

## Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlilik ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi\*

Büşra ERBAKAN\*\*, Neşe UYSAL\*\*\*

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı miyokard infarktüsü geçiren bireylerde yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeylerinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülen araştırmanın örneklemini son 1 yıl içinde miyokard infarktüsü geçiren, araştırmanın yürütüldüğü 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-Yeterlilik Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $60,52 \pm 10,05$  yıl olduğu, %75,9'unun miyokard infarktüsü sonrası ağrı ve yorgunluk gibi semptomlar yaşadığı belirtilmiştir. Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeylerinin miyokard infarktüsü sonrası cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşa ve ek kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada, yaşam kalitesi puanlarının algılanan stres ve genel öz yeterlilik düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının bireylerin fiziksel ve psikososyal iyiliğine bütünsel yaklaşıma vurgu yapmak, bakımın sürekliliğini sağlamak açısından yarar sağlayacağı düşünülmekte olup, yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Miyokard infarktüsü, yaşam kalitesi, öz yeterlilik, algılanan stres.

### Quality of Life, Self-efficacy and Stress Levels in Individuals with Myocardial Infarctus

#### Abstract

**Aim:** The study was aimed to determine the quality of life, self-efficacy and stress levels in individuals with myocardial infarction.

**Method:** The descriptive and cross-sectional study consisted of 224 individuals who had a myocardial infarction in the last 1 year, applied to the cardiology outpatient clinic of the training and research hospital where the study was conducted, 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.

**Results:** The mean age of the individuals participating in the study was  $60.52 \pm 10.05$ , and 75.9% of them experienced symptoms such as pain and fatigue after myocardial infarction. A high level of positive

#### Özgün Araştırma Makalesi (Original Research Article)

**Geliş / Received:** 06.05.2023 & **Kabul / Accepted:** 11.11.2024

**DOI:** <https://doi.org/10.38079/igusabder.1293541>

\* Bu çalışma, Büşra ERBAKAN'ın Doç. Dr. Neşe UYSAL danışmanlığında Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programında 2022 yılında kabul edilen "Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeylerinin belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasından türetilmiştir.

\*\* Uz. Hm., Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Merkez, Amasya, Türkiye.

E-posta: [busracelikerbakan@gmail.com](mailto:busracelikerbakan@gmail.com) [ORCID https://orcid.org/0000-0001-9494-7331](https://orcid.org/0000-0001-9494-7331)

\*\*\* Doç. Dr., Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Merkez, Amasya, Türkiye. E-posta: [nese.uysal@amasya.edu.tr](mailto:nese.uysal@amasya.edu.tr) [ORCID https://orcid.org/0000-0002-9697-8227](https://orcid.org/0000-0002-9697-8227)

**ETİK BİLDİRİM:** Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih:21.05.2021 Karar no:16474). Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni alınmıştır (Tarih:30.03.2021 Karar no:62949364/929).

correlation was found between the Heart Quality of Life Scale and General Self-Efficacy Scale scores. A moderate, negative correlation was found between the Heart Quality of Life Scale and Perceived Stress Scale scores ( $p < 0.05$ ). It was determined that quality of life, self-efficacy, and perceived stress levels differed significantly according to gender, education status, employment status, income status, age, and presence of additional chronic disease ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In this study, it was determined that quality of life scores were related to general self-efficacy levels and perceived stress. It is thought that the results of the research will be beneficial in terms of emphasizing a holistic approach to the physical and psychosocial well-being of individuals and ensuring the continuity of care, and interventional studies to increase the quality of life are recommended.

**Keywords:** Myocardial infarction, self-efficiency, perceived stress, quality of life.

## Giriş

Dünyada ve ülkemizde en sık görülen kronik hastalıkların başında koroner arter hastalıkları (KAH) gelmektedir. Türkiye’de 35 yaş ve üzerindeki 1000 yetişkinden 105’inin KAH’ı olduğu bildirilmiştir<sup>1</sup>. Bununla birlikte tüm ölümlerin önemli bir bölümünün KAH nedeniyle geliştiği bilinmektedir<sup>2</sup>. Ülkemizde KAH’ın en sık görülen alt formu miyokard infarktüsü (Mİ)’dür. Mİ sırasında gelişen doku nekrozu ve iskemi nedeniyle doku perfüzyonu bozulmakta ve buna bağlı olarak fizyolojik sistemler negatif etkilenmektedir<sup>3,4</sup>. Miyokard kan akışının azalması sebebiyle bireylerde dispne, yorgunluk, ödem, uyku güçlüğü, solunum güçlüğü ve göğüs ağrısı gibi semptomlar görülmektedir<sup>4</sup>. Bu semptomlar bireylerde kaygıya ve reinfarktüs yaşama korkusuna neden olmakta ve anksiyete ve depresyona eğilimi arttırmaktadır<sup>3,5</sup>. Ayrıca bu sorunlar bireylerde yürüme, doğrulma, eğilme ve koşma gibi aktivitelerde zorlanmaya neden olarak fiziksel kısıtlılığa yol açmaktadır. Dolayısıyla bu bireyler, günlük yaşam aktivitelerini karşılamada zorlanmakta ve başka bir bireye bağımlı hale gelmektedir<sup>6</sup>. Mİ üretken yaş grubunda görülmesi nedeniyle iş kayıplarına, erken emekliliğe, düşük iş performansına ve sosyal yaşamdan uzaklaşmaya neden olarak bireylerin yaşamdan aldıkları doyumunu düşürmektedir<sup>7-9</sup>. Mİ geçirmenin bireyler üzerindeki diğer önemli etkisi, psikolojik yaşam alanlarında ortaya çıkmaktadır. Mİ sonrası yaşanan sorunlar bireylerin yoğun stres yaşamalarına neden olmaktadır. Literatürde akut bir kardiyak olaydan sonra bireylerde stres, anksiyete ve depresyon oranlarının anlamlı şekilde arttığı, ilk 12 ayda anksiyete ve depresyondan etkilenen hastaların oranının %15-43’e yükseldiği bildirilmiştir<sup>10,11</sup>.

Mİ sonrası yaşanan fiziksel ve psikososyal değişimler kötü prognostik faktörlerdir. İyi yaşam kalitesi ve stres kontrolü ise sağlığın sürdürülebilirliğini arttıran koruyucu bir faktör olarak tanımlanmaktadır<sup>11,12</sup>. Mİ geçirmenin yaşam kalitesi üzerinde önemli ve olumsuz bir etkisi olduğu çalışmalarda belirtilmiş olup, yaşam kalitesi düzeylerini arttırmaya yönelik girişimler sağlık ekibi üyelerinin en önemli hedeflerinden biridir<sup>13,14</sup>. Bununla birlikte KAH sonrası bireylerin iyileşmesi karmaşık ve komplike bir süreçtir. İyileşmeyi kolaylaştıran temel faktörler ise bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin artırılması ile yakından ilişkilidir<sup>15</sup>. Öz yeterlilik bireylerin yaşanan olumsuz durumların üstesinden gelebilmelerine karşı olan inançları olarak tanımlanmaktadır<sup>13</sup>. Öz yeterlilik, Mİ sonrasındaki sürecin yönetilmesi konusunda etkin bir güdüleyici olarak gösterilmektedir. Öz yeterliliği yüksek olan bireylerin yeni yaşam tarzını kabullenme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme ve ilaç rejimine uyum sağlanma gibi

durumlara daha kolay adapte olduğu çalışmalarda belirtilmiştir<sup>13,15</sup>. Bu nedenle Mİ geçiren bireylerin iyileşme süreçlerinin kolaylaştırılmasında tıbbi tedaviyle birlikte öz yeterliliği artırıcı programların uygulanması ve hastanın tedavi sürecinde merkezi bir rol üstlenmesi sağlanmalıdır<sup>16</sup>. 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<sup>16</sup>. Bu nedenle öz yeterliliğin artırılmasıyla ilgili stratejilerin kronik hastalık yönetiminde, özellikle yaşam tarzı değişikliği gerektiren KAH'ın yönetiminde anahtar role sahip olduğu son yıllarda önemle vurgulanmaktadır<sup>13,17,18</sup>.

Mİ sonrası çoğu etkili önlem, müdahale ve rehabilitasyon programlarına rağmen, yaşanan sorunlar bireyler üzerinde önemli yük oluşturmaya devam etmektedir<sup>12</sup>. 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<sup>4,6,10,12</sup>. Bu doğrultuda bu çalışmada, Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve stres düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi 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?

## ***Gereç ve Yöntem***

### ***Araştırma Tipi***

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yürütülmüştür.

### ***Araştırma Evreni ve Örneklemi***

Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü hastanenin kardiyoloji polikliniklerine ve kliniklerine başvuran Mİ geçirmiş bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması için G Power güç analizi 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ana çıktılarında bir olan genel öz yeterlilik puanlarının iki grup arasındaki farkları göz önünde bulundurularak yapılan hesaplamaya göre %80 güç ve %95 güven aralığında 0,50 etki düzeyinde araştırmaya 224 birey alınması gerektiği belirlenmiştir<sup>19</sup>.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş üzerinde olmak
- Son 1 yılda ilk kez Mİ geçirmiş olmak
- Türkçe biliyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Araştırmadan dışlanma kriterleri

- 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

### **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.

**Kişisel Bilgi Formu:** Formda, bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin 14 soru (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, mesleği, çocuk varlığı ve sayısı, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, ek kronik hastalık varlığı, Mİ sonrası uygulanan tedavi seçeneği, Mİ sonrası yaşanan belirtiler, ne kadar süre önce Mİ geçirdiği) yer almaktadır<sup>10,12,20</sup>.

**Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ):** KAH'ı olan bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan 14 soruluk bir ölçektir. Ölçekte her madde bireyler tarafından 0-3 arasında puanlanmakta; 3 'Hiç rahatsızlık yok' olarak, 0 'Çok rahatsızlık var' olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin 4 sorusu duygusal alt boyutu, 10 sorusu fiziksel alt boyutu oluşturmaktadır. Ölçek sonuçları değerlendirilirken yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar disfonksiyon varlığını ve yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. KYKÖ toplam puanları 0-42 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinali Oldridge ve ark (2014) tarafından geliştirilmiş olup, KYKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Duğan ve Bektaş tarafından yapılmış ve cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur<sup>20</sup>.

**Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ):** Ölçek, 10 maddeden oluşan bir ölçek olup, bireylerin yeni ve zor görevlerle başa çıkma yeterliliğine inancını ölçmektedir. Dörtlü likert tipte olan 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 ters puanlanan bir madde bulunmamakta ve ölçekten 10 ile 40 arasında puan alınmaktadır. Orijinal ölçek, Jerusalem ve Shwarzer (1981) tarafından geliştirilmiş olup, GÖYÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aypay tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır<sup>21</sup>.

**Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ):** Ölçek, 5'li likert tipinde, sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç maddesi (4., 5., 6., maddeler) ters ifadelidir. Ölçeğin 1., 2., 3., 7., 8. maddeleri algılanan stres alt boyutunu, 4., 5., 6. maddeleri ise algılanan baş etme alt boyutunu temsil etmekte olup, 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. Orijinal ölçek, Cohen ve ark (1983) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Bilge, Ögce, Genç ve Oran (2009) tarafından yapılmış ve cronbach alfa değeri 0,81 bulunmuştur<sup>22</sup>.

### **Verilerin Toplanması**

Bu araştırma, Temmuz 2021 ve Ocak 2022 tarihleri arasında Amasya'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniklerinde ve kliniklerinde yürütülmüştür.

Veriler 15-20 dakikalık süre içerisinde araştırmacı tarafından yüz yüze 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.

### **Etik**

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih: 21.05.2021 Karar no: 16474). Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni alınmıştır (Tarih:30.03.2021, Karar no: 62949364/929). Katılımcılara açıklama yapıldıktan sonra çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### **Verilerin Analizi**

Araştırma verilerinin analizi SPSS Versiyon 26 programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerde normal dağılım sağlamadığı için bağımsız ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, bağımsız çoklu grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde sperman korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi <0,05 olarak kabul edilmiştir.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan 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 ocuk sahibi olduğu saptanmıştır. MI geçiren bireylerin %66,1'inin kronik hastalığı olduğu, %69,6'sının Mİ sonrası geçen sürenin 1 ay olduğu belirlenmiştir.

Geçirilen Mİ sonrası bireylerin %75,9'unun 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 1).

**Tablo 1.** Miyokard infarktüsü sonrası yaşanan semptomların dağılımı (n=170)

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

\*Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

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 2).

**Tablo 2.** KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puan Ortalamaları (n=224)

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

SS: Standart sapma

Çalışma KYKÖ toplam puanları ile GÖYÖ puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu; KYKÖ toplam puanları ile ASÖ 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, algılanan stres alt boyutu puanları ile negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ile GÖYÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 3).

Fiziksel yaşam kalitesi alt boyutu ile ASÖ alt boyutları ve toplam puanları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). GÖYÖ puanları ile ASÖ puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3.** KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler		Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Algılanan Stres Alt Boyutu	Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	ASÖ Toplam
KYKÖ Toplam	r	0,714	0,258	-0,635	-0,530
	p*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Duygusal Yaşam Kalitesi	r	0,584	-0,268	-0,578	-0,433
	p*	<0,001*	0,014	<0,001*	<0,001*
Fiziksel Yaşam Kalitesi	r	0,680	-0,251	-0,576	-0,493
	p*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	r	1,000	-0,410	-0,630	-0,627
	p*		<0,001*	<0,001*	<0,001*

\*Spearman korelasyon katsayısı

Yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeylerinin cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşa ve ek kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Duygusal yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları ile Mİ sonrası geçen süre arasında anlamlı farklılık olduğu, Mİ'den 1 ay sonrasında bireylerin duygusal yaşam kalitesi puanlarının, 2-6 ay sonrasına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).



Tabloda belirtilmemekle birlikte KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ puanları ile çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Yaş ile KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ korelasyon analizi sonuçlarına göre ise yaş ile yaşam kalitesi ve öz yeterlilik puanlarının negatif yönde, stres puanlarının pozitif yönde anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.** KYKÖ, GÖYÖ ve ASÖ Puanları ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki İlişki

Tanıtıcı Özellikler (n:224)	Fiziksel YK Alt Boyutu	Duygusal YK Alt Boyutu	KYKÖ Toplam	GÖYÖ	Algılanan Stres Alt Boyutu	Algılanan Baş Etme Alt Boyutu	ASÖ Toplam
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	2,3 (1- 3)	2,25 (1,25- 3)	2,28 (1,07- 3)	32 (21- 38)	11 (8- 16)	5 (2- 8)	16 (11- 23)
Erkek	2,8 (1- 3,1)	2,5 (1- 3)	2,71 (1,14- 3)	33 (22- 78)	11 (6- 16)	4 (1- 8)	15 (7- 23)
p*	0,010	0,001	0,002	0,010	0,830	<0,001	0,080
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	2,9 (1,1- 3)	2,5 (1,25- 3)	2,7 (1,14- 3)	35 (24- 78)	10 (6- 14)	4 (1- 7)	14 (8-19)
Çalışmıyor	2,5 (1- 3,10)	2,5 (1- 3)	2,4 (1,07- 3)	32 (21- 63)	11 (6- 16)	5 (1- 8)	16 (7- 23)
p*	<0,001	0,209	0,002	<0,001	0,030	<0,001	<0,001
<b>Eğitim durumu</b>							
Okuryazar değil	2,1 (1,2- 2,50)	2,2 (1,5- 2,7)	2,2 (1,5- 2,36)	30 (21- 36)	12 (8- 16)	5 (4- 7)	19 (14- 23)
İlköğretim	2,2 (1- 3)	2,25 (1- 3)	2,28 (1,0- 3)	31 (21- 60)	11 (6- 16)	5 (1- 8)	17 (7- 23)
Lise	2,9 (1,1- 3,1)	2,5 (1,25- 3)	2,85 (1,14- 3)	34 (22- 78)	10 (6- 16)	4 (1- 8)	15 (8- 23)
Lisans ve üzeri	2,9 (1,70- 3)	2,5 (2 - 3)	2,78 (1,79- 3)	36 (28- 65)	11 (7- 13)	4 (1- 7)	15 (10- 18)
p**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Kronik hastalık</b>							
Var	2,5 (1- 3)	2,5 (1- 3)	2,5 (1,07- 3)	32 (21- 63)	11 (6- 16)	5 (1- 8)	16 (7- 23)
Yok	2,9 (1- 3,1)	2,6 (1,25- 3)	2,8 (1,14- 3)	35 (22- 78)	11 (7- 15)	4 (1- 7)	15 (10- 21)
p*	0,009	0,065	0,007	<0,001	0,260	0,010	0,020
<b>Ekonomik durum</b>							
Gelir giderden az	2,5 (1- 3,10)	2,5 (1- 3)	2,5 (1,07- 3)	32 (21- 63)	11 (6- 16)	5 (1- 8)	16 (7- 23)
Gelir gidere denk	2,9 (1,10- 3)	2,7 (1,25- 3)	2,8 (1,14- 3)	34,5 (22- 78)	11 (7- 14)	4 (1- 7)	14,5 (10- 19)
p*	0,005	0,020	0,003	<0,001	0,300	<0,001	0,010
<b>Tanı süresi</b>							
1 ay	2,6(1- 3,1)	2,5(1- 3)	2,6(1,07- 3)	33(21 – 78)	11(6-16)	5 (1-8)	15 (7- 23)
2- 6 ay	2,8 (1,6 -3)	2,6 (1,5 - 3)	2,8 (1,57 -3)	33,5(24 – 60)	11(8-16)	4(1-7)	15 (10 -22)
7- 12 ay	2,9 (1,2 -3)	2,5 (1,25 -3)	2,9 (1,5 - 3)	34(21 – 63)	10,5 (8-16)	4 (1-7)	15,5 (10 -23)
p**	0,166	0,024	0,076	0,370	0,780	0,340	0,730

\*Mann Whitney U Testi

\*\*Kruskal Wallis Testi

## Tartışma

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin fiziksel, emosyonel ve sosyal alanlarda yaşanan problemlerden dolayı yaşam kaliteleri düşmektedir<sup>8</sup>. Bu çalışmada da Mİ sonrası bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi, kişisel inançlar, sosyal ilişkiler, hastalığa bağlı faktörlerden etkilenen, geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu çalışmada, Mİ geçiren kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Akut koroner sendromlu (AKS) bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>14</sup>. 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<sup>14</sup>. Bu çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Progodpol ve arkadaşlarının KAH tanısı alan bireylerle yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi

artıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir<sup>23</sup>. Koroner Arter Hastalığı tanısı olan bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, erkeklerin yaşam kalitesi düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>24</sup>. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin daha iyi sosyal olanaklara sahip olunması ve bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürme davranışlarının artması yaşam kalitesini olumlu etkilemiş olabilir.

Geçirilen Mİ sonrası yaşanan sorunlar çalışma hayatını olumsuz etkilemekte ve bireylerin ekonomik yüklerini artırmaktadır<sup>7</sup>. Olgun ve arkadaşlarının MI hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde, gelir düzeyi düşük olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır<sup>25</sup>. Gelir durumu düşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerine ayracağı bütçenin daha düşük olması, Mİ sonrası yaşanan kısıtlılıklar nedeniyle oluşan ekonomik yükü daha fazla hissetmeleri bu durumun nedeni olabilir.

Kardiyovasküler sistem hastalıklarına (KVH) bağlı risk faktörleri yaşla birlikte artmakta, aynı zamanda yaş faktörü arttıkça, yaşam kalitesi düzeyleri de olumsuz etkilenmektedir<sup>25</sup>. Bu çalışmada, yaş faktörü arttıkça bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Fırat ve Dedeli'nin (2016) yaptığı çalışmada, MI geçiren bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ile yaşları arasında ters yönlü ilişki olduğu belirtilmiştir<sup>26</sup>. Yaşla birlikte 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 uyumunu güçleştirmekle birlikte yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir<sup>27</sup>. Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel 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<sup>28</sup>. Kronik hastalığı olan bireyler kronik hastalığa bağlı gelişen semptomlar ve komplikasyonlar nedeniyle Mİ sonrası hastalık yükünü daha fazla hissetmiş olabilir.

Tanı süresinin Mİ geçiren bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini nasıl etkilediğine yönelik farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır<sup>14</sup>. Bu çalışmada, tanı süresi 1 ay olan bireylerin duygusal yaşam kalitesi puanlarının, 2-6 ay arasında olan bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Dural ve Sarıtaş'ın çalışmasında, tanı sonrası 6 ay aralığında bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin, 7-12 ay aralığında olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>14</sup>. Mİ geçirdikten sonraki erken dönemde, bireylerin hayat boyu sürecek olan ilaç tedavisi ve yaşam tarzını benimseme konusunda zorluklar yaşamaları ve MI geçirmenin duygusal yükünün henüz yeni olması duygusal yaşam kalitelerinin olumsuz etkilemiş olabilir.

Kardiyak hastalığa sahip bireylerin hastalıkla baş etmesinde ve hastalık sonrası dönemde iyileşme sürecinde öz yeterlilik düzeylerinin önemli bir etkisi bulunmaktadır<sup>13</sup>. Çalışmada, Mİ geçiren bireylerin öz yeterlilik puanlarının literatürde yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre düşük olduğu görülmektedir. Öz yeterlilik seviyesinin sosyodemografik ve kişisel özellikler gibi birçok faktöre göre değiştiği, bu konuda sosyodemografik faktörlerin ve hastalıkla ilgili değişkenlerin belirleyici olduğu düşünülmektedir<sup>29</sup>.



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<sup>30</sup>. Bu çalışmada, Mİ geçirmiş kadınların öz yeterlilik düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Brink ve arkadaşlarının Mİ geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada, kadınların öz yeterlilik düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir<sup>18</sup>. Kadınların fiziksel ve psikosoyal yaşam alanlarının MI sürecinden daha olumsuz etkilendiği ve bu durumun öz yeterliliği de olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin öz yeterlilik inançları eğitim düzeylerinden etkilenmektedir<sup>13</sup>. Çalışmada, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça öz yeterlilik seviyelerinin de arttığı belirlenmiştir. Barham ve ark KAH olan bireylerle yaptığı çalışmada, bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir<sup>13</sup>. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça bilgiye daha kolay ulaşma, Mİ sonrası süreçle baş etme kapasitelerinin artması bu durumun nedeni olabilir.

Bu çalışmada gelir düzeyi yüksek olan bireylerde öz yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Liu ve arkadaşlarının Mİ geçiren bireyler üzerinde yaptıkları çalışma, bu çalışmanın sonucu ile benzerlik göstermekte olup, bireylerin gelir düzeyi arttıkça öz yeterlilik seviyelerinin de arttığı belirlenmiştir<sup>31</sup>. 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 etkilemiş olabilir.

Yaş faktörünün artmasıyla bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı bilinmektedir<sup>32</sup>. Shrestha ve arkadaşlarının KAH tanısı olan bireylerle yaptıkları çalışma, çalışmamızla benzer sonuç göstermiş olup, yaş faktörü ile bireylerin öz yeterlilik düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır<sup>29</sup>. İlerleyen yaşla birlikte bireylerde kronik hastalıkların ortaya çıkması, fiziksel kısıtlılık yaşanması ve yaşlı bireylerin bu süreçle baş etme konusunda zorlanmaları öz yeterlilik düzeylerini negatif etkilemiş olabilir. Bu çalışmada, Mİ geçiren bireylerden kronik hastalığa sahip olanların öz yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıkların bazı kalıcı yetersizliklere yol açması, uzun süreli bakım süreci gerektirmesi ve bireylerin baş etme gücünü zorlaması nedeniyle ek kronik hastalıklar bireylerin öz yeterlilik düzeylerini azalmış olabilir.

Kardiyovasküler hastalıklarda stres, değiştirilebilir risk faktörleri arasında önemli bir yere sahip olup, aynı zamanda Mİ sonrası iyilik halini de olumsuz etkilemektedir<sup>33</sup>. Bu çalışmada da Mİ sonrası bireylerin algıladıkları stresin normal düzeyde olduğu saptanmıştır. Geçirilen Mİ sonrası stres düzeylerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kadınlar stresin olumsuz etkilerine karşı daha fazla duyarlılık göstermekte ve stresten daha olumsuz etkilenmektedir<sup>34</sup>. Bu çalışmada da, kadınların algılanan baş etme düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde algılanan stres düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bayrak<sup>35</sup> ve arkadaşlarının AKS geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada, eğitim seviyesi ile algılanan stres arasında negatif yönde, anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. 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.

Bu çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan bireylerde stres düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bayrak ve arkadaşlarının Mİ geçiren bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızla benzerlik göstererek, yüksek gelirli bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir<sup>35</sup>. Düşük gelir düzeyli bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bireysel ihtiyaçların karşılanması sürecinde zorlanmaları ve hastalığın getirdiği ekonomik yük nedeniyle stres seviyeleri artırmış olabilir.

Bu çalışmada yaş arttıkça algılanan stres düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, orta yaşlı hastalarda, Mİ sonrası yüksek stres seviyelerinin görüldüğü ve bunun daha kötü iyileşme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir<sup>33</sup>. Yaşla 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.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bayrak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonucu da benzer özellikte olup, kronik hastalık varlığı ile algılanan stres arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır<sup>35</sup>. Xu ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>33</sup>. Komorbid hastalığı olan bireylerin Mİ sonrası yaşanan sorunlarla birlikte ek hastalıkları ile de baş etmeleri gerektiği için stres düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Kardiyak öz yeterlilik düzeyi, sağlık davranışlarının benimsenmesini sağlamakta ve KAH'ı olan erişkinlerde yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır<sup>36</sup>. Bu çalışmada, bireylerin yaşam kalitesi ile öz yeterlilik ortalama puanları arasında yüksek düzeyde, anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Du ve arkadaşlarının 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<sup>37</sup>. 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<sup>38</sup>. Bu durumun yaşam kalitelerini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Geçirilen Mİ sonrası yaşanan uzun süre stres bireylerde fiziksel, emosyonel ve ruhsal problemlere sebep olarak bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir<sup>39</sup>. Çalışmada, yaşam kalitesi ile algılanan stres puanları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Bahall ve Khan'ın ilk kez Mİ geçiren bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, stresli yaşamı olanların yaşam kalitelerinin tüm alanlarda düşük olduğu saptanmıştır<sup>40</sup>. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde fiziksel ve sosyal ve rol fonksiyonlarındaki bozulma sonucu stres düzeylerinin artmasıyla birlikte yaşam kalitelerinin azaldığı düşünülmektedir.

Öz yeterlilik düzeyinin artmasıyla birlikte psikososyal iyilik hali ve yaşam kalitesi de artmaktadır<sup>41</sup>. 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<sup>42</sup>. Öz yeterliliğin psikososyal iyilik hali ile yakından ilişkili olduğu bilinmekte olup, çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

## Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda MI geçiren bireylerde fiziksel ve duygusal yaşam alanlarının etkilendiği, yaşam kalitesinin öz yeterlilik ve stres düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu doğrultusunda, kardiyoloji hemşirelerinin MI sonrası bireyleri psikososyal yönden desteklemesi, bireylerin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve algılanan stres düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (WHO). The top 10 causes of death. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Yayınlanma tarihi 2020. Erişim tarihi 5 Kasım 2022.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> Yayınlanma tarihi 2019. Erişim tarihi 5 Kasım 2022.
3. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 5. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020.
4. Komalasaria R, Nurjanahb A, Maria M. Yochee quality of life of people with cardiovascular disease: A descriptive study Asian/Pacific Island. *Nursing Journal*. 2019;4(2):92-6. doi: 10.31372/20190402.1045.
5. Ginzburg K, Kutz I, Koifman B, et al. Acute stress disorder symptoms predict all-cause mortality among myocardial infarction patients: A 15-year longitudinal study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2016;50(2):177-86. doi: 10.1007/s12160-015-9744-x.
6. Demirgüç A, Erkan ŞT. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Uyku Kalitesi Yorgunluk Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep, Türkiye: Hemşirelik, Sanko Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
7. Mozaffarian D, Benjamin, EJ, Go AS, et al. American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. Heart disease and stroke statistics 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(4):29–322. doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
8. Kang K, Gholizadeh L, Inglis SC, Han HR. Correlates of healthrelated quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;73:1-16. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010.

9. Jeong I, Park JB, Kim HR, et al. Impacts of return-to-work type and period on job retention in workers with occupational injuries and diseases. *Journal of Korean Medical Science*. 2018;33(1):e2. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e2.
10. Zhou Y, Zhu XP, Shi JJ, et al. Coronary heart disease and depression or anxiety: A bibliometric analysis. *Frontiers Psychology*. 2021;12:669000. doi: 10.3389/fpsyg.2021.669000.
11. Murphy B, Le Grande M, Alvarenga M, et al. Anxiety and depression after a cardiac event: prevalence and predictors. *Front. Psychol* 2020;10:3010. doi: 10.3389/fpsyg.2019.03010.
12. Saini RK, Chaudhury S, Singh N, et al. Depression, anxiety, and quality of life after percutaneous coronary interventions. *Indian Journal of Psychiatry*. 2022;31(1):6-18. doi: 10.4103/ipj.ipj\_126\_21.
13. Barham A, İbraheem R, Zyoud SH. Cardiac self efficacy and quality of life in patients coronary heart disease: A cross sectional study from palestine. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2019;19:290. doi: 10.1186/s12872-019-01281-7.
14. Dural G, Çitlik Sarıtaş S. Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;8(17):131-41. doi: 10.5543/khd.2017.65265.
15. Kärner Köhler A, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S. Patient empowerment and general self efficacy in patients with coronary heart disease: a cross sectional study. *BMC Family Practice*. 2018;19(1):76. doi: 10.1186/s12875-018-0749-y.
16. Aloghareh SB, Tali SS, Hasanpour Dehkordi A, et al. 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. *Przeegl Epidemiologiczny*. 2021;75(4):556-563. doi: 10.32394/pe.75.52.
17. Turan Kavradım S, Özer Z. Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018;10(3):334-345.
18. Brink E, Alsén P, Herlitz J, et al. General self efficacy and health related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*. 2012;17(3):346-55. doi: 10.1080/13548506.2011.608807.
19. Açıksoz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016;58:129-135. doi: 10.5455/gulhane.169643.
20. Duğan Ö, Bektaş H. Koroner kalp hastalarında Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarılama çalışması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2020;11(25):71-81. doi:10.5543/khd.2020.38278.
21. Aypay A. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarılama çalışması. *İnönü Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010;11(2):113-32.
22. Bilge A, Öğce F, Genç RE, Oran NT. Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun psikometrik uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;2(25):61-72.

23. Pragodpol P, Ryan C. Critical review of factors predicting health related quality of life in newly diagnosed coronary artery disease patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;28(3):277-84. doi: 10.1097/JCN.0b013e31824af56e.
24. Dueñas M, Ramirez C, Arana R, Failde I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: A follow-up study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2011;11:24.
25. Olgun S, Kaptan G, Büyükcunal SK. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi*. 2016;1(1):6-15.
26. Fırat FA, Dedeli Ö. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kardivasküler Hemşirelik Dergisi*. 2016;7(14):153-61. doi: 10.5543/khd.2016.72792.
27. Morys JM, Bellwon J, Höfer S, et al. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Archives of Medical Science*. 2016;12(2):326–333. doi: 10.5114/aoms.2014.47881.
28. Sir Ö. Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul, Türkiye: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
29. Shrestha R, Rawal L, Bajracharya R, Ghimire A. Predictors of cardiac self-efficacy among patients diagnosed with coronary artery disease in tertiary hospitals in Nepal. *Journal of Public Health Research*. 2020;9(4):1787. doi: 10.4081/jphr.2020.1787.
30. Kılınç E, Kartal A. Akut miyokard infarktüsü geçirmiş genç erişkin bireye Pender'in sağlığı geliştirme modeli temelli hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*. 2019;11(2):219-30. doi: 10.5336/nurses.2019-64999.
31. Liu N, Liu S, Yu N, et al. Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:1. doi: 10.3389/fpsy.2018.00001
32. Salari A, Rouhi Balasi L, Moaddab F. Patients' cardiac self-efficacy after coronary artery angioplasty. *Jundishapur Journal of Chronicles Disease Care*. 2016;5(2):e60308. doi: 10.17795/jjcdc-37251.
33. Xu X, Bao H, Strait K et al. Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation*. 2015; 131(7):614-23.
34. Orth-Gomer K, Deter HC. Sex and gender issues in cardiovascular research. *Psychosomatic Medicine*. 2015;77(9):1067–1068. doi: 10.1097/PSY.000000000000267.
35. Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, ve ark. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019;10(23):129–137. doi: 10.5543/khd.2019.09719.

36. Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: Historical perspectives. *Heart Views: The Official Journal of The Gulf Heart Association*. 2017;18(3):109–14. doi: 10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS\_106\_17.
37. Du S, Feng Z, Wang W, et al. A structural equation model linking health literacy, self efficacy and quality of life in adults with coronary heart disease. *Cardiovascular Disorders*. 2022;22:285. doi: 10.1186/s12872-022-02720-8.
38. Sangruangake M, Jirapornkul C, Hurst C. Psychometric properties of diabetes management self-efficacy in thai type 2 diabetes mellitus patients: A multicenter study. *International Journal of Endocrinology*. 2017;2503156. doi: 10.1155/2017/2503156.
39. Özel Y, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2018;1(1):48-56.
40. Bahall M, Khan K. Quality of life of patients with first-time AMI: A descriptive study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018;16(1):32. doi: 10.1186/s12955-018-0860-8.
41. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nurse*. 2015;14:536-543. doi: 10.1177/1474515114548622.
42. Javadi A, Amouzeshi A, Barani F. The role of self-efficacy beliefs, has a positive effect on the artery bypass patients. *J Surg Trauma*. 2022;10(3):114-121. doi: 10.32592/jsurgery.2022.10.3.104.