

Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Başa Çıkma Tutumlarının Belirlenmesi

Determination of Death Anxiety and Coping Attitudes of Individuals with Myocardial Infarction

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı, başa çıkma tutumları ve bu kavramları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatan miyokard infarktüsü tanısı alan bireyler oluşturmuştur. Veriler SPSS Statistics Base v23 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemede univariate, multivariate regresyon analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %70,9'u erkek, %77,9'u evli ve yaş ortalaması $66,09 \pm 11,58$ 'dir. Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması $7,92 \pm 3,19$ olup, katılımcıların %55,8'inde orta, %30,2'sinde ağır düzeyde ölüm kaygısı olduğu saptanmıştır. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $74,38 \pm 10,43$ olarak belirlenmiştir. Çalışma durumu, dua etme, göğüs ağrısı, sol kolda uyuşma, halsizlik-yorgunluk semptomlarının ölüm kaygısı ile; medeni durum, eğitim durumu, sağlık merkezine erişim durumu, infarktüs nedeniyle yakını kaybetme, dinlenmeyi seçme, çene ağrısı, sol kolda ağrı, nefes darlığı semptomlarının başa çıkma tutumları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada miyokard infarktüsü geçiren hastaların çoğunluğunun orta ve ağır düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı, ölüm kaygısının ve başa çıkma tutumlarının çeşitli sosyodemografik, hastalığa ilişkin faktörler ve yaşanan semptomlarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin, hastaların ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarını düzenli aralıklarla değerlendirmeleri ve bu doğrultuda hastalara eğitim ve danışmanlık sağlamaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Başa çıkma tutumları, hemşirelik, miyokard infarktüsü, ölüm kaygısı

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine death anxiety, coping attitudes of individuals who had myocardial infarction, and the variables affecting these concepts.

Methods: The data from descriptive and cross-sectional studies were collected using the Personal Information Form, the Templer Death Anxiety Scale, and the Coping Attitudes Evaluation Scale. The sample of the study consisted of individuals diagnosed with myocardial infarction in the cardiology clinic of a university hospital. Data were analyzed using Statistical Package for the Social Science Statistics Base v23. Univariate, multivariate regression analysis, and correlation analysis were used to examine the relationship between variables.

Results: A total of 70.9% of the participants were male, 77.9% were married, and the mean age was 66.09 ± 11.58 . The Mean Death Anxiety Scale score was 7.92 ± 3.19 , and 55.8% of the participants had moderate death anxiety and 30.2% had severe death anxiety. The mean score of the Coping Attitudes Evaluation Scale was determined as 74.38 ± 10.43 . Working status, praying, chest pain, numbness in the left arm, and fatigue-fatigue symptoms were associated with death anxiety; marital status, education level, access to a health center, losing a relative due to infarction, choosing to rest, jaw pain, pain in the left arm, and shortness of breath symptoms were found to be associated with coping attitudes.

Conclusions: In this study, it was determined that the majority of patients with myocardial infarction experienced moderate and severe death anxiety, and death anxiety and coping attitudes were associated with various sociodemographic, disease-related factors and symptoms experienced. It is recommended that nurses regularly evaluate patients' death anxiety and coping attitudes and provide education and counseling to patients accordingly.

Keywords: Coping attitudes, nursing, myocardial infarction, death anxiety

ORIGINAL ARTICLE

Selma Turan Kavradım 

Mediha Sert 

Zeynep Özer 

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği,
Antalya, Türkiye

Corresponding author:

Selma Turan Kavradım
✉selmaturan@akdeniz.edu.tr

Received: November 22, 2021

Accepted: January 18, 2022

Cite this article as: Turan Kavradım S, Sert M, Özer Z. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2022;13(31):65-73.

DOI: 10.5543/khd.2022.214169



Copyright©Author(s) - Available online at
khd.tkd.org.tr.
Content of this journal is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License.

Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm dünyada morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasında yer almaya devam etmektedir.¹ Dünyada 2019 yılında gerçekleşen ölümlerin %32'sinin (17,9 milyon) KVH'a bağlı olduğu belirtilmektedir.² KVH arasında önemli bir yer tutan koroner arter hastalığına bağlı ise 197 milyon vaka ve 9,14 milyon ölüm oranı olduğu açıklanmıştır.¹ Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (2019) verilerine göre dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı görülen ölüm oranı %37 iken, bu oranın %12'sinin koroner arter hastalıklarına bağlı olduğu belirtilmiştir.³ Koroner arter hastalıkları arasında miyokard infarktüsü, mortalite oranının yüksek olması, ciddi komplikasyonlar yaşanması ve infarktüsün tekrarlama nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir.⁴⁻⁶

Miyokard infarktüsü (MI) genellikle yaşla birlikte artmakta ve erkeklerde kadınlardan daha sık görülmektedir.⁴ MI geçiren bireyler sıklıkla göğüs ağrısı, nefes darlığı ve buna ek olarak bulantı, kusma, halsizlik, çarpıntı veya senkop gibi belirtiler yaşamaktadır.⁴⁻⁶ Miyokard infarktüsü hastalar tarafından ani gelişen, yaşamı ileri düzeyde tehdit eden ve stres düzeyini önemli düzeyde artıran bir durum olarak algılanmaktadır.^{7,8} Yapılan çalışmalarda miyokard infarktüsünün sıklıkla stres, anksiyete ve depresyona neden olduğu⁹ ve ölüm kaygısını artırdığı belirtilmektedir.^{10,11} Amerikan Psikoloji Derneği (2020) ölüm kaygısını, "kişinin ölümlülüğünü hatırlatan duygusal sıkıntı ve güvensizlik" olarak tanımlamıştır.¹² Ölüm kaygısı, insanlar ölüm tehdidi altında hissettiklerinde tetiklenebilen, savunma mekanizmalarından kaynaklanan bilinçli veya bilinçsiz bir psikolojik durum olarak ifade edilmektedir.¹³ Kalbin hayati bir organ olması, hastaların ölüm ve yaşama yönelik kalbe yükledikleri anlam, MI sırasında yaşanan göğüs ağrısının şiddeti nedeniyle bireyler ölüm kaygısı yaşayabilmektedir.¹⁴

Ölüm kaygısı kişiyi psikososyal olarak olumsuz yönde etkilemesi ve çevreye uyum sağlamada zorlanmalara sebep olması nedeniyle önemli görülmektedir.¹⁵ Bununla birlikte kaygının kardiyak olayların tekrarlama ve erken ölüm riskini artırması üzerinde etkili olabileceği de belirtilmektedir.⁹ Literatürde MI geçiren hastalar üzerinde ölüm kaygısı ve bu kaygıyı etkileyen faktörlerin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Miyokard infarktüsü geçiren hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada genç yaş, sigara kullanımı, düşük sosyoekonomik düzey ve bekar hastalarda daha yüksek ölüm kaygısı olduğu saptanmıştır.¹⁰ Şahan ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da ölüm kaygısının eğitim, çalışma ve sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Albarqouni ve arkadaşları (2016) yaptığı çalışmada ölüm kaygısının MI geçiren erkeklerde hastaneye başvurma ile ilgili gecikme süreleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir.¹⁴ MI geçiren hastalarda ölüm kaygısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesinin destekleyici ve önleyici hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından önemli olduğu ve bu alanda daha fazla bilgiye gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Miyokard infarktüsü sürecinde bireyler yaşamlarını tehdit eden sağlık problemleri ile karşı karşıya kalarak, ciddi semptomlarla hastaneye yatma, sosyal ilişkileri, iletişimi, aile ve iş ortamını etkilemesi durumları ile karşılaşmakta ve tüm bu süreçlerdeki

belirsizlik nedeniyle çeşitli psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir.^{17,18} Gelişen psikososyal ya da davranışsal problemler hastaların tedaviye uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini, prognozunu, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir.^{5,6,19,20} Lazarus ve arkadaşları, başa çıkma stratejilerini, stresli yaşam durumlarının baskısını en aza indirmeyi amaçlayan davranışsal ve bilişsel tepkilerin bir toplamı olarak tanımlamaktadır.²¹ Bireyler, yaşadığı stres verici olayları ve bu olayların olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla birçok bilişsel, duygusal ve davranışsal başa çıkma tutumları geliştirmektedir.²² Fakat bireylerin yaşadığı yoğun stres dönemleri, kendisinin veya sevdiklerinin sağlığına yönelik tehditler patolojik başa çıkma biçimleriyle sonuçlanabilmektedir.²³ Etkili baş etme tutumlarının gelişmesi bireyin hastalığının tedavi sürecinin olumlu sürdürülebilmesi ve tekrarlayan kardiyak olayların önlenerek mortalite oranlarının azaltılmasını sağlaması açısından önem teşkil etmektedir.²⁴ MI geçiren hastalarda yapılan bir çalışmada problem odaklı başa çıkma stratejileri kullanan hastaların, daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir.²⁵ MI geçiren hastaların stresle başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi tedaviye uyum, mortalite ve morbiditeyi etkilemesi açısından önemli görülmekte^{20,24} ve bu alanda daha fazla bilgiye gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarını değerlendirmek, etkileyen faktörleri belirlemek ve bu doğrultuda hemşirelik müdahaleleri geliştirmek hemşirelik bakımı açısından oldukça önemlidir.²⁴ Yapılan literatür taraması sonucunda, MI tanılı bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının birlikte değerlendirildiği ve bu kavramları etkileyen değişkenlerin belirlenmesine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı, başa çıkma tutumları ve bu kavramları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmadan elde edilen verilerin miyokard infarktüsü geçiren bireylerde ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumları konusunda farkındalığı artırması, sonuçların hasta bakımında kullanılması ve yeni yapılacak araştırmalara rehberlik etmede katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde ölüm kaygısı düzeyi nedir?
- Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin kullandığı başa çıkma tutumları nelerdir?
- Miyokard infarktüsü sırasında bireylerin yaşadığı semptomlar, gösterdiği düşünce ve davranışlar nelerdir?
- Ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarını etkileyen sosyodemografik ve hastalığa ilişkin faktörler nelerdir?
- Ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, Kasım 2019-Temmuz 2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde miyokard infarktüsü tanısı ile tedavi gören bireyler üzerinde yapılmıştır. 18 yaş ve

üzerinde olan, miyokard infarktüsü tanısı almış olan, bilişsel ve iletişim engeli olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü %80 güc, %5 Tip I hata, 0,5 etki büyüklüğü ve %95 güven aralığında 102 hasta olarak belirlenmiş, fakat pandemi sürecinin etkisi nedeniyle araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 86 hastaya ulaşılmıştır. Bu nedenle çalışma örneklemini %84 oranında temsil etmiştir.

Veri Toplama Süreci

Dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilerek öncelikle yazılı onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik ve hastalığına ilişkin bilgileri içeren araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış^{8,14,16,19,26} 18 soruluk "Kişisel Bilgi Formu", bireylerin ölüm kaygısını değerlendirmek için "Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği" ve bireylerin başa çıkma tutumlarını değerlendiren "Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak her katılımcıdan ortalama 20-25 dakikada toplanmıştır.

Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra dahil edilme kriterlerine uyan, ve çalışmaya katılmayı kabul eden dört hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamada bireylerin anket formlarında anlamakta zorlandıkları yerleri değerlendirme ve bireylerin ifadelerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması amaçlanmıştır. Ön uygulama sonrası Kişisel Bilgi Formu'nda hastalar tarafından anlaşılmayan bir ifade düzenlenmiştir. Ön uygulamaya katılan bireyler araştırma sürecine tekrar dahil edilmemiştir.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği: 1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Sorular evet/hayır olmak üzere ikili Likert tiptedir. Ölçeğin Kuder-Richardson iç tutarlılığı 0,76 bulunmuştur.²⁷ Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması 1989 yılında Şenol tarafından gerçekleştirilmiş ve iç tutarlık için Cronbach alfa değeri 0,72 olarak hesaplanmıştır.²⁸ Değerlendirme sonrası alınabilecek en yüksek puan 15'tir. Ölçek puanı arttıkça ölüm kaygı düzeyi de artmaktadır. Sıfır ile dört puan arası "hafif düzeyde," beş ile dokuz puan arası "orta düzeyde," 10-14 puan arası "ağır düzeyde," 15 puan "panik düzeyde" ölüm kaygısı olarak değerlendirilmektedir.²⁸ Bizim çalışmamızda ölçeğin iç güvenilirliği Kuder-Richardson ile hesaplanarak 0.75 olarak hesaplanmıştır.

Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R): 1989 yılında 15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilen COPE ölçeği Zuckerman ve Gagne tarafından 2003 yılında 5 alt boyut ve 40 madde olarak revize edilmiştir.²² 2015 yılında da Dicle ve Ersanlı tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılan ölçek 5 faktör, 32 madde olarak Türk toplumuna uyarlanmıştır.²⁹ Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan 40'tır. Ölçek, Kendine Yardım (1-6), Yaklaşım (7-13), Uyum Sağlama (14-20), Sakınma-Kaçınma (21-26) ve Kendine Ceza (27-32) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin

düşük olması anlamına gelmektedir.²⁹ Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,81 olarak saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Science version 23.0 (IBM SPSS Corp.; Armonk, NY, USA) kullanılmıştır. Değişkenlerin normallik testleri basıklık ve çarpıklık değerlendirmesi ile test edilmiştir. Univariate analizde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler daha sonra multivariate regresyon analizine alınmıştır. Multivariate regresyon analizi tablolarında ortalama, F testleri, beta, t ve p değerleri verilmiştir. Ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemede korelasyon analizi kullanılmış ve tüm değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık değeri $P < ,05$ olarak alınmıştır.

Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 637) ve araştırmanın uygulanacağı kurumdaki yazılı izin alınmıştır. Buna ek olarak araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin ölçek kullanım izinleri ve katılımcılardan çalışmanın amacı açıklandıktan sonra bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların %70,9'unun erkek, %77,9'unun evli, %61,6'sının ilköğretim mezunu ve %81,4'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalamasının $66,09 \pm 11,58$ olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların %55,8'ünün daha önce en az bir kez MI geçirdiği, %59,3'ünün birinci derece akrabasında MI olduğu, hastaların %25,6'sının MI nedeniyle yakınına kaybettiği, koroner arter hastalığı dışında katılımcıların büyük çoğunluğunun hipertansiyonu olduğu (%84,7), göğüs ağrısı/huzursuzluk sonrası katılımcıların %30,2'sinin ilk bir saat içinde hastaneye başvurduğu, büyük çoğunluğunun ise (%48,7) 24 saatten daha uzun süre içerisinde hastaneye başvurduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Miyokard Infarktüsü Sırasında Yaşanan Semptomlar, Gösterilen Düşünce ve Davranışlar

Miyokard infarktüsü sırasında hastaların büyük çoğunluğunun göğüs ağrısı (83,7), göğüste sıkışma hissi (%68,6), nefes darlığı (%60,5), terleme (%59,3) ve halsizlik-yorgunluk (%73,3) yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3). Hastaların yaklaşık yarısı (%52,3) semptomlar sırasında miyokard infarktüsü geçirdiğini düşünmüştür. Buna ek olarak hastaların %59,3'ü MI belirtilerini bildiğini, %41,9'u "sıkıntıları geçer diye dinlenmeyi denediğini" belirtmiştir (Tablo 4.)

Katılımcıların Ölüm Kaygısı, Başa Çıkma Tutumları ve İlişkili Değişkenler

Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması $7,92 \pm 3,19$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların 11'i (%12,8) hafif düzeyde, 48'i (%55,8) orta düzeyde, 26'sı (%30,2) ağır düzeyde ve 1'i (%1,2) panik düzeyde ölüm kaygısı yaşadığını belirtmiştir. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutları puan

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Değişkenler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	25 (29,1)
Erkek	61(70,9)
Yaş	66,09 ± 11,58, Min: 32 Max: 83
Medeni durum	
Evli	67 (77,9)
Bekar	19 (22,1)
Aile tipi	
Çekirdek	74 (%86)
Geniş	2 (%2,3)
Yalnız	10 (%11,7)
Eğitim durumu	
Okur yazar değil	8 (%9,3)
İlköğretim	53 (%61,6)
Lise	13 (%15,1)
Lisans	8 (%9,3)
Lisansüstü	4 (%4,7)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	16 (%18,6)
Çalışmıyor	70(%81,4)
Yaşadığı yer	
İl	74 (%86)
İlçe	7 (%8,1)
Köy	5 (%5,9)
Sağlık merkezine erişimi	
Kolay	76 (%88,4)
Sorunlu	10 (%11,6)
Ekonomik durum	
Yeterli	12 (%14)
Orta	73 (%84,9)
Yetersiz	1 (%1,1)

ortalamalarının: “Kendine yardım” 15,23 ± 5,14, “Yaklaşım” 20,14 ± 4,10, “Uyum sağlama” 17,56 ± 4,12, “Sakinme-kaçınma” 8,19±1,85, “Kendine ceza” 13,23 ± 4,24 ve toplam puan ortalamasının 74,38 ± 10,43 olduğu saptanmıştır.

Ölüm kaygısı ile ilişkili değişkenler Tablo 5'te verilmiştir. Çalışma durumu, dua etme, göğüs ağrısı, sol kolda uyuşma, halsizlik-yorgunluk semptomlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($P < ,05$). Çalışanların ölüm kaygısı puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($P = ,026$). Ölüm kaygısı ile göğüs ağrısı/huzursuzluk sonrası hastaneye başvurma süresi, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P > ,05$)

Tablo 2. Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri

Hastalığa İlişkin Değişkenler	n (%)
Daha önce MI geçirme durumu	
Evet	38 (%44,2)
Hayır	48 (%55,8)
En son MI geçirme zamanı	
Son 2 yıl	4 (%10,6)
3 yıl-10 yıl	22 (%57,8)
11 yıl ve üzeri	12 (%31,6)
Birinci derece akrabada MI varlığı	
Evet	51 (%59,3)
Hayır	35 (%40,7)
MI nedeniyle yakını kaybetme	
Evet	22 (%25,6)
Hayır	64 (%74,4)
Koroner arter hastalığı dışında kalp hastalığı varlığı	
Hipertansiyon	55 (%84,7)
Kalp yetersizliği	3 (%4,6)
Aritmi	7 (%10,7)
MI türü	
Non ST MI	78 (%90,6)
ST MI	8 (%9,4)
Göğüs ağrısı/huzursuzluk sonrası hastaneye başvurma süresi	
0-1 saat	26 (%30,2)
1-3 saat	9 (%10,5)
3-6 saat	4 (%4,7)
6-12 saat	1 (%1,2)
12-24	4 (%4,7)
24 saatten uzun	42 (%48,7)
MI anında yanında yakının olması	
Var	65 (%75,6)
Yok	21 (%24,4)

*MI: miyokard infarktüsü, Non ST MI: Segment yükselmesiz miyokard infarktüsü, ST MI: Segment yükselmeli miyokard infarktüsü

Toplam başa çıkma ve alt boyutları ile ilişkili değişkenler Tablo 6'da verilmiştir. Medeni durum, aile tipi, sağlık güvencesi varlığı, eğitim durumu, sağlık merkezine erişim durumu, MI nedeniyle yakını kaybetme, dinlenmeyi seçme durumu, semptomların başkaları ile paylaşılması, çene ağrısı, sol kolda ağrı, nefes darlığı semptomlarının toplam başa çıkma tutumları ve alt boyutları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir ($P < ,05$).

Katılımcıların Ölüm Kaygısı ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkili

Ölüm kaygısı ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişki Tablo 7'de verilmiştir. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “Kendine yardım” ve “Kendine ceza”

Tablo 3. Miyokard infarktüsü sırasında hastaların yaşadığı semptomlar

Semptomlar	Evet, n (%)	Hayır, n (%)
1. Çarpıntı	29 (%33,7)	57 (%66,3)
2. Bayılma	7 (%8,1)	79 (%91,9)
3. Baş dönmesi	17 (%19,8)	69 (%80,2)
4. Nefes darlığı	52 (%60,5)	34 (%39,5)
5. Göğüs ağrısı	72 (%83,7)	14 (%16,3)
6. Göğüste sıkışma hissi	59 (%68,6)	27 (%31,4)
7. Sol kolda uyuşma	21 (%24,4)	65 (%75,6)
8. Sol kolda ağrı	24 (%29,7)	62 (%72,1)
9. Sağ kolda ağrı	21 (%24,4)	65 (%75,6)
10. Çene ağrısı	6 (%7)	80 (%93)
11. Sırt ağrısı	33 (%38,4)	53 (%61,6)
12. Ellerde karıncalanma	31 (%36)	55 (%64)
13. Terleme	51 (%59,3)	35 (%40,7)
14. Halsizlik-yorgunluk	63 (%73,3)	23 (%26,7)
15. Bulantı-kusma	25 (%29,1)	61 (%70,9)

alt boyutları arasında anlamlı, pozitif, düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı, başa çıkma tutumları ve bu kavramları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanan bu çalışmada ölüm kaygısının ve başa çıkma tutumlarının çeşitli sosyodemografik, hastalığa ilişkin faktörler ve yaşanan semptomlarla ilişkisine yönelik önemli

Tablo 4. Miyokard infarktüsü sırasında gösterilen düşünce ve davranışlar

Davranış	Evet	Hayır
1. Kalp krizi olduğunu düşündüm	45 (%52,3)	41 (%47,7)
2. Kalp krizinin belirtilerini biliyordum	51 (%59,3)	35 (%40,7)
3. Sıkıntılarım geçer diye dinlenmeyi denedim	36 (%41,9)	50 (%58,1)
4. Birilerine söyledim	48 (%55,8)	38 (%44,2)
5. Sıkıntılarımı düşünmemeye çalıştım	13 (%15,1)	73 (%84,9)
6. İlaç aldım (mide ilacı, nitrogliserin, acetaminofen)	9 (%10,5)	77 (%89,5)
7. Ambulans çağırdım	8 (%9,3)	78 (%90,7)
8. Kendim hastaneye geldim	25 (%29,06)	61 (%70,09)
9. Yakınlarımdan birinin beni hastaneye getirmesini istedim	53 (%61,6)	33 (%38,4)
10. Sıkıntımın geçmesi için dua ettim	7 (%8,1)	79 (%91,9)

Tablo 5. Ölüm kaygısı ile ilişkili değişkenler

Değişkenler	Ölüm kaygısı		
	Beta	t	P
Çalışma durumu	0,212	2,275	,026*
Cinsiyet	-0,171	-1,833	,071
Göğüs ağrısı	-0,200	-2,136	,036*
Sol kolda uyuşma	0,262	2,804	,006*
Halsizlik-yorgunluk	-0,223	-2,366	,020*
Sıkıntılarımın geçmesi için dua ettim	-0,257	-2,701	,008*
Başa Çıkma Tutumları alt boyutu "Kendine yardım"	0,171	1,831	,071

bilgiler ortaya çıkarılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bu çalışmanın özgün nitelikte olduğu düşünülmekte olup, hastalara yönelik eğitim ve danışmanlıkların planlanması, yeni araştırmalara yön vermesi açısından önemli katkılar sağlayacağı öngörülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun erkek, evli ve ilköğretim mezunu olduğu ve çalışmadığı belirlenmiş, yaş ortalamalarının 66,09+11,58 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, terleme ve halsizlik yorgunluk semptomlarını daha sık yaşadığı saptanmıştır. Bu bilgiler literatürde MI geçiren hasta popülasyonu ile paralellik göstermektedir.^{4,30,31} Andersson ve arkadaşları (2018) da yaptıkları çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun göğüs ağrısı yaşadığını (%88), buna ek olarak kollara yayılan ağrı, terleme, güçsüzlük, nefes darlığı gibi diğer semptomların göğüs ağrısına eşlik ettiğini göstermiştir.³⁰

Çalışmamızda hastaların %30,2'sinin ilk bir saat içinde hastaneye başvurduğu, büyük çoğunluğunun ise (%48,7) 24 saatten daha uzun süre içerisinde hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Hastaların sadece yarısı semptomlar sırasında MI geçirdiğini düşünmüş, %41,9'u "sıkıntıları geçer diye dinlenmeyi denediğini" ifade etmiştir. Koroner arter hastalığının miyokard infarktüsü olup olmadığının kısa süre içerisinde belirlenmesi, hasta ile ilk temas sonrası 10 dakika içerisinde elektrokardiyografi çekilmesi ve tedavide temel basamak olan reperfüzyonun en kısa zamanda sağlanması Avrupa Kardiyoloji Kılavuzları'nda önerilmektedir.^{4,5} Taghaddosi ve arkadaşları (2010) MI geçiren hastaların %69'unun tedavi aramada gecikme yaşadığını, bu gecikmelerin nedenlerinin cinsiyet, yaş, ekonomik durum, eğitim düzeyi, hastaneye başvurmadan önce pratisyen hekime başvurma, semptomların şiddeti, yerleşim yeri ve semptomların gece veya gündüz başlama zamanı gibi faktörlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak gecikmenin en önemli nedenlerini "semptomların kendiliğinden geçmesini beklemek", "semptomları kalp problemleri dışında başka problemlere bağlamak" ve "semptomları önemsememek" olarak açıklamıştır.³² Andersson ve arkadaşları (2018) ise MI sürecinde hastaneye başvurmadaki gecikmenin en yaygın nedenleri arasında "ambulansı bekleme, hastaneye gitmeden önce bir yakınıyla konuşmak isteme veya kendi kendine bakım yapmaya çalışma"

Tablo 6. Başa Çıkma Tutumları ile ilişkili faktörler

	Kendine yardım			Yaklaşım			Uyum sağlama			Sakınma-kaçınma			Kendine ceza			Toplam COPE-R		
	Beta	t	P	Beta	t	P	Beta	t	P	Beta	t	P	Beta	t	P	Beta	t	P
Medeni durum	0,010	0,065	,948	-	-	-	-0,257	-2,519	,014*	-	-	-	-	-	-	-0,262	-2,544	,013*
Eğitim durumu	-	-	-	0,363	3,837	,000*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ekonomik durum	-	-	-	-0,127	-1,228	,223	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aile tipi	-0,260	-2,626	,010*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sağlık merkezine erişim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,223	-2,193	,031*	-	-	-	-	-	-
Sağlık güvencesi	-0,331	-3,085	,003*	-0,150	-1,537	,128	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,147	-1,400	,165
MI nedeniyle yakınıni kaybetme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,297	2,925	,004*	-	-	-	-	-	-
MI tedavi şekli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,022	-0,209	,835	-	-	-
Semptom başlama tarihi	-	-	-	-	-	-	-0,084	-0,816	,417	-	-	-	-	-	-	0,071	0,687	,494
Çene ağrısı	-0,314	-2,908	,005*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,204	-1,952	,054	-	-	-
Sol kolda ağrı	-	-	-	0,211	2,225	,029*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bayılma	-	-	-	-0,113	-1,158	,250	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefes darlığı	-	-	-	-0,194	-2,044	,044*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Semptomlarını yanındakilerle paylaşma	-0,093	-0,911	,365	-0,230	-2,425	,018*	-0,180	-1,762	,082	-	-	-	-	-	-	-0,172	-1,670	,099
Kalp krizinde yakının varlığı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,182	-1,730	,087	-	-	-
Sıkıntıları geçeri diye dinlenmeyi seçme	-	-	-	-	-	-	-0,250	-2,448	,016*	-	-	-	-	-	-	-0,220	-2,141	,035*

Tablo 7. Ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkili

Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği	Ölüm kaygısı Ölçeği	
	r	P
Kendine yardım	0,214*	,048*
Yaklaşım	-0,041	,707
Uyum sağlama	-0,081	,461
Sakinme-kaçınma	0,048	,658
Kendine ceza	0,295*	,006*
Toplam	0,189	,086

durumlarının yer aldığını belirtmiştir.³⁰ Bu doğrultuda MI riski yüksek olan hastaların semptomlar ve acil servise en kısa sürede başvuruda bulunmaya yönelik eğitimlerin yapılmasının önemli olduğu vurgulanmakta^{4,5} ve gecikmeye neden olan faktörlerin ayrıntılı olarak incelenerek bu faktörlere ilişkin gerekli girişimlerin planlanması önem arz etmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun MI sonrası orta ve ağır düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı; çalışma durumu, göğüs ağrısı, sol kolda uyuşma, halsizlik-yorgunluk semptomlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. MI'lı hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin kanser hastalarına ve sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu Şahan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında gösterilmiş ve durumun ölümlerini ve beklenmedik bir şekilde yüzleşmekten kaynaklandığı belirtilmiştir.¹⁶ Yıldırım ve Kocatepe (2021) de MI geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastaların çoğunun şiddetli veya panik düzeyde ölüm kaygısı yaşadığını ortaya koymuş, ölüm kaygısı ile ilişkili faktörleri yaş, hastalık süresi ve tedavi süresi olarak vurgulamıştır.³³ Steptoe ve arkadaşları da (2011) ölüm kaygısının daha genç, düşük sosyoekonomik düzey ve evli olmayan hastalarda daha yaygın olduğunu göstermiştir.¹⁰ MI geçiren hastaların ölüm kaygısının azaltılmasında MI semptomları ve tedaviye ilişkin hastalara eğitim verilmesi ve hemşirelerin MI sürecinde ölüm kaygısını etkileyen değişkenleri göz önünde bulundurarak girişimlerini planlamasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Miyokard enfarktüsü ile başa çıkmak, çeşitli duygular ve uyum ihtiyaçları ile başa çıkmanın uzun vadeli dinamik bir sürecidir. Hastanın durumun ciddiyetini inkar etmesi, stres, depresyon ve duygusal tükenme yaşaması veya aile bireyleri ile etkileşiminde sorunlar olması durumunda baş etmede zorlanma söz konusu olabilmektedir.²⁶ MI hastaları için başa çıkma tutumlarını değerlendirmek ve problem odaklı başa çıkma stratejisi gibi daha olumlu başa çıkma stratejilerini kullanmak için spesifik müdahaleler sağlamak önemlidir.²⁴ Bu çalışmada Başa Çıkma Tutumları Ölçeği puan ortalamasının 74,38±10,43 olduğu ve hastaların başa çıkma tutumları düzeyinin ortanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Sadr Bafghi ve arkadaşları (2018) MI hastasının çok yüksek düzeyde strese sahip olduğunu ve stresi yüksek olan çoğu MI hastasının duygu odaklı başa çıkma stratejisi kullandığını göstermiştir.²⁴ Chung ve arkadaşları, MI hastalarının duygu odaklı başa çıkma türlerinden daha fazla problem odaklı başa çıkma kullandıklarını göstermiştir.¹⁹ MI sürecinde hastalar daha yüksek ve farklı düzeylerde algılanan stres bildirmekte³⁴ ve bu doğrultuda farklı başa çıkma tutumları geliştirebilmektedir. Bu doğrultuda hastaların gösterdiği

başa çıkma tutumlarının göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimlerinin planlanmasının olumlu başa çıkma stratejileri kullanılması üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların yaşadığı çene ağrısı semptomu, aile tipi ve sağlık güvencesi varlığının başa çıkma tutumları ölçeğinin "kendine yardım" alt boyutu ile; eğitim durumu, sol kolda ağrı ve nefes darlığı ve semptomların başkaları ile paylaşılmasının başa çıkma tutumları ölçeğinin "yaklaşım" alt boyutu ile; hastaların yaşadıkları sıkıntıların geçmesi için dinlenmeyi seçmelerinin ve medeni durumun "uyum sağlama" alt boyutu ile; hastaların sağlık hizmetlerine erişim durumu ve MI nedeniyle bir yakını kaybetme durumunun "sakinme kaçınma" alt boyutu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kendine yardım alt boyutu, kişilerin kendini ifade etmesi, anlaması ve psikososyal açıdan destek arayışını; yaklaşım alt boyutu, planlama, baş etme, kaygıya neden olan faktörleri bastırma ve çevresel destek ihtiyacını; uyum sağlama alt boyutu hisleri anlama, yaşamı olumlu yönden tekrar yorumlama, kabul etme, iyimserlik ve hedef değiştirmeyi simgelemektedir.²² Buna ek olarak sakınma-kaçınma alt boyutu zihin ve davranış yönüyle aktiviteyi sürdürmeme, kabul etmeme, hedefi değiştirme ve başkalarını suçlama davranışları ile ilişkilendirilmekte ve bireyleri problemden uzaklaştıran etmenleri simgelemektedir.²² Bu doğrultuda hastaların yaşadıkları çene ağrısı, nefes darlığı ve sol kolda ağrı semptomlarının başa çıkma tutumları ile ilişkili olduğu ve bu semptomlarla bireyin kendini ifade ettiği, anladığı ve başkaları ile paylaşma yaklaşımı içerisinde olduğu görülmektedir. Ayrıca aile tipi, medeni durum, sağlık güvencesi ve semptomların başkaları ile paylaşılması destek sistemleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Buna ek olarak bir yakını MI nedeniyle kaybetme durumu, çaresizlik ve belirsizlik gibi durumlar bireylerde ölüme yönelik düşünceleri artırma ve kaygı duygusunu tetiklemede önemli görülmekte olup, hastaların kaçınma davranışlarının göstergesi olarak yorumlanabileceği düşünülmektedir. Hemşirelik uygulamalarının başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak planlanmasının daha olumlu başa çıkma stratejilerini kullanmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, bir merkezin kardiyoloji servisinde miyokard enfarktüsü nedeniyle tedavi ve bakım gören hastalar üzerinde yapıldığı için sonuçlar bu merkez ile sınırlıdır. Ayrıca bu çalışmanın COVID pandemi sürecinde uygulanmış olması ve bu nedenle hedeflenen örneklem sayısına ulaşılamamış olması araştırmanın ikinci sınırlılığını oluşturmaktadır.

Sonuç

Bu araştırma miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde ölüm kaygısı, başa çıkma tutumları, bu kavramları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi ve miyokard enfarktüsü sırasında yaşanan semptomlar ve gösterilen davranışlara yönelik literatüre önemli bilgiler sağlamıştır. Bu çalışmada miyokard enfarktüsü geçiren hastaların büyük çoğunluğunun orta ve ağır düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı, ölüm kaygısının çalışma durumu, göğüs ağrısı, sol kolda uyuşma, halsizlik-yorgunluk semptomları ile ilişkili olduğunu; buna ek olarak MI sırasında hastaların başa çıkma tutumlarının ise medeni durum, eğitim durumu, sağlık merkezine erişim durumu, MI nedeniyle yakını kaybetme, çene ağrısı,

sol kolda ağrı, nefes darlığı semptomları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulguların bakım verme sürecinde farkındalık oluşturmaları, uygun hemşirelik girişimleri planlanması ve yeni planlanacak araştırmalara yön vermesi konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir

Etik Komite Onayı: Bu çalışmanın etik kurul onayı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Tarih: 12 Eylül 2018, Karar No: 637).

Hasta Onamı: Bu çalışmaya katılan tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – S.T.K., M.S., Z.Ö.; Tasarım – S.T.K., M.S., Z.Ö.; Denetleme – S.T.K., Z.Ö.; Fon desteği-Materials – S.T.K., M.S., Z.Ö.; Veri Toplama – S.T.K., M.S.; Analiz ve Yorum – S.T.K., Z.Ö.; Literatür Tarama – S.T.K., M.S.; Yazma – S.T.K., M.S.; Kritik inceleme – S.T.K., Z.Ö.

Çıkar Çatışması: Bu çalışma için herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmayı destekleyen fon veya kuruluş bulunmamaktadır.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received from the Akdeniz University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee (Date: September 12, 2018, Decision No: 637).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from all participants who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – S.T.K., M.S., Z.Ö.; Design – S.T.K., M.S., Z.Ö.; Supervision – S.T.K., Z.Ö.; Funding-Materials – S.T.K., M.S., Z.Ö.; Data collection and processing – S.T.K., M.S.; Analysis and /or Interpretation – S.T.K., Z.Ö.; Literature Review – S.T.K., M.S.; Writing – S.T.K., M.S.; Critical review – S.T.K., Z.Ö.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Funding: This study received no funding.

References

- Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update From the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982-3021. [CrossRef]
- World Health Organization (WHO); 2019. Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Erişim tarihi 18 September 2021.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Available at: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> 2019. Erişim tarihi 10 September 2021.
- Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2018;39(2):119-177. [CrossRef]
- Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2021;42(14):1289-1367. [CrossRef]
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-3337. [CrossRef]
- Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):211-222. [CrossRef]
- Petriček G, Buljan J, Prijević G, Owens P, Vrcić-Keglević M. Facing the diagnosis of myocardial infarction: a qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(1):19-25. [CrossRef]
- Murphy B, Le Grande M, Alvarenga M, Worcester M, Jackson A. Anxiety and depression after a cardiac event: prevalence and predictors. *Front Psychol*. 2019;10:3010. [CrossRef]
- Steptoe A, Molloy GJ, Messerli-Bürgy N, et al. Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *Eur Heart J*. 2011;32(19):2405-2411. [CrossRef]
- Whitehead DL, Strike P, Perkins-Porras L, Steptoe A. Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *Am J Cardiol*. 2005;96(11):1512-1516. [CrossRef]
- Amerikan Psikoloji Derneği (APA). Death Anxiety. Available at: <https://dictionary.apa.org/death-anxiety>. Erişim Tarihi 10 September 2021.
- Zhang J, Peng J, Gao P, et al. Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):308. [CrossRef]
- Albarqouni L, von Eisenhart Rothe A, Ronel J, Meinertz T, Ladwig KH. Frequency and covariates of fear of death during myocardial infarction and its impact on prehospital delay: findings from the multicentre MEDEA study. *Clin Res Cardiol*. 2016;105(2):135-144. [CrossRef]
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. 2012;21(1):42-79.
- Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *Egypt Heart J*. 2018;70(3):143-147. [CrossRef]
- Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart Enfarktüsü Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*. 2009;37(8):557-562.
- Ziebland S, Locock L, Fitzpatrick R, et al. Health services and delivery research. In: *Informing the Development of NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Quality Standards through Secondary Analysis of Qualitative Narrative Interviews on Patients' Experiences*. Southampton, UK: NIHR Journals Library, National Institute for Health Research, Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre, Alpha House, University of Southampton Science Park, Southampton, UK; 2014.
- Chung MC, Dennis I, Berger Z, Jones R, Rudd H. Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: personality, Coping, and Trauma Exposure Characteristics. *Int J Psychiatry Med*. 2011;42(4):393-419. [CrossRef]
- Hanna A, Yael EM, Hadassa L, et al. "It's up to me with a little support" – Adherence after myocardial infarction: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2020;101:103416. [CrossRef]
- Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46(4):839-852. [CrossRef]
- Zuckerman M, Gagne M. The COPE revised: proposing a 5-factor model of coping strategies. *J Res Pers*. 2003;37(3):169-204. [CrossRef]
- Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(7):580-593. [CrossRef]
- Sadr Bafghi SM, Ahmadi N, Yassini Ardekani SM, et al. A survey of coping strategies with stress in patients with acute myocardial

- infarction and individuals without a history of fixed myocardial infarction. *Cardiol Res.* 2018;9(1):35-39. [\[CrossRef\]](#)
25. PantheeB, Kritpracha C, Chinnawong T. Correlation between coping strategies and quality of life among myocardial infarction patients in Nepal. *Nurse Media Journal of Nursing* 2011;1(2):8.
26. Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction-A grounded theory approach. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:674783-674783. [\[CrossRef\]](#)
27. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety Scale. *J Gen Psychol.* 1970;82(2d Half):165-177. [\[CrossRef\]](#)
28. Şenol C, Yaşayan Yaşlılarda AİK. *Ölüme İlişkin Kaygı ve Korkular Yayınlanmamış* [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: A.Ü. Sosyal Bilimler Enst; 1989;100.
29. Dicle A, Ersanlı K. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Akad Sosyal Araştırmalar Derg.* 2015;3(16):111-126.
30. Andersson PO, Lawesson SS, Karlsson JE, Nilsson S, Thylén I, Sym-Time Study Group. Characteristics of patients with acute myocardial infarction contacting primary healthcare before hospitalisation: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):167. [\[CrossRef\]](#)
31. Noureddine S, Arevian M, Adra M, Puzantian H. Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: differences between Lebanese men and women. *Am J Crit Care.* 2008;17(1):26-35. [\[CrossRef\]](#)
32. Taghaddosi M, Dianati M, Fath Gharib Bidgoli J, Bamonaran J. Delay and its related factors in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction. *ARYA Atheroscler.* 2010;6(1):35-41.
33. Yıldırım D, Kocatepe V. Evaluating death anxiety and death depression levels among patients with acute myocardial infarction. *OMEGA J Death Dying.* 2021;302228211009773. [\[CrossRef\]](#)
34. Xu X, Bao H, Strait KM, et al. Perceived stress After acute myocardial infarction: a comparison between young and middle-aged women versus men. *Psychosom Med.* 2017;79(1):50-58. [\[CrossRef\]](#)