



## MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ İLE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Emel DEMİRBAŞ<sup>1</sup>, Yunus KAYA<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 34270, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 68100, Aksaray, Türkiye*

**Özet:** Bu araştırma, miyokard infarktüsü geçiren hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle baş etme yöntemleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan 300 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtıcı Özellikler Soru Formu, Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; Kruskal-Wallis, Mann Whitney U ve Spearman's korelasyon analizleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların anksiyete (8,03±4,45) ve depresyon (9,28±4,75) puan ortalamaları sınırdadır bulunmuştur. Uyku kalitesi puan ortalaması (35,6±19,4) düşük bulunurken, stresle baş etme alt boyut puan ortalamaları, Kendine Güvenli Yaklaşım 22,4±3,4, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım 19,8±4,5, Boyun Eğici Yaklaşım 14,1±3,1, İyimser Yaklaşım 14,9±2,6 ve Sosyal Destek Arama için 10,6±2,3 olarak bulunmuştur. Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama ile anksiyete ve depresyon arasında ise negatif yönde ilişki bulunurken, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Uyku kalitesi ile anksiyete, depresyon ve Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ile arasında negatif yönde ilişki bulunurken, İyimser Yaklaşım ve Kendine Güvenli Yaklaşım ile aralarında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Sağlık çalışanları koroner yoğun bakım ünitelerinde miyokard infarktüsü geçiren hastaların ruhsal durumları değerlendirilmeli ve hastalara ruhsal destek sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Anksiyete, Baş etme, Depresyon, Miyokard infarktüsü, Uyku kalitesi


### Relationship between Anxiety, Depression Levels and Coping Style with Stress and Sleep Quality of Patients with Myocardial Infarction


**Abstract:** This research was conducted as a descriptive study to examine the relationship between anxiety, depression levels, coping styles and sleep quality in patients with myocardial infarction. The sample of the study consisted of 300 patients who were admitted to the coronary intensive care unit. The data of the study were collected by using the Patient Characteristics Questionnaire, the Hospital Anxiety-Depression Scale, the Stress Coping Style Scale, and the Richard-Campbell Sleep Questionnaire. In the evaluation of research data; Kruskal-Wallis, Mann Whitney U and Spearman's correlation analyzes were used. The mean scores of anxiety (8.03±4.45) and depression (9.28±4.75) the scores of the patients were found to be limit. While the sleep quality mean score was low (35.6±19.4), the sub-dimension mean scores for Stress Coping Style Scale were Self-confident Approach 22.4±3.4, Helpless Accusatory Approach 19.8±4.5, Submissive Approach 14.1±3.1, Optimistic Approach 14.9±2.6 and Seeking Social Support 10.6±2.3. While there was negative relationship between Self-confident, Optimistic, Seeking Social Support Approach and anxiety and depression, positive relationship was found between Helpless Accusatory and Submissive Approach and anxiety and depression levels. While there was negative correlation was found between the sleep quality scale and the Helpless Accusatory Approach, anxiety and depression, positive relationship was found between Optimistic, Self-confident Approach and sleep quality. Health care providers responsible for the care of patients with acute myocardial infarction followed up in the coronary intensive care unit should evaluate the mental health status of the patients and should be provided psychological support.

**Keywords:** Anxiety, Coping, Depression, Myocardial infarction, Sleep quality

\*Sorumlu yazar (Corresponding author): Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 68100, Aksaray, Türkiye

E mail: yunus.kaya@gmail.com (Y. KAYA)

Emel DEMİRBAŞ  <https://orcid.org/0000-0002-8061-180X>

Yunus KAYA  <https://orcid.org/0000-0003-1665-0377>

Gönderi: 17 Mart 2022

Kabul: 05 Nisan 2022

Yayınlanma: 01 Eylül 2022

Received: March 17, 2022

Accepted: April 05, 2022

Published: September 01, 2022

**Cite as:** Demirbaş E, Kaya Y. 2022. Relationship between anxiety, depression levels and coping style with stress and sleep quality of patients with myocardial infarction. *BSJ Health Sci*, 5(3): 344-355.

### 1. Giriş

Koroner arter hastalıkları (KAH) hem dünyada hem de ülkemizde morbidite ve mortalite oranlarını artırarak bireylerin yaşamsal bütünlüğünü tehlikeye sokan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Gelişmiş ve

gelişmekte olan ülkelerde ölüm sebepleri arasında KAH ilk sırada yer alırken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre ise kalp damar hastalıkları ilk 10 ölüm nedeni arasında birinci sırada yer almaktadır (Malakar ve ark., 2019; WHO, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)



2018 verilerine göre ülkemizde ölüm nedenleri arasında %38,4'lük oranı kalp damar sistemi hastalıkları oluştururken, kalp damar sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %39,7'sini iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (TÜİK, 2018). KAH, kalbi besleyen ana koroner damarların ateroskleroz ve trombüs sonucunda ciddi tıkanıklık oluşması nedeniyle kalbin oksijen gereksiniminin karşılanmaması ile karakterize bir hastalıktır. Kalbin oksijen gereksiniminin karşılanmaması kalp kasında hipoksi ve iskemiye yol açabilmektedir (Durusoy ve ark., 2010). Hipoksi ve iskemi sonucunda koroner kan akımında azalma ile birlikte akut koroner sendroma (AKS) sebep olabilen patolojik bir süreç başlamaktadır (Thygesen ve ark., 2018). AKS'de hastanın elektrokardiyografi (EKG) dalgalarına bakılarak ST yükselmesi Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI - Non ST Elevation Myocardial Infarction) veya ST yükselmeli Miyokard İnfarktüsü (STEMI - ST Elevation Myocardial Infarction) gibi bireyin yaşamsal bütünlüğünü etkileyen ciddi sorunlara neden olmaktadır (Yalçınkaya, 2006). AKS metabolizma üzerinde oluşturduğu sorunlar nedeniyle koroner yoğun bakım ünitesine yatırılma sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Ceylan ve ark., 2011). AKS sonucunda oluşan MI'da mortalite oranının oldukça yüksek olmasının yanında, yaşamsal bütünlüğün devamı konusunda risklere ve birtakım psikososyal sorunlara neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Erşan ve ark., 2013). AKS sırasında oluşan ve etkisi uzun sürebilen şiddetli angina pectoris hastada kaygı, ölüm korkusu ve beraberinde günlük yaşama uyumda sorunlara neden olabilmektedir. AKS'ye bağlı meydana gelen MI sonucunda hastaneye yatma, uygulanan tedaviler, tekrar MI geçirme korkusu, ölüm korkusu ve kaygı sorunları hastalığın yanında birçok psikososyal sorunu da beraberinde getirmektedir (Akkaya ve ark., 2013; Dias ve ark., 2015). Hem yaşamsal önemi olan kalp üzerinde meydana gelen sorunlar hem de kronik hastalık tanısı almak ve yaşanan psikososyal sorunlar sıklıkla beraberinde ruhsal sorunlara da neden olabilmektedir (Yıldırım ve ark., 2016). Kronik kalp hastaları üzerinde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde hastaların yarısından fazlasında depresyon ve anksiyete bozukluklarının olduğu görülmektedir. Hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik komorbiditeler tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemenin yanında fiziksel hastalığın daha ağır seyretmesine, hastalığa uyumda sorunlara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Aydemir ve ark., 2015). Hastaların yaşadıkları stres, kaygı ve depresyon gibi sorunlar, kardiyovasküler hastalıklarda kalbin oksijen gereksiniminde artışa neden olmakta ve hastalığa bağlı bu gereksinimin karşılanmaması nedeniyle mortalite oranlarının artmasına neden olan önemli birer risk faktörleridirler. Aynı zamanda yaşanan stres, kaygı ve depresyon gibi ruhsal sorunlar tekrarlı yatışlara neden olarak iyileşme sürecini de uzatmaktadır (Çam ve Nehir, 2011). MI geçiren hastalarla yapılan diğer çalışmalarda hastaların umutsuzluk ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu ve bu durum nedeniyle hastanın hastalıkla baş

etmede yetersizliğe, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, fiziksel iyilik halinde ve iyileşme sürecinde sorunlara yol açtığı görülmektedir (Çam ve Nehir, 2011; Fırat Akçay ve Dereli, 2016).

Hastaların yaşadığı ruhsal sorunların kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle hastalarda yoğun bakım ünitelerine tekrarlı yatışlara neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastalar hastaneye yatma, sevdiklerinden ayrı kalma, ölüm riski ile karşı karşıya kalma gibi nedenlerle kaygı ve depresyonun yanında hastane ortamına bağlı çeşitli stresörlere de maruz kalmaktadırlar. Hastaneye yatış, ağrı, hastalığın nasıl ilerleyeceği ve tam iyileşmenin olup olmayacağına yönelik kaygı, yoğun bakım ortamlarında duyuşsal uyaran eksikliği ya da fazlalığı, mahremiyet kaygısı, sıklıkla gerçekleştirilen tedavi ve bakım uygulamaları ve uyku problemleri hastalar için stres oluşturabilmektedir (Aktaş Yaman ve ark., 2015; Dias ve ark., 2015). Yoğun stres altında stres hormonları olarak da bilinen kortizol ve adrenalin salınımında meydana gelen artış kardiyak aktivitede artışa, bronkodilatasyona, solunum derinliğinin ve hızının artmasına neden olarak kalp üzerinde önemli etkileri olmaktadır. Bu bağlamda hastadaki stres ve stresörler etkin bir şekilde yönetilmediğinde hastada immün sistemin baskılanmasına, dolaşım sisteminde sorunlara, ruhsal ve sosyal zorlanmalara neden olarak hastanın yaşam kalitesinde ve iyilik halinde azalmaya ve ölüme yol açabilmektedir (Selye, 1952; Dias ve ark., 2015; Burford ve ark., 2017).

MI geçiren hastalar, hastalığın ortaya çıkardığı fiziksel ve ruhsal sorunlara bağlı olarak yorgunluk yaşayabilmekte ve uyku gereksinimleri artabilmektedir (Tenekeci ve Kara, 2016). Ancak hastaların psikososyal alanda yaşadıkları sorunlar, bilgi eksikliği, hastanede ortamı, kaygı, depresyon, etkisiz bireysel baş etme, ölüm kaygısı, belirsizlik ve umutsuzluk gibi duygular hastanın uyku örüntüsünde bozulmalara yol açabilmektedir (Karagözoğlu ve ark., 2007; Matsuda ve ark., 2017). Uyku hastanın hem fiziksel olarak dinlenmesinde hem ruhsal olarak kendisini toparlamasında önemli etkisinin olmasının yanında uyku esnasında meydana gelen fiziksel gevşeme, kan basıncının ve kalp atım hızının azalması MI'da yorulan kalbin dinlenmesini sağlar. Ancak, yaşanan psikososyal sorunlar, kaygı ve stres gibi etkiler hem uyku örüntüsünde sorunlara hem de yaşamsal bulgular üzerinde artışa neden olarak hastayı bütüncül olarak etkilemektedir (Trinder ve ark. 2012; Matsuda ve ark., 2017). Köklü (2019)'nün yaptığı çalışmada anksiyete ve uyku bozukluğu olan hastaların kalp hızının daha yüksek olduğu, stres düzeyinin artmasına bağlı olarak anksiyetenin arttığı ve uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

Bu çalışmada, MI sonrası koroner yoğun bakıma yatışı yapılan hastaların, anksiyete, depresyon ve stresle baş etme tarzı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, MI geçiren hastaların yaşadıkları psikososyal

sorunların belirlenmesinin yanında hastaların tedavi ve bakımlarını şekillendirmede önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, araştırma bulguları, hem hastalığın fiziksel tedavi ve bakımı hem de konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) kapsamında MI geçiren hastaların ruhsal tedavi ve bakımının planlanmasına yönelik önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hastalarda ortaya çıkabilecek psikososyal sorunlara erken dönemde müdahale edilmesi hem fiziksel ve ruhsal iyilik halini artıracak hem de yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.

## 2. Materyal ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, miyokard infarktüsü tanısı ile yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle baş etme tarzları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırma da, araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. MI sonrası hastaların anksiyete, depresyon, stresle baş etme tarzları ve uyku kalitesi puan ortalamaları ne düzeydedir?
2. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile stresle başa çıkma tarzları ve uyku kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Hastaların stresle başa çıkma tarzları ile uyku kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırma, İstanbul Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde MI tanısı alarak yatan hastalarda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, son bir yılda Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne MI tanısı ile yatan hastalar oluşturmuştur. Son bir yılda Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne 1022 MI tanısı alan hastanın yatışı yapılmıştır. Bu nedenle, araştırmanın evrenini, 1022 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminin hesaplanmasında ise evreni bilinen örneklem hesabı yapılmış, %95 güvenilirlikle ve %5 hata payıyla en az 280 hastanın dahil edilmesi gerektiği bulunmuş ve bu araştırmanın örneklemini 300 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilmede, Koroner Yoğun Bakım Ünitesine MI tanısı alarak yatma, en az bir gün yoğun bakım ünitesinde kalma, sorulan soruları anlayacak ve onam verecek düzeyde Türkçe okuma ve yazma becerisine sahip olma, ruhsal ve organik (deliryum) başka bir bozukluğunun olmaması, araştırmaya katılmaya gönüllü olması, yazılı ve sözlü onam verme kriterleri aranmıştır.

### 2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu, Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

#### 2.3.1. Hasta tanıtıcı özellikleri soru formu

Araştırmada, hastaların tanıtıcı özellikleri, araştırmacılar

tarafından hazırlanan ve 10 sorudan oluşan soru formu kullanılarak toplanmıştır. Bu formda, hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, gelir durumu, kronik hastalık ve hastaneye yatış öyküsü, sigara/alkol kullanma durumu, günlük uyku saati ve uyku süresinin yeterli olup olmadığını değerlendiren sorular bulunmaktadır.

#### 2.3.2. Hastane anksiyete-depresyon ölçeği (HADÖ)

HADÖ, bedensel hastalığı olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyini değerlendirmek amacı ile Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır. HADÖ'de yer alan sorulardan yedi tanesi anksiyete belirtilerini, yedi tanesi de depresif belirtileri değerlendirmek üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, dördümlük likert tipi ölçüm aracıdır ve her soruya verilecek yanıtlar 0-3 arası değişmektedir. Her bir alt boyut için puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, anksiyete ve depresyon alt boyutları için minimum 0 ve maksimum 21 puan alınabilmektedir. Alt boyutlardan alınan puanlar arttıkça anksiyete ya da depresyon semptomlarının da arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Alt boyutlar için kesme noktasının, anksiyete alt boyutu için 10 ve depresyon alt boyutu için 7 bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,85, depresyon alt ölçeği için 0,77 olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark., 1997). Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı ise anksiyete alt boyutu için 0,81, depresyon alt boyutu için 0,77 bulunmuştur.

#### 2.3.3. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ)

SBTÖ, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından bireylerin stresle başa çıkma tarzını değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplamda 30 sorudan oluşmakta ve her bir soruya verilecek yanıtlar "Tamamen Uygun" (%100) ile "Hiç Uygun Değil" (%0) arasında değişen dördümlük likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutu yedi sorudan, Çaresiz Yaklaşım sekiz sorudan, Boyun Eğici Yaklaşım altı sorudan, İyimser Yaklaşım beş sorudan ve Sosyal Desteğe Arama dört sorudan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar toplam puan olarak değil her bir alt boyuta göre puan ortalaması elde edilerek değerlendirilmektedir. Her bir alt boyuttan alınan puan arttıkça o alt boyutun daha fazla kullanıldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,47 ile 0,80 arasında değiştiği bulunurken (Şahin ve Durak, 1995), bu çalışma için Cronbach alfa değerlerinin 0,47 ile 0,79 arasında değiştiği bulunmuştur.

#### 2.3.4. Richard-Campbell uyku ölçeği (RCUÖ)

RCUÖ, Richards (1987) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin uyku süreçlerini ve kalitelerini değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenilirliği Özlü ve Özer (2015) tarafından yoğun bakımda yatmakta olan hastalar ile yapılmıştır. Ölçek toplamda altı sorudan oluşmaktadır. Her bir soru görsel analog skala tekniği ile

0 ile 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçekte her bir soru için skala üzerinden verilen puanlar ise "0-25" arası çok kötü, "76-100" arası çok iyi şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan seviyesi arttıkça uyku kalitesinin arttığı, puan seviyesi azaldıkça uyku kalitesinin azaldığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik formunun Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bulunurken (Özlü ve Özer, 2015), bu çalışma için Cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur.

#### 2.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, etik kurul ve kurum izninin ardından Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, yazılı ve sözlü onam veren hastalardan toplanmıştır. Araştırma verileri 03.02.2021-01.06.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Ortalama her bir araştırma soru formunun tamamlanması 30 dakika sürmüştür.

#### 2.5. İstatistik Analiz

Araştırma verilerinin analizi için SPSS 25.0 Windows programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, ortanca ve çeyrekler arası aralık olarak gösterilmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve araştırma verilerinin normal dağılmadığı görülmüştür. Bu nedenle araştırma verilerinin analizinde, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve ikiden çok grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişki ise Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir (Önder, 2018).

### 3. Bulgular

Hastaların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında, dörtte üçünün (%74,7) erkek, yarısından fazlasının (%57,3) 40-59 yaş aralığında olduğu, büyük çoğunluğunun (%80,7) evli olduğu, yarısından fazlasının (%60,0) ilköğretim mezunu ve (%56,0) gelirinin giderine eşit olduğu görülmektedir. Hastaların yarısından fazlasının (%63,3) en az bir kronik hastalığı olduğunu (hipertansiyon, diabetes mellitus vb.), daha öncesinden en az bir kez hastane yatış öyküsünün olduğunu (%67,0) ve sigara kullandığını (%52,0) belirtmiştir. Hastaların yarısından fazlası (%61,0) günlük

uyku süresinin 6-8 saat arası olarak tanımlarken ve yaklaşık dörtte üçü (%72,3) kendileri için uyku sürelerinin yeterli olduğu bildirilmiştir.

Tablo 1'de HADÖ, SBTÖ ve RCUÖ ölçüm araçlarından elde edilen puan ortalamaları, minimum, maksimum puanları, medyan değerleri, birincil ve üçüncül çeyreklik puanları verilmiştir. Hastaların HADÖ Anksiyete alt boyutu puan ortalaması 8,03±4,45, Depresyon alt boyutu puan ortalaması 9,28±4,75 olarak bulunmuştur. SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise Kendine Güvenli Yaklaşım ortalaması 22,4±3,4, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ortalaması 19,8±4,5, Boyun Eğici Yaklaşım ortalaması 14,1±3,1, İyimser Yaklaşım ortalaması 14,9±2,6 ve Sosyal Destek Arama puan ortalaması 10,6±2,3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların, RCUÖ'nün puan ortalaması 35,6±19,4 olduğu bulunmuştur.

Tablo 2'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı değerlendirilmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre HADÖ alt boyutlarından anksiyete ve depresyon puanlarının kadınlarda erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur (P<0,05). SBTÖ alt boyutlarında ise erkeklerin Kendine Güvenli ve İyimser Yaklaşım alt boyutları puanları yüksek olduğu bulunurken, kadınların Çaresiz Suçlayıcı ve Boyun Eğici Yaklaşım puanları daha yüksek olduğu görülmektedir (P<0,05). RCUÖ toplam puanlarının ise erkeklerin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (P<0,05).

Yaş gruplarına göre ise, 19-39 yaş grubunun anksiyete puanı 40-59 yaş grubuna göre yüksek bulunurken, 60 yaş ve üzeri grubun depresyon puanı 40-59 yaş grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur (P<0,05). SBTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım puanının 40-59 yaş grubunda 19-39 yaş grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bulunurken (P<0,05), SBTÖ diğer alt boyutlarında ve RCUÖ toplam puanının da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı birer fark bulunamamıştır (P>0,05). Bekarların anksiyete ve depresyon puanı evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (P<0,05). Bekarların, SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanı daha yüksek bulunurken (P<0,05), evlilerin Sosyal Destek Arama ve İyimser Yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (P<0,05). SBTÖ diğer alt boyutlarının ve RCUÖ toplam puanının medeni duruma göre istatistiksel olarak farklılaşmadığı bulunmuştur (P>0,05).

**Tablo 1.** MI tanılı hastaların HADÖ, SBTÖ ve RCUÖ puan ortalamaları

Ölçüm Araçları	Alt Boyutlar	Ort.±SD (Min-Max)	Median (IQR)
HADÖ	Anksiyete	8,03±4,45 (0-21)	7 (4,25-7,00)
	Depresyon	9,28±4,75 (0-21)	9 (5,25-9,00)
SBTÖ	Kendine Güvenli Yaklaşım	22,4±3,4 (12-28)	22 (20-25)
	Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım	19,8±4,5 (9-32)	20 (17-23)
	Boyun Eğici Yaklaşım	14,1±3,1 (6-24)	14 (12-16)
	İyimser Yaklaşım	14,9±2,6 (8-20)	15 (13-16)
	Sosyal Destek Arama	10,6±2,3 (4-16)	11 (9-12)
RCUÖ	Toplam Puan	35,6±19,4 (5-92)	32,5 (21-49)



**Tablo 2.** MI tanılı hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADÖ, SBTÖ ve RCUÖ puanları

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri (n)	HADÖ				SBTÖ			RCUÖ
	Anksiyete	Depresyon	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın (76)	211,20	199,85	122,68	196,12	183,28	122,32	136,25	117,26
Erkek (224)	129,90	133,76	159,84	135,02	139,38	160,06	155,33	161,78
İstatistiksel Analiz	U: 3,898 P=0,0001	U: 4,761 P=0,0001	U: 6,397 P=0,001	U: 5,045 P=0,0001	U: 6,020 P=0,0001	U: 6,370 P=0,001	U: 7,429 P=0,0094	U: 5,986 P=0,0001
<b>Yaş</b>								
19-39 Yaş <sup>a</sup> (17)	198,06	130,56	104,38	141,74	138,15	125,62	170,94	189,71
40-59 Yaş <sup>b</sup> (172)	143,71	140,13	159,09	151,21	151,21	151,74	153,33	154,41
60 ve üzeri <sup>c</sup> (111)	153,73	169,92	144,26	150,74	151,29	152,39	142,98	138,44
İstatistiksel Analiz	KW= 6,344 P=0,04	KW= 8,790 P=0,01	KW= 7,125 P=0,02	KW=0,187 P=0,91	KW=0,369 P=0,83	KW=1,509 P=0,47	KW=2,002 P=0,36	KW=5,970 P=0,05
<b>Medeni Durum</b>								
Evli (242)	142,19	139,97	154,30	145,08	148,64	155,67	157,95	154,72
Bekar (58)	184,16	195,68	134,63	173,09	158,24	128,91	119,42	132,89
İstatistiksel Analiz	U=5,007 P=0,001	U=4,497 P=0,0001	U=6,097 P=0,119	U=5,707 P=0,027	U=6,569 P=0,447	U=5,766 P=0,034	U=5,215 P=0,002	U=5,996 P=0,085
<b>Eğitim düzeyi</b>								
Okur yazar <sup>a</sup> (27)	168,87	188,44	97,17	185,76	182,69	138,52	129,91	109,46
İlkokul <sup>b</sup> (180)	167,13	153,98	161,94	149,75	151,04	158,32	151,48	149,23
Ortaokul <sup>c</sup> (38)	149,26	144,37	144,42	160,34	164,84	150,92	142,01	166,95
Lise <sup>d</sup> (35)	148,71	125,63	145,84	127,34	117,57	133,63	158,36	169,66
Üniversite ve üzeri <sup>e</sup> (20)	161,48	123,18	139,25	131,45	132,55	125,03	171,83	152,53
İstatistiksel Analiz	KW=1,833 P=0,76	KW=10,707 P=0,03	KW=14,077 P=0,001	KW=8,467 P=0,07	KW=10,773 P=0,02	KW=5,103 P=0,27	KW=3,473 P=0,48	KW=9,170 P=0,05
<b>Eğilim Durumu</b>								
Gelir<Gider <sup>a</sup> (112)	174,48	175,75	142,46	166,42	159,50	139,45	147,49	142,09
Gelir=Gider <sup>b</sup> (168)	136,09	140,76	155,11	144,32	149,80	158,03	152,28	151,06
Gelir>Gider <sup>c</sup> (20)	137,28	90,93	156,83	113,28	105,93	149,10	152,38	192,90
İstatistiksel Analiz	KW=13,717 P=0,0001	KW=21,138 P=0,001	KW=1,555 P=0,45	KW=8,353 P=0,01	KW=6,566 P=0,03	KW=3,135 P=0,20	KW=0,219 P=0,89	KW=5,840 P=0,05
	a>b	a>b,c,d,e	b>a c>a d>a	a>b,c	a>d b>d c>d			

Tablo 2. MI tanılı hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADÖ, SBTÖ ve RCUÖ puanları (Devam)

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri (n)	HADÖ				SBTÖ			RCUÖ Toplam Puan
	Anksiyete	Depresyon	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	
Kronik Hastalık Öyküsü Evet (190) Hayır (110) İstatistiksel Analiz	156,27	162,91	146,32	158,25	152,94	147,71	149,13	139,91
	140,54	129,07	157,73	137,11	146,28	155,33	152,87	168,80
	U=9,354 P=0,121	U=8,092 P=0,001	U=9,655 P=0,270	U=8,977 P=0,041	U=9,986 P=0,519	U=9,919 P=0,460	U=10,189 P=0,716	U=8,437 P=0,005
Kronik Hastalık Öyküsü Evet (201) Hayır (99) İstatistiksel Analiz	158,64	158,51	144,08	151,40	152,31	138,89	145,81	150,99
	133,97	134,24	163,53	148,67	146,82	174,07	160,02	149,52
	U=8,313 P=0,021	U=8,330 P=0,022	U=8,660 P=0,067	U=9,768 P=0,797	U=9,585 P=0,604	U=7,616 P=0,001	U=9,007 P=0,178	U=9,852 P=0,890
Günlük uyku süresi 6 saatten az <sup>a</sup> (72) 6-8 saat arası <sup>b</sup> (183) 8 saatten fazla <sup>c</sup> (45) İstatistiksel Analiz	181,85	168,84	140,19	156,01	143,85	130,16	119,63	118,19
	138,20	141,64	152,72	149,36	150,71	154,24	160,58	160,36
	151,16 KW=12,840 P=0,001	157,83 KW=5,396 P=0,06	157,96 KW=1,481 P=0,47	146,33 KW=0,429 P=0,80	160,29 KW=1,007 P=0,60	167,84 KW=6,189 P=0,04	158,90 KW=12,259 P=0,001	162,11 KW=13,162 P=0,001
Günlük uyku süresi yeterli değil <sup>algisi</sup> Evet (217) Hayır (83) İstatistiksel Analiz	135,88	140,25	156,09	143,62	147,42	159,52	155,28	160,78
	187,36	175,80	135,90	168,48	158,56	126,93	138,01	123,63
	U=5,833 P=0,0001	U=6,781 P=0,001	U=7,793 P=0,070	U=7,513 P=0,026	U=8,336 P=0,317	U=7,049 P=0,003	U=7,968 P=0,119	U=6,775 P=0,001

Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $P>0,05$ ), eğitim durumu okur-yazar olanların diğer tüm eğitim seviyelerine göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım puanlarının ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olanların puanları okur-yazar olan gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Boyun Eğici Yaklaşım puanlarının ise lise mezunu olan kişilerin okur-yazar, ilkökul ve ortaokul mezunlarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ diğer alt boyutlarının

ve RCUÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur ( $P>0,05$ ). Gelir durumlarına göre değerlendirildiğinde geliri giderine göre az olan hastaların, geliri giderine eşit olan hastalara oranla anksiyete düzeyi yüksek bulunurken, geliri giderinden az olan hastaların, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan hastalara oranla depresyon düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanlarının ise geliri giderinden az olan hastalarda diğer gelir durumlarına

göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Geliri giderine eşit olan hastaların geliri giderinden fazla olan hastalara oranla Boyun Eğici Yaklaşım puanları daha yüksektir ( $P<0,05$ ). SBTÖ diğer alt boyutlarının ve RCUÖ toplam puanın hastaların gelir durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur ( $P>0,05$ ).

Hastaların, kronik hastalığa sahip olup olmamasına göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $P>0,05$ ), kronik hastalığı olanların olmayanlara göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarında ise kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). RCUÖ toplam puanının ise kronik hastalığı olmayan bireylerde olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Daha öncesinde hastane yatış öyküsü olan hastaların olmayanlara göre anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından İyimser Yaklaşım puanlarının ise hastane yatış öyküsü olmayanlarda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ diğer alt boyutlarının ve RCUÖ toplam puanının hastane yatış öyküsüne göre farklılaşmadığı bulunmuştur ( $P>0,05$ ).

Günlük 6 saatten az uyuyanların hastaların anksiyete puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunurken ( $P<0,05$ ), günlük uyku sürelerine göre depresyon puanlarının farklılaşmadığı bulunmuştur ( $P>0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama yaklaşımın puanlarının 6 saatten az uyuyanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ diğer alt boyut puanlarını ise uyku süreleri göre farklılaşmadığı bulunmuştur ( $P>0,05$ ). Gündelik yaşamda 6 saatten az uyuyanların diğer gruplara göre yoğun bakımda yattığı süreçte RCUÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $P<0,05$ ).

Günlük uyku sürelerinin yeterlilik algısına göre ölçek puanları değerlendirildiğinde, uyku süresinin yetersiz olduğunu bildiren hastaların anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanı günlük uyku süresini yetersiz olarak bildiren hastalarda daha yüksek olarak bulunurken ( $P<0,05$ ), günlük uyku süresinin yeterli olduğunu bildiren hastaların İyimser Yaklaşım Puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Günlük uyku süresini yeterli olarak belirten hastaların yoğun bakım şartlarındaki RCUÖ toplam puanının günlük uyku süresini yetersiz olarak bildiren hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ( $P<0,05$ ).

Tablo 3'te HADÖ alt boyutlarından Depresyon ve Anksiyete arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0,571$ ,  $P<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım ile Anksiyete ( $r=-0,358$ ,  $P<0,05$ ) ve Depresyon ( $r=-0,392$ ,  $P<0,05$ ) arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ile Anksiyete ( $r=0,464$ ,  $P<0,05$ ) ve Depresyon ( $r=0,409$ ,  $P<0,05$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, Boyun Eğici Yaklaşım ile Anksiyete ( $r=0,121$ ,  $P<0,05$ ) ve Depresyon ( $r=0,156$ ,  $P<0,05$ ) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki, İyimser Yaklaşım ile Anksiyete ( $r=-0,373$ ,  $P<0,05$ ) ve Depresyon ( $r=-0,364$ ,  $P<0,05$ ) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, Sosyal Destek Arama ile Anksiyete ( $r=-0,212$ ,  $P<0,05$ ) ve Depresyon ( $r=-0,326$ ,  $P<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir. RCUÖ uyku kalitesi ile Anksiyete ( $r=-0,328$ ,  $P<0,05$ ), Depresyon ( $r=-0,358$ ,  $P<0,05$ ) ve SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ( $r=-0,244$ ,  $P<0,05$ ) arasında negatif yönlü zayıf birer ilişki olduğu bulunurken, İyimser Yaklaşım ( $r=0,224$ ,  $P<0,05$ ) ve Kendine Güvenli Yaklaşım ( $r=0,206$ ,  $P<0,05$ ) aralarında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** MI geçiren hastaların HADÖ, SBTÖ ve RCUÖ ölçüm araçları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Ölçüm Araçları		HADÖ Anksiyete	HADÖ Depresyon	SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	SBTÖ Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım	SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	SBTÖ İyimser Yaklaşım	SBTÖ Sosyal Destek Arama
HAD Depresyon	r	0,571						
	P	<0,001						
SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0,358	-0,392					
	P	<0,001	<0,001					
SBTÖ Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım	r	0,464	0,409	-0,132				
	P	<0,001	<0,001	0,022				
SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	r	0,121	0,156	0,103	0,456			
	P	0,042	0,006	0,075	<0,001			
SBTÖ İyimser Yaklaşım	r	-0,373	-0,364	0,617	-0,064	0,161		
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,268	0,005		
SBTÖ Sosyal Destek Arama	r	-0,212	-0,326	0,230	-0,233	-0,129	0,122	
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,025	0,034	
RCUTOP	r	-0,331	-0,356	0,206	-0,244	-0,030	0,224	0,087
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,602	<0,001	0,131

#### 4. Tartışma

Bu çalışma, MI sonrası koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları ile uyku kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %74,7'sinin erkek ve %57,3'nün 40-59 yaş aralığında olduğu, %63,3'ünün diyabet ve hipertansiyon ağırlıklı olmak üzere en az bir kronik hastalığının bulunduğu ve %52,0'sinin sigara kullandığı bulunmuştur. Literatürde, erkek cinsiyet, erkeklerde 45 yaş ve üzeri, kadınlarda ise 55 yaş ve üzeri olmak, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklara sahip olmak ve sigara kullanımı koroner arter hastalığı için en önemli risk faktörleri arasında yer almakta ve çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunda bu risk faktörlerinin varlığı görülmüştür (Yalçınkaya, 2006; Ceylan ve ark., 2011; Malalar ve ark., 2019).

Çalışmamızda, kadın hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. SBTÖ alt boyutlarında ise erkeklerin Kendine Güvenli ve İyimser Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları, kadınların ise Çaresiz Suçlayıcı ve Boyun Eğici Yaklaşım puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde kadınların erkeklere göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Kutlu ve ark., 2016; Allabadi ve ark., 2019). Aynı zamanda, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal durumların bireylerin kullandıkları baş etme yöntemleri ile ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmada, erkeklerin daha fazla Kendine Güvenli ve İyimser Yaklaşım baş etme yöntemlerini, kadınların daha fazla Çaresiz Suçlayıcı ve Boyun Eğici baş etme yöntemlerini kullanması kadınların anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda etkisiz baş etme yöntemlerinin ve stres puanlarının yüksek olmasının depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur, bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Erşan ve ark., 2013; Dağlar ve Nur, 2014). RCUÖ uyku kalitesi toplam puanlarının ise erkeklerde anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, anksiyete, depresyon düzeyleri ve baş etme yöntemleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle, erkeklerin depresyon ve anksiyete düzeyinin düşük olması ve stresle etkili baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmaları uyku kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Literatürdeki araştırma sonuçları, çalışma bulgularını destekler niteliktedir ve erkeklerin uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Matsuda ve ark., 2017; Akkaya ve ark., 2018).

Yaş gruplarına göre ölçek puanlarını değerlendirmek için yapılan analizde, 19-39 yaş grubunun anksiyete puanı 40-59 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, 60 yaş ve üzeri grubun depresyon puanı 40-59 yaş grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erken yaşta MI geçirmiş olmak, hayati bir organ olan kalp ile ilgili bir hastalık tanısı almak ve bu hastalığın ölümcül olmasına yönelik yaşanan duyguların 19-39 yaş grubunun

anksiyete puanının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, genç hastaların iş yaşamında aktif olması, fiziksel yetersizlik korkusu, bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinin olması ve çalışmama düşüncesi anksiyete düzeyini arttıran faktörler arasında sayılabilir. Literatür incelendiğinde, MI geçiren hastalar arasında genç yaş grubunun anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur, bu sonuçlar çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Özer Canlı ve ark., 2009; Çam ve Nehir, 2011). 60 yaş ve üzerinin depresyon düzeyi 40-59 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaş ile birlikte kronik hastalıkların artışı, kronik hastalıkların günlük yaşam üzerinde oluşturduğu yetersizlikler, yaşamdan beklentilerin azalması, belirsizlik, ölüm korkusu ve eş kayıpları gibi sebeplerin depresyon düzeyini artırdığı düşünülmektedir. Aydemir ve ark., (2015) MI geçiren hastaların depresyon puanının yaş ile birlikte arttığını bulurken, Çam ve Nehir (2011) ise çalışma bulgularının aksine MI geçiren hastaların yaş ile birlikte depresyon düzeyinin azaldığını saptamışlardır. SBTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım puanı 40-59 yaş grubunda 19-39 yaş grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, yaş arttıkça bireyin kendini tanıma, belirsizlik, günlük olaylar ve hastalıklarla baş etme ve uyum becerilerinin artmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Özellikle, 40-59 yaş grubunun 19-39 yaş grubuna göre anksiyete puanlarının anlamlı derecede düşük çıkmasında stresle baş etme de Kendine Güvenli Yaklaşım puanının yüksek olmasının etkisi olabilmektedir. Ancak bu çalışmada, SBTÖ diğer alt boyut puan ortalamalarının yaşa göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Bayrak ve ark. (2019) MI geçiren hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların yaşına göre algıladıkları stres düzeyleri ve baş etme becerilerinin değişmediğini bulmuşlardır. Hastaların yaşına göre RCUÖ uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının farklılaşmadığı bulunmuştur. Ancak literatürde koroner arter hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalar incelendiğinde bireylerin yaşlarına göre uyku kalitelerinin değiştiği ve yaş arttıkça bireylerin uyku kalitelerinin daha da arttığı bulunmuştur (Andrechuk ve Ceolim, 2015; Gökçe ve Mert, 2015).

Bekar hastaların, anksiyete ve depresyon puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda, bekarların, SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanları anlamlı derece daha yüksek bulunurken, Sosyal Destek Arama ve İyimser Yaklaşım puanları daha düşük bulunmuştur. Evli olan hastaların eşlerinden ve ailelerinden aldıkları duygusal, sosyal ve ekonomik desteğin stresle daha etkin baş etmelerine katkı sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle, bekar hastaların sahip oldukları bu baş etme yöntemlerinin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına yol açabilmektedir. Aynı zamanda bekar hastaların büyük bir kısmının eş kaybı olduğu ve buna bağlı sosyal desteğin azalması, yalnızlık ve kayıpla ilgili duyguların anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalar



değerlendirildiğinde, bekar olan ve stresle baş etmede güçlük yaşayan hastaların depresyon düzeyini daha yüksek olduğu görülmektedir (Çam ve Nehir, 2011; Erşan ve ark., 2013). Medeni duruma göre hastaların RCUÖ uyku kalitesi toplam puanlarının farklılaşmadığı bulunmuş ve literatürde MI tanılı hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde medeni duruma göre uyku kalitesi puanının farklılaşmadığını göstermektedir (Andrechuk ve Ceolim, 2015; Gökçe ve Mert, 2015; Çevik ve Sarıtaş Çıtlık, 2020). Ancak, çalışma bulgularının aksine, koroner kalp hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda evli hastaların uyku kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Tenekeci ve Kara, 2016; Sakman, 2019).

Eğitim düzeyi düşük olan hastaların depresyon puanları anlamlı düzeyde daha yüksek, SBTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım puanları daha düşük ve Boyun Eğici Yaklaşım puanları ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçların, eğitim düzeyi arttıkça birey kendini daha iyi tanıyıp ve etkili baş etme davranışlarının daha fazla kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla bireyler kullanabileceği duygusal, ruhsal, fiziksel ve toplumsal destek kaynaklarını tanıyıp depresyon ve stres gibi etkenlerle daha etkili mücadele edebilmektedir. Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan ve MI geçiren hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha fazla etkisiz ve pasif baş etme yöntemleri kullandıkları bulunurken depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çam ve Nehir, 2011; Kutlu ve ark., 2016; Son ve ark., 2016). Bu çalışmada, hastaların eğitim düzeyine göre RCUÖ toplam uyku kalitesi puanlarının farklılaşmadığı bulunmuş, literatürde MI geçiren ve kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların eğitim düzeyine göre uyku kalitesi puanlarının farklılaşmadığı yer almaktadır (Gökçe ve Mert, 2016; Çevik ve Sarıtaş Çıtlık, 2020). Ancak, Sakman (2019) koroner arter hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların uyku kalitesinin daha kötü olduğunu bulmuştur.

Geliri giderinden az olan hastaların anksiyete puanı geliri giderine eşit olanlara, geliri giderinden az olan hastaların geliri giderine eşit olanlara göre ve geliri giderine eşit olan hastaların ise geliri giderinden fazla olan hastalara göre depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanı geliri giderinden az olan hastaların diğer gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, Boyun Eğici Yaklaşım puanı ise geliri giderine eşit olan hastaların geliri giderinden yüksek olan hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Gelir durumunun az olması kişinin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde kullanacağı bireysel, sosyal ve toplumsal destek kaynakları hakkında bilgi eksikliğinin olmasına, aynı zamanda gelir durumundaki yetersizlik hastaların maddi kaygılar yaşamasına ve hastalığın oluşturduğu fiziksel yetersizliğe bağlı çalışmama durumunun hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin artması yönünde

etkileyebilmektedir. MI geçiren hastaların çoğunluğunun orta yaş erkeklerden oluştuğunu düşünüldüğünde hastaların bakmakla yükümlü aile bireylerinin olması ve hastalık sonrası çalışma yaşamı ile ilgili belirsizlik hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemektedir. Akkaya ve ark. (2018) koroner anjiyografi laboratuvarına sevk edilen hastalarla yaptıkları çalışmada gelir düzeyi düşük olan hastaların anksiyete ve depresyon puanının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aynı zamanda, hastaların kullandıkları baş etme yöntemlerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkisi olmaktadır. Özer Canlı ve ark. (2009) MI geçiren hastalarda yaptıkları çalışmada da yine gelir durumu düşük olan hastaların hastalıkla etkin baş edemediği ve depresyon puanlarının yüksek olduğu bulmuşlardır. Hastaların gelir durumlarına göre, RCUÖ uyku kalitesi toplam puanının farklılaşmadığı bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde, Gökçe ve Mert (2015) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların gelir durumlarına göre uyku kalitelerinin farklılaşmadığını bulmuşlardır. Ancak, Sakman (2019) koroner kalp hastaları ile yaptığı çalışmada, geliri giderine eşit olan hastaların geliri giderinden az olanlara göre uyku kalitesinin daha iyi olduğunu bulmuştur.

Kronik hastalığı olduğunu belirten hastaların depresyon ve SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanları kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık tanısına sahip olmak bireylerin biyopsikososyal olarak etkilenmesine, yaşam kalitesinde azalmaya, kendini suçlama, pişmanlık ve öfke gibi birçok uyum bozucu tepkilere ve uzun dönemli tedaviye bağımlı olma zorunluluğunu getirmektedir. Bu durum, birçok psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Bayrak ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, koroner kalp hastalığının yanında hastaların kronik ek hastalıklarının olmasının hastaların stres düzeyini artırdığını bulmuşlardır. Bu durum şüphesiz hastaların ruhsal durumları üzerinde etkili olmaktadır. Ancak, literatürde MI geçiren ve farklı hastalıklara sahip hastalarla yapılan çalışmalarda başka bir kronik hastalığın varlığına göre hastaların depresyon, anksiyete ve baş etme tarzlarının değişmediğini gösteren çalışma sonuçları yer almaktadır (Deveci ve ark. 2012; Akkaya ve ark., 2018; Funuyet-Salas ve ark. 2021). Bu çalışmada, RCUÖ uyku kalitesi toplam puanının ise kronik hastalığı olmayan bireylerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde çalışma bulgusunu destekler şekilde MI tanılı ya da farklı hastalıklarda ek kronik hastalığa sahip olmanın bireylerin uyku kalitesini kötü etkilediği bulunmuştur (Bahar ve Taşdemir, 2008; Andrechuk ve Ceolim, 2015). Ancak, Gökçe ve Mert (2015), kalp yetmezliği olan hastalarla yaptıkları çalışmada ek kronik hastalığa sahip olma durumuna göre hastaların uyku kalitesinin değişmediğini bulmuşlardır.

Daha öncesinde hastane yatış öyküsü olan hastaların anksiyete ve depresyon puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye tekrarlı yatışların olması

bireyin hastalıkla baş etme motivasyonunun ve umudun azalmasına, hastalığın sürekli tekrarlamasının hastaların işlevselliğinde azalmaya ve uzun süreli tedavi ve bakıma bağımlı olmaya dolayısıyla anksiyete ve depresyon düzeyinde artışa sebep olabilmektedir. Bahar ve Taşdemir (2008) dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatmakta olan hastalarla yaptığı çalışmada daha öncesinde hastaneye yatma deneyimi olan hastaların anksiyete düzeyini daha yüksek bulmuşlardır. SBTÖ alt boyutlarından İyimser Yaklaşım puanlarının ise hastane yatış öyküsü olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. RCUÖ toplam puan ortalamasının hastane yatış öyküsüne göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırma bulgularına paralellik olarak. Karagözlü ve ark. (2007) hastanede yatan yetişkin hastalarla yaptıkları çalışmada daha önce hastaneye yatma deneyiminin uyku kalitesinde değişmeye yol açmadığını bulmuşlardır.

Günlük 6 saatten az uyuyanların hastaların anksiyete puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunurken, uyku süresinin yetersiz olduğunu bildiren hastaların anksiyete ve depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Vücut gereksiniminden az veya fazla uyumak birtakım ruhsal sorunların semptomu olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle ölümcül bir hastalık tanısı almak, korku ve stres, yoğun bakım ortamında bulunmak, yoğun bakım ortamlarında bulunan araç, gereç ve personelin hastaya aşırı duyuşsal uyaran oluşturması ve diğer hastaların tedavi süreçleri hastaların anksiyete düzeyini artırarak uyku kalitelerini ve sürelerini etkileyebilmektedir. Bu semptomlar, özellikle anksiyetenin yüksek olduğu dönemlerde ve depresyon gibi kronik ruhsal bozukluklarda ortaya çıkabilmekte ve hastaların yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. Literatür incelendiğinde hastaların uyku kalitesi ve sürecinde meydana gelen bozulmalar anksiyete ve depresyon düzeyini artırarak yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Karagözoğlu ve ark., 2007; Keskin ve ark., 2011; Emre, 2019). SBTÖ alt boyutlarından İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşım puanlarının 6 saatten az uyuyanların diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım puanı günlük uyku süresini yetersiz olarak bildiren hastalarda daha yüksek olarak bulunurken, günlük uyku süresinin yeterli olduğunu bildiren hastaların İyimser Yaklaşım puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Johanson ve ark. (2007) koroner kalp hastaları ile yaptıkları çalışmada uykularının yeterli olduğunu ve dinlendiklerini bildiren hastaların günlük ve çalışma yaşamında, aile ve sosyal ilişkilerinde karşılaştıkları sorunları daha iyi yönettiklerini belirtmişlerdir. Literatürde farklı örneklem grupları ile yapılan araştırmalarda bireylerin uyku kalitesinde meydana gelen sorunların stresle baş etme becerileri üzerinde olumsuz etkileri olduğu ve uyku kalitesi bozuldukça daha fazla stres yaşadıkları ve baş etme becerilerinin yetersiz kaldığı bulunmuştur (Pınar ve ark., 2014; Güneşer ve Atalay, 2020). Günlük yaşamda 6 saatten az uyuyanların diğer gruplara göre RCUÖ toplam

puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunurken, günlük uyku süresini yeterli olarak bildiren hastaların ise RCUÖ toplam puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Günlük yaşamda var olan uyku sorunları hayatı tehdit eden bir hastalık varlığında ve çevresel birçok stresör içeren hastane ortamında sıklıkla ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, günlük yaşamda var olan sorununun zorlayıcı ve stres dolu bir ortamda daha da yaygın hale gelmesi kaçınılmazdır. Literatürde, kalp hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların yarıya yakınında uyku kalitesinin oldukça kötü olduğu yer almaktadır (Matsuda ve ark., 2017; Cheng ve ark., 2021). SBTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım. İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama ile HADÖ alt boyutlarından Anksiyete ve Depresyon arasında ise negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Olumlu baş etme tarzlarının kullanımı arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin azaldığı görülürken, olumsuz baş etme tarzlarının kullanımı arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı görülmektedir. Literatürde hem kalp hastaları hem de farklı örneklem grupları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde stres düzeylerini yüksek olan ve etkili baş etme becerilerine sahip olmayan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerini yüksek bulunmuştur (Erşan ve ark., 2013; Dağlar ve Nur, 2014). RCUÖ uyku kalitesi ile anksiyete, depresyon ve SBTÖ alt boyutlarından Çaresiz Suçlayıcı Yaklaşım ile arasında negatif yönde ilişki olduğu bulunurken, İyimser Yaklaşım ve Kendine Güvenli Yaklaşım ile aralarında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete, depresyon ve etkisiz baş etme becerileri yüksek olan hastaların uykuya dalma, sürdürme, uyku-uyanıklık döngüsü ve uyku kalitesinde çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Literatürde MI geçiren hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde uyku sorunu yaşayan hastaların anksiyete, depresyon ve stres düzeyi yüksek bulunmuştur (Johanson ve ark. 2010; Pınar ve ark., 2014; Güneşer ve Atalay, 2020).

### 5. Sonuç

Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda MI bağlı olarak koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon puanları sınırda ve uyku kaliteleri de kötü bulunmuştur. Hastaların kullandıkları baş etme yöntemleri ile hastaların ruhsal durumları ve uyku kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Elde edilen bu bulgu, koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yaşayabileceği ruhsal ve psikososyal sorunların önlenmesinde ve uyku kalitelerinin artırılmasında hastalara yönelik uygulanması gereken psikososyal terapötik müdahalelerin önemi ortaya koymaktadır. Hastalara uygulanacak psikososyal terapötik müdahaleler ile hastalara etkili baş etme becerilerinin kazandırılması yaşanabilecek fiziksel, ruhsal, sosyal ve diğer psikososyal sorunların önlenmesi adına önemlidir.

## Sınırlılıklar

Bu araştırmanın, çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk sınırlılık olarak, araştırma, sadece bir hastanenin koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarla gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle gelecek çalışmaların farklı örneklem grupları ile yapılması önerilmektedir. İkinci olarak, araştırma örneklemine, MI sonrası ilk birkaç gün yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar dahil olmuştur ve hastaların anksiyete, depresyon, baş etme stilleri ve uyku kalitesi hastalığın akut döneminde değerlendirilmiştir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda MI sonrası uzun dönemli hastaların ruhsal durumlarının ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Son sınırlılık ise, araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı boyutta gerçekleşmiş ve kullanılan ölçeklere katılımcıların verdikleri yanıtlar esas alınmıştır. Gelecek çalışmalarda, hastaların anksiyete, depresyon, stres ve uyku problemlerini azaltmaya yönelik psikoeğitim ve girişimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## Katkı Oranı Beyanı

Konsept: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Tasarım: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Denetim: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Veri toplama ve/veya işleme: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Veri analizi ve/veya yorumlama: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Kaynak taraması: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Yazma: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Eleştirel inceleme: E.D. (%50) ve Y.K. (%50), Gönderim ve revizyon: E.D. (%50) ve Y.K. (%50). Tüm yazarlar makalenin son halini incelemiş ve onaylamıştır.

## Çatışma Beyanı

Yazarlar bu çalışmada hiçbir çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmektedirler.

## Etik Onay/Hasta Onamı

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu, Okan Üniversitesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş 23.12.2020 tarihinde ve 130 sayısı ile onaylanmıştır. Ardından, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanma sürecinde de katılımcıların gönüllülük esası aranmıştır, her bir katılımcıdan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

## Finansal Destek

Yazarlar, bu çalışma için herhangi bir kurum ve kuruluştan finansal destek almamışlardır.

## Bilgilendirme ve Teşekkür

Bu çalışma birinci yazarın yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

## Kaynaklar

Akkaya S, Polat C, Ede H, Öztürk Ö. 2018. Koroner anjiyografi laboratuvarına sevki yapılan hastalarda; depresyon, anksiyete ve koroner arter hastalığı ciddiyeti ilişkisi. *Bozok Tıp Derg*, 8(3): 40-45. DOI: 10.1619/bozoktip.407413.  
Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D.

Kılar S, Yüce R, İbik Y, Uğuz E, Demirtaş A. 2015. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniv Sağlık Bil Derg*, 8(2): 60-70.  
Aktaş Yaman Y, Karabulut N, Yılmaz D, Özkan AS. 2015. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler. *Kafkas J Med Sci*, 5(3): 81-86. DOI: 10.5505/kjms.2015.29591.  
Allabadi H, Alkaiyat A, Alkhayyat A, Hammoudi A, Odeh H, Shtayah J, Taha M, Schindler C, Zemp E, Haj-Yahia S, Probst-Hensch N. 2019. Depression and anxiety symptoms in cardiac patients: A cross-sectional hospital-based study in a Palestinian population. *BMC Pub Health*, 19(1): 232. DOI: 10.1186/s12889-019-6561-3.  
Andrechuk CRS, Ceolim, MF. 2015. Sleep quality in patients with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm*, 24(4): 1104-1111. DOI: 10.1590/0104-070201500002970014.  
Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. 1997. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 8(4): 280-287.  
Aydemir Y, Doğru Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu Ölmez E, Gündüz H. 2015. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Med J*, 5(4): 199-203. DOI: 10.5505/sakaryamedj.2015.24392.  
Bahar A, Taşdemir HS. 2008. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniv Hemş YO Derg*, 11(2): 9-17.  
Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, Candar B, Keleş S, Karagöz B, Akpınar G. 2019. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23): 129-137. DOI: 10.5543/khd.2019.09719.  
Burford NG, Webster NA, Cruz-Topete D. 2017. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis modulation of glucocorticoids in the cardiovascular system. *Int J Mol Sci*, 18(10): 2150. DOI: 10.3390/ijms18102150.  
Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. 2011. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Derg*, 18(3): 147-154.  
Cheng M, Lei X, Zhu C, Hou Y, Lu M, Wang X, Wu Q. 2021. The association between poor sleep quality and anxiety and depression symptoms in Chinese patients with coronary heart disease. *Psychol Health Med*, 28: 1-10. DOI: 10.1080/13548506.2021.1874440.  
Çam O, Nehir S. 2011. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniv Hemş YO Derg*, 27(2): 47-59.  
Çevik S, Sarıtaş Çitlik S. 2020. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda sağlık anksiyetesinin uyku kalitesine etkisi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24): 16-22. DOI: 10.5543/khd.2020.38257.  
Dağlar G, Nur N. 2014. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg*, 36: 429-441. DOI: 10.7197/cmj.v36i4.5000076793.  
Deveci E, Ozan E, Güleç M, Kırpınar İ. 2012. İlk akut miyokard infarktüsü sonrası erken dönemde depresyon. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 13: 179-183.  
Dias DDS, Resende MV, Diniz GDCLM. 2015. Patient stress in intensive care: Comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. *Rev Bras Ter Intensiva*, 27(1): 18-25. DOI: 10.5935/0103-507X.20150005.  
Durusoy E, Yıldırım T, Altun A. 2010. Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg*, 27(1): 13-18.  
Emre N. 2019. Diyabetik hastalarda uyku kalitesi ile anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi. *Turkish J Clinics*

- Lab, 10: 283-288. DOI: 10.18663/tjcl.563733.
- Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. 2013. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klin Psikiyatri*, 16: 214-224.
- Fırat Akçay F, Dereli Ö. 2016. Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *J Cardiovascular Nurs*, 7(14): 153-161. DOI: 10.5543/khd.2016.72792.
- Folkman S, Lazarus RS. 1980. An analysis of coping in a middle aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21(3): 219-239. DOI: 10.2307/2136617.
- Funuyet-Salas J, Pérez-San-Gregorio MÁ, Martín-Rodríguez A, Romero-Gómez M. 2021. Quality of life and coping in nonalcoholic fatty liver disease: Influence of diabetes and obesity. *Int J Environ Res Pub Health*, 18(7): 3503. DOI: 10.3390/ijerph18073503.
- Gökçe S, Mert H. 2015. Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemş Eğitim Araş Derg*, 12(2): 113-120.
- Güneşer R, Atalay E. 2020. Ambulans servisi çalışanlarının uyku kalitesi, iş stresi ve beslenme davranışlarının değerlendirilmesi. *Hastane Öncesi Derg*, 5(2): 143-156.
- Johansson A, Windahl M, Svanborg E, Fredrichsen M, Swahn E, Uhlin PY, Edéll-Gustafsson U. 2007. Perceptions of how sleep is influenced by rest, activity and health in patients with coronary heart disease: A phenomenographical study. *Scandinavian J Caring Sci*, 21(4): 467-475. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00496.x.
- Johansson I, Karlson BW, Grankvist G, Brink E. 2010. Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 9(3): 175-180. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2009.12.003.
- Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. 2007. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Derg*, 8(4): 234-240.
- Keskin G, Babacan Gümüş A, Engin E. 2011. Epilepsi hastalarının aleksitimi, uyku kalitesi ve ruhsal belirtiler yönünden incelenmesi. *Anatolian J Psychiatry*, 12: 114-120.
- Köklü M. 2019. Uyku kalitesi ve anksiyete düzeyinin kan basıncı değişikliği ve kalp hızı değişikliği üzerine etkisi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye, pp: 29-45.
- Kutlu R, Işıklar Özberk D, Gök H, Demirbaş N. 2016. Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg*, 24(4): 672-679. DOI: 10.5606/tgkdc.dergisi.2016.13227.
- Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. 2019. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol*, 234(10): 16812-16823. DOI: 10.1002/jcp.28350.
- Matsuda R, Kohno T, Kohsaka S, Fukuoka R, Maekawa Y, Sano M, Takatsuki S, Fukuda K. 2017. The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *Int J Cardiol*, 228: 977-982. DOI: 10.1016/j.ijcard.2016.11.091.
- Önder H. 2018. Nonparametric statistical methods used in biological experiments. *BSJ Eng Sci*, 1(1): 1-6.
- Özer Canlı Z, Şenuzun F, Tokem Y. 2009. Miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 37(8): 557-562.
- Özlü ZK, Özer N. 2015. Richard-Campbell uyku ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Uyku Tıbbi Derg*, 2: 29-32. DOI: 10.4274/jtsm.02.008
- Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. 2014. Gebelerde uyku kalitesi ve algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Hemş Fak Derg*, 7(3): 171-177.
- Richards K. 1987. Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus Crit Care*, 14(4): 34-40.
- Sakman Z. 2019. Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Türkiye, pp: 20-24.
- Selye H. 1952. The Story of the Adaptation Syndrome. ACTA. Inc Medical Publisher, Montreal, Canada, pp: 225.
- Son H, Friedmann E, Thomas SA, Son YJ. 2016. Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. *Int J Nurs Pract*, 22(5): 493-502. DOI: 10.1111/ijn.12465.
- Şahin NH, Durak A. 1995. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Derg*, 10(34): 56-73.
- Tenekeci EG, Kara B. 2016. Miyokart infarktüsü geçiren bireylerde uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Derg*, 58: 366-372. DOI:10.5455/gulhane.210780.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD. 2018. Fourth universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, 72(18): 2231-2264. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.08.1038.
- Trinder J, Waloszek J, Woods MJ, Jordan AS. 2012. Sleep and cardiovascular regulation. *Pflugers Arch*, 463(1): 161-168. DOI: 10.1007/s00424-011-1041-3.
- TÜİK. 2018. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> (erişim tarihi: 23 Şubat 2021).
- WHO. 2020. World Health Organization. The top 10 causes of death. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (erişim tarihi: 23 Şubat 2021).
- Yalçınkaya S. 2006. ST yükselmesiz miyokard infarktüsünde risk belirlemesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 6(1): 2-7.
- Yıldırım Kocaman N, Öztürk S. 2016. Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemş Derg*, 7(2): 60-68.
- Zigmond AS, Snaith PR. 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6): 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.