Journal of Cardiovacular Nursing*. 3, 19-32.

68. Akbari, O., Vaghar Seyedin, S.A., Saadatjoo, S.A. and Kazemi, T. (2015). Effect of Continuous Care Model on the Self-Efficacy of Patients with Myocardial Infarction in Controlling Disease Complications. *Medical Surgical Nursing Journal*. 3,185-194.
69. Aydoğar, T.M. ve Yıldırım, G. (2021). Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi. *Lokman Hekim Dergisi*, 11, 73-82.
70. Fors, Aa, Ulin, K., Cliffordson, C., Ekman, I. and Brink, E. (2015) The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nurse*, 14,536-543.
71. Ambrosi, C., Zaiontz, C., Peragine, G., Sarchi, S. and Bona, F. (2019). Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 19(1), 55–64.
72. Sözen, K., Güntürk, İ. ve Kuloğlu, N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde öz-yeterlilik algısı ile problem çözme becerisi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 31, 131-8.
73. Lu, M., Xia, H., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y. and Hravnak, M. (2020). Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 19(3), 230–7.
74. Kang Y, Yang I (2013) Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 2465-2473.
75. Idyan, Z. and Thato, R. (2017). Determinants of Preventive behaviors for coronary artery disease among adults in Aceh Province, Indonesia. *Journal of Health Research*. 31,109-17.
76. Sangruangake, M., Jirapornkul, C. andHurst, C. (2017). Psychometric Properties of Diabetes Management Self-Efficacy in Thai Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Multicenter Study. *International Journal of Endocrinology*. 2503156.
77. Barghouti, F., Aburmaileh, N.N., Jallad, D.G. and Abd-Qudah, Y. (2015). Leisure time physical activity in Jordan: knowledge and sociodemographic determinants. *Internal Medicine Journal*. 22(4).
78. Vibulchai, N., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2016). Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction. *Nursing and Health Sciences*. 18(2), 188–95.
79. Polsook, R. Aungsuroch, Y. and Thongvichean, T. (2016). The effect of self-efficacy enhancement program on medication adherence among post-acute myocardial infarction, *Applied Nursing Research*. 32, 67-72.

80. Kronish, I.M. and Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: Lessons learned and future directions. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 55, 590-600.
81. Hajar R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart views : the official journal of the Gulf Heart Association*. 18(3), 109–14.
82. Liu, N., Liu, S., Yu, N., Peng, Y., Wen, Y., Tang, J. and Kong, L. (2018). Correlations among Psychological Resilience, Self-Efficacy, and Negative Emotion in Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Frontiers in Psychiatry*. 9, 1.
83. Dai, C. X., Hu, C. C., Shang, Y. S. and Xie, J. (2018). Role of Ginkgo biloba extract as an adjunctive treatment of elderly patients with depression and on the expression of serum S100B. *Medicine*, 97(39), e12421.
84. Rawlett, K. (2014). Journey from Self Efficacy to Empowerment. *Health Care*. (2)1: 1- 9.
85. Okçin, F.A. (2013). Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(1): 40-51.
86. Polsook, R. and Aungsuroch, Y. (2021). A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease. *Journal of Research in Nursing*. 26(4), 293–304.
87. Shrestha, R., Rawal, L., Bajracharya, R. and Ghimire, A. (2020). Predictors of cardiac self-efficacy among patients diagnosed with coronary artery disease in tertiary hospitals in Nepal. *Journal of Public Health Research*. 9(4), 1787.
88. Salari, A., Rouhi Balasi, L. and Moaddab, F. (2016). Patients' cardiac self-efficacy after coronary artery angioplasty. *Jundishapur Journal of Chronicles Disease Care*. 5, e60308.
89. Maddison, R., Pfaeffli, L., Whittaker, R., Stewart, R., Kerr, A., Jiang, Y., Kira, G., Leung, W., Dalleck, L., Carter, K. and Rawstorn, J. (2015). A mobile phone intervention increases physical activity in people with cardiovascular disease: Results from the HEART randomized controlled trial. *European Journal of Preventive Cardiology*. 22(6), 701–9.
90. Black, J. T., Romano, P. S., Sadeghi, B., Auerbach, A. D., Ganiats, T. G., Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ong, M. K. and BEAT-HF Research Group (2014). A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. *Trials*. 15, 124.

91. Ahn, S., Song, R. and Choi, S. W. (2016). Effects of Self-care Health Behaviors on Quality of Life Mediated by Cardiovascular Risk Factors Among Individuals with Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. *Asian Nursing Research*. 10(2), 158–63.
92. Madueño-Caro, A. J., Mellado-Fernández, M. L., Pardos-Lafarga, M., Muñoz-Ayllón, M., Saez-Garcia, L. and Gómez-Salgado, J. (2019). Cardiac Rehabilitation in Primary Care. Impact of an Intervention on Perceived Self-Efficacy. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 4(2), 32.
93. Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann.
94. Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., and Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *Symposium Journal*. 51(3), 132-140.
95. Lu, S., Wei, F. and Li, G. (2021) The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*. 5(6), 76-85.
96. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*. (5. Baskı). Arlington: Amerikan Psikiyatri Yayınları.
97. Bozyılan, E. ve Güngörmüş, Z. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin spor yapma davranışlarının algılanan stres, biyo-psiko-sosyal cevap ve stresle baş etme davranışları üzerine etkileri. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 15(2), 227-247.
98. Özel, Y., ve Karabulut, A.B. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 1(1), 48-56.
99. Oğuz, S., Erguvan, B., Ünal, G., Bayrak, B. ve Çamcı, G. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. *Medical Network Kardioloji*. 26, 184–91.
100. Schwartz, B.G., Kloner, R.A. and Naghavi, M. (2018). Acute and Subacute Triggers of Cardiovascular Events. *The American Journal of Cardiology*. 122(12): 2157-65.
101. Kivimäki, M. and Kawachi, I. (2015). Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. *Current Cardiology Reports*, 17(9), 630.
102. Goldfeld, P.R.M., SOARES, L.S. and Manfrol, W.C. (2015). Association of depression and stress in acute myocardial infarction: a case-control study. *Revista Facultad de Medicina*. 63(3), 439-48.
103. Dhabhar, F.S. (2014). Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunology Research*. 58 (2–3), 193-210.

104. Gerrig, R.J. and Zimbardo, P.G. (2012). *Psychology and Life*. (19.basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
105. Singh, A., Agrawal, S., Gargya, S., Saluja, S., Kumar, A., Kumar, A. and Nanda, S. (2017). Posttraumatic stress disorder after myocardial infarction and coronary artery bypass grafting. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 7, 84-90.
106. Edmondson, D. and von Känel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *The Lancet Psychiatry*. 4(4), 320–329.
107. Kirchner, K., Brauer, H., Van der Auwera, S. *et al.* (2022). The Impact of Resilience, Alexithymia and Subjectively Perceived Helplessness of Myocardial Infarction on the Risk of Posttraumatic Stress. *Journal of Clinical Psychology Medicine Settings*. 29,954-62.
108. Bayrak, B., Oğuz, S., Arslan, S., Candar, B., Keleş, S., Karagöz, B. ve Akpınar, G. (2019). Miyokardİnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*. 10(23), 129–137.
109. Vaccarino, V., Shah, A. J., Rooks, C., Ibeanu, I., Nye, J. A., Pimple, P., Salerno, A., D'Marco, L., Karohl, C., Bremner, J. D. and Raggi, P. (2014). Sex differences in mental stress-induced myocardial ischemia in young survivors of an acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. 76(3), 171–180.
110. Orth-Gomer, K., and Deter, H. C. (2015). Sex and Gender Issues in Cardiovascular Research. *Psychosomatic Medicine*. 77(9), 1067–1068.
111. Xu, X., Bao, H., Strait, K., Spertus, J. A., Lichtman, J. H., D'Onofrio, G., Spatz, E., Bucholz, E. M., Geda, M., Lorenze, N. P., Bueno, H., Beltrame, J. F. and Krumholz, H. M. (2015). Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation*. 131(7), 614–23.
112. Litchfield, P., Cooper, C., Hancock, C. and Watt, P. (2016). Work and Wellbeing in the 21st Century. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(11), 1065.
113. Civan, A., Özdemir, İ., Gencer, Y.G. ve Durmaz, M. (2018). Egzersiz ve Stres Hormonları. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*. 2(1)–14.
114. Meister, R. E., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., Schmid, J.P. and von Känel, R. (2016). Association of trait resilience with peritraumatic and posttraumatic stress in patients with myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. 78, 327-334.

115. Princip, M. Gattlen, C. Meister Langraf, E. Scynder, U. Znoj, H. Barth, J. Schimind, JP. and Kanel, R. (2018). The Role of Illness Perception and Its Association With Posttraumatic Stress at 3 Months Following Acute Miyocardial İnfarction. *Frontiers in Psychology*. 9: 941.
116. Sürme, Y. (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 12(64).
117. Kılınç, E. ve Kartal, A. (2019). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Genç Erişkin Bireye Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*. 11(2), 219-30.
118. Oğuz S, Çamcı G. (2016). Koroner arter hastalığı ve iş yaşamı. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(12):15-23.
119. Tekkaş Kerman, K. ve Bahar, Z. (2019). Yaşam Döngüsünde Sağlığı Geliştirme: Hemşirelik Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri*. 78-83.
120. Açıksöz, S. Uzun, Ş. Arslan, F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 58:129-135.
121. Duğan, Ö. ve Bektaş, H. (2020). Koroner Kalp Hastalarında Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 11(25), 71-81.
122. Aypay, A. (2010). Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. 11 (2), 113- 32.
123. Bilge, A., Öğce, F., Genç, R.E. ve Oran, N.T. (2009). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(25), 61-72.
124. Dueñas, M., Ramirez, C., Arana, R. and Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 11, 24.
125. De Smedt, D., Clays, E., Annemans, L., Doyle, F., Kotseva, K., Pajak, A., Prugger, C., Jennings, C., Wood, D. and De Bacquer, D. (2013). Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey. *International Journal of Cardiology*. 168(2), 898–903.
126. Pragodpol, P. and Ryan, C. (2013). Critical review of factors predicting health-related quality of life in newly diagnosed coronary artery disease patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 28(3), 277-84.

127. Hawkes, A. L., Patrao, T. A., Ware, R., Atherton, J. J., Taylor, C. B. and Oldenburg, B. F. (2013). Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. *BMC Cardiovascular Disorders*. 13, 69.
128. Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
129. Olgun, S., Kaptan, G. ve Büyükcinal, S. K. (2016). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi*, 1(1), 6-15.
130. Ceylan, Y., Kaya, Y. ve Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 18(3):147-154.
131. Morys JM., Bellwon J., Höfer S. and Rynkiewicz A. (2016) .Gruchała M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Archives of Medical Science*. 12 (2), 326–333.
132. Sir, Ö. (2020). *Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
133. Özcanlı D. (2022). *Akut koroner sendromlar sonrası kısıtlılık ve semptomların değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
134. Ünsar, S. ve Oklu, C. (2022). *Akut koroner sendrom hastalarında kısıtlılık ve yaşanan semptomların incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
135. Sevinç, S. ve Akyol, A.D. (2011). Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Clinical Nursing*. 19,1315–1325.
136. Ceyhan, Y.Ş. ve Ünsal, A. (2018). Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 11(4), 263-273.
137. Çoban,İ. ve Yürügen, B. (2021). *Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda algılanan stresin yaşam kalitesine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
138. Şimşek, A. K. ve Alpar, Ş. E. (2020). Akut koroner sendrom geçiren hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 11(25), 82-89.

139. Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K. and Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale-psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*. 16, 159.
140. Zhang, P., Xing, F. M., Li, C. Z., Wang, F. L. and Zhang, X. L. (2018). Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 969–979.
141. Nekouei, Z. K., Doost, H. T., Yousefy, A., Manshaee, G. and Sadeghei, M. (2014). The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 68.
142. Bahall, M. and Khan, K. (2018). Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 32.
143. Tasić, I., Lazarević, G., Stojanović, M., Kostić, S., Rihter, M. and Djordjević D. (2013). Health-related quality of life in patients with coronary artery disease after coronary revascularization. *Central European Journal Medicine*. 8(5), 618–26.
144. Allabadi, H., Alkaiyat, A., Zahdeh, T., Assadi, A., Ghanayim, A., Hasan, S., Abu Al Haj, D., Allabadi, L., Haj-Yahia, S., Schindler, C., Kwiatkowski, M., Zemp, E. And Probst-Hensch, N. (2021). Posttraumatic stress disorder predicts poor health-related quality of life in cardiac patients in Palestine. *PloS one*. 16(7), e0255077.
145. Burnos, A. and Wrzosek, M. (2022). Quality of Life After Myocardial Infarction as a Function of Temperamental Traits, Stress Coping Styles, and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. 12, 696544.
146. Javadi, A. Amouzeshi, A. and Barani, F. (2022). The role of self-efficacy beliefs, has a positive effect on the artery bypass patients. *J Surg Trauma*. 10(3):114-121.