

# Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

## *Evaluation of Hopelessness and Quality of Life in Patients with Myocardial Infarction*

Fatma Akçay Fırat<sup>1</sup>, Özden Dedeli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir.

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa.

### ÖZET

**Amaç** Bu çalışmada amaç, miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.

**Yöntemler:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran 165 hasta ile yürütüldü. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından sosyodemografik bilgiler soru formu, Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (TR-MIDAS) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama ± standart sapma (Ort±SS), yüzde dağılımları ve korelasyon analizleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57,4±11,0 (32-87) yıl olup büyük çoğunluğu (%77,0) erkekti. Hastaların TR-MIDAS'tan aldıkları puan ortalamaları 37,4±18,7 (1,00-86,0) BUÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının ise 7,6±4,7 (0-19) olduğu bulundu. TR-MIDAS'ın alt boyutundan almış oldukları toplam puan ortalamaları sırası ile "Fiziksel Aktivite" alt boyutundan 16,1±7,8 (0,0-36,0); "Güvensizlik" alt boyutundan 11,7±7,3 (0,0-31,0); "Bağımlılık" alt boyutundan 1,2±1,3 (0,0-4,0); "Duygusal Tepki" alt boyutundan 5,2±2,5 (0,0-12,0); "İlaç Hakkında Endişe" alt boyutundan 2,7±2,5 (0,0-8,0) olduğu belirlendi. Mİ geçiren hastaların TR-MIDAS ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ile BUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (p<0,001).

**Sonuç:** Araştırma sonucunda, Mİ geçiren hastaların orta düzeyde fonksiyonel yetersizlikleri olduğu, yaşam kalitelerini orta düzeyde algıladıkları, orta düzeyde umutsuzluk deneyimledikleri ve umutsuzluk düzeyi arttıkça fonksiyonel yetersizlik ve yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Miyokart infarktüsü; yaşam kalitesi; umutsuzluk.

### ABSTRACT

**Objective:** The purpose of this study was to assess the hopelessness, and quality of life in patients with myocardial infarction.

**Methods:** This descriptive and cross sectional study was conducted with 165 patients with myocardial infarction at the outpatients cardiology polyclinic of a hospital. The data were collected by a demographic questionnaire, Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), and Beck Hopelessness Scale (BHS). Mean±standard deviation, percentage, Spearman's rho correlation were used in statistical analysis.

**Results:** The mean age of patients were 57,4±11,0 (32-87) years, 77% were male. The mean score of MIDAS was 37,4±18,7 (1,00-86,0) and BHS was 7,6±4,7 (0-19). It was found that the means of subscale scores of MIDAS were respectively 16,1±7,8 (0,0-36,0) from "Physical activity", 11,7±7,3 (0,0-31,0) from "Insecurity", 1,2±1,3 (0,0-4,0) from "Dependency", 5,2±2,5 (0,0-12,0) from "Emotional reaction", 2,7±2,5 (0-8) form "Concerns over medication". It was found that there was positive statistical correlation between mean scores of MIDAS and mean score of BHS (p<0,001).

**Conclusion:** The results of this study indicated that the patients with myocardial infarction had generally moderate functional impairment and hopelessness, high levels of hopelessness, their functional impairment and quality of life were affected adversely.

**Keywords:** Myocardial infarction; quality of life; hopelessness.

Geliş tarihi: 09.03.2016 Kabul tarihi: 19.12.2016

Sorumlu Yazar: Yard. Doç. Dr. Özden Dedeli

Yazışma adresi: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İstasyon Mevkii 45020 Manisa – Türkiye.

Telefon:0236 239 13 18 - 231 83 73 E-posta: ozdendedeli@yahoo.co.uk

## GİRİŞ

Akut koroner sendromlar (AKS) hem acil başvuruları içerisinde hem de koroner yoğun bakım ünitelerine yatırılma nedenlerinde ilk sırada yer almaktadır. Morbidite ve mortalitesinin yüksek olmasının yanı sıra yüksek hastane giderleri ve iş gücü kaybı nedeniyle de günümüz toplumlarında en önemli sağlık sorunlarından biridir.<sup>[1]</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl yaklaşık 1,5 milyon kişinin Akut Miyokart İnfarktüsü (AMİ) geçirdiği ve yaklaşık 540000 kişinin bu nedenle öldüğü İngiltere'de yılda yaklaşık 300000 kişinin AMİ geçirdiği ve 1,4 milyon kişinin de anjinasının olduğu bildirilmektedir.<sup>[2]</sup> Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre ise toplumumuzda yaklaşık olarak yılda toplam 230 bin yeni koroner olayın gerçekleştiği, yılda 160 bin erkek ile 120 bin kadının yaşamını kaybettiğini, koroner kökenli ölümün yaklaşık 66000 erkek ile 61000 kadınlarda meydana geldiği bildirilmektedir.<sup>[3]</sup>

Miyokart İnfarktüsü (Mİ) hastanın yaşamına getirdiği kısıtlamalardan dolayı bireyin bedensel ve ruhsal sağlığı, çevreye uyumu gibi birçok yönden etkilemektedir. Dolayısıyla bu hastalar beklenenden daha kısa bir süre içinde tekrar hastaneye yatmakta, taburcu olduktan sonra da yaşamının sonuna kadar hastalığın getirdiği sınırlılıklar içinde yaşamaktadırlar. Tıp ve teknolojiye gelişmeler doğumda beklenen yaşam süresini arttırmakla birlikte hastalıkla beraber yaşama süresini de arttırmıştır. Bu durum hastaların tedavi uyumunu olumsuz etkilemekte, hastada fiziksel ve fonksiyonel yetersizliklerinin yanı sıra psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara da neden olmaktadır. Mİ geçiren bireyler, kendilerine yeterliliklerinin, iş yaşamlarının, yaşam amaçlarının kısıtlandığını ya da tehdit altında olduğunu düşünmekte ve kısıtlamalar içerisinde yaşamları yaşam kalitelerini de azaltmaktadır.<sup>[4]</sup> Mİ geçiren hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.<sup>4</sup> Kronik hastalıkların birçoğunun fonksiyonel yetersizliğe, fiziksel iyilik halinin bozulmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu belirtilmektedir.<sup>[4,5]</sup> Miyokart infarktüsü sonrası birçok hastada emosyonel problemler, ölüm ve yetersizlik korkusu, ailesel problemler, gerekli egzersiz ve beslenme değişikliklerini yapamama gibi sorunlarla karşılaştığı ve hastaların en fazla yaşadıkları psikososyal sorunların korku, kaygı, umutsuzluk, depresyon,

deliryum, anksiyete, uyku bozuklukları, tedaviyi reddetme, agresif patlama, inkar, anksiyete, uyum güçlüğü, panik hal, psikoz ve travma sonrası stres bozukluğu olduğu bildirilmiştir.<sup>[5,6]</sup> Aşırı bağımlılık, yakınlarından ayrılamama, sosyal çekilme, çaresizlik, güçsüzlük, tedaviye uyumsuzluk ve umutsuzluk gibi bazı belirtilerin de depresyon habercisi olduğu belirtilmektedir.<sup>[7]</sup> Mİ, emosyonel zorlanmanın en çok yaşandığı kronik hastalıklardan biridir. Birey yaşamını ve sağlığını kaybetme korkusu yaşayabilmekte, yeterlilik ve değerlilik duygularının zedelenmesine neden olabilmektedir. Bu yaşadığı bireysel ve duygusal kayıplar da umutsuzluğa neden olabilmektedir.<sup>[5,6]</sup> Umutsuzluk, bireyin problemlerini çözme şansının kalmadığını hissetmesi, arzuladığı amaçlarına ulaşmak için enerjisinin kalmadığını düşünmesi, yaşamın bir anlamının olmadığını düşünerek yaşamın bittiğini zannetmesi ile birlikte bireyde güvensizlik duygusunun gelişmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>[8,9]</sup> Umutsuz bireylerde kırgınlık, öfke, depresyon, üzüntü, öz kıyım (suisid) düşünceleri, pasiflik duygusu ve kendini geri çekme davranışları gelişebilmektedir. Bireyin motivasyonu ve sosyal ilişkileri bozulabilir, karar verme yeteneği kaybolabilmektedir. Bunun yanı sıra uyku ve yeme alışkanlıklarında da ciddi değişiklikler ortaya çıkabilmektedir.<sup>[8,9]</sup>

Hemşireler, kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken biyolojik, fiziksel, sosyal, manevi, psikolojik olarak bir bütün olarak ele almalı ve yaşam kalitesini arttırabilmelidir. Umutsuzluk kayıplara karşı gösterilen normal bir tepkidir. Üzerinde durulması gereken konu ise, tepkilerin patolojik boyutlara ulaşmasını önlemek için, hemşirenin hastalarına yardımcı olabilmesidir. Hastanın, problemin farkında olarak hissettiği gerçekçi bir umudun, var olan sorunlarıyla etkin baş etmesinde önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir.<sup>[8-11]</sup> Bu bağlamda hemşireler, umutsuzluk yaşayan bireylerin bu durumlarıyla baş edebilmeleri ve hastalarının yaşam kalitelerini arttırmada profesyonel yardım ve bakım sunabilmelidirler. Araştırmalarda birçok kronik hastalıkta umutsuzluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi incelenmiş olup Mİ geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Miyokart İnfarktüsünün prognozunda önemli olduğu düşünülen sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve umutsuzluğun değerlendirilmesi, etki eden faktörlerin belirlenmesi, bu bağlamda da elde edilen kanıta dayalı bilimsel sonuçlar doğrultusunda Mİ geçiren hastalara daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunulacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada amaç, miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.

## GEREÇ ve YÖNTEMLER

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma 01 Haziran 2014-01 Haziran 2015 tarihleri arasında bir hastanenin Kardiyoloji Polikliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini; çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran hastalar oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında bu polikliniklere ortalama 10557 hasta başvurduğu öğrenildi (N=10557). Evrenin tamamının, araştırmanın sınırlılıkları ve araştırmaya dâhil olma kriterleri doğrultusunda çalışmaya dâhil edilmesi planlandığından her hangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi. Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olması ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek bir örneklem büyüklüğüne ulaşmak için araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 165 hasta ile çalışılma yürütüldü (n=165). Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Miyokart infarktüsü geçiren,
- 18 yaş ve üzeri,
- Görüşme yapıldığı sırada göğüs ağrısı şikayeti olmayan,
- Çalışmaya katılmayı engelleyecek ağır fiziksel ve mental hastalığı bulunmayan,
- Türkçe okuyup, yazabilen ve konuşabilen,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalardı.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 17 sorudan oluşan sosyodemografik soru formu, Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplandı.

### Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği

Thompson ve ark (2002) tarafından geliştirilen Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS), Mİ geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumu ölçümlerinin yapılabilmesi ve uygulanan tedavilerin, fonksiyonel ve iyilik durumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi için geliştirilen bir araçtır. Otuzbeş maddeden oluşan ve yaşam kalitesinin fiziksel aktivite (10 madde), güvensizlik (8 madde), duygusal tepki (3 madde), bağımlılık (1 madde), ilaç hakkında endişeler (2 madde) şeklinde 5 alanda ölçen MIDAS'nin her bir alt boyutu 0-100 arasında puanlandırılmıştır. Yüksek puanlar kötü bir sağlık durumunu göstermektedir.<sup>[12]</sup> Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark.

(2009) tarafından yapılan Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (TR-MIDAS)'ın Cronbach alfa değerleri; fiziksel aktivite için 0,86, güvensizlik için 0,84, duygusal tepki için 0,78, bağımlılık için 0,65 ilaç hakkında endişeler için 0,87 olarak bildirilmiştir.<sup>[13,14]</sup> Bizim çalışmamızda, TR-MIDAS için Cronbach alfa değeri 0,92; her bir alt boyutu için sırası ile fiziksel aktivite için 0,84, güvensizlik için 0,85, duygusal tepki için 0,68, bağımlılık için 0,71 ilaç hakkında endişeler için 0,80 olarak bulundu. TR-MIDAS'ın çalışmada kullanılması için ilgili izin elektronik posta ile birinci yazardan alınmıştır.

### Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini belirlemeyi amaçlayan, 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirliği Durak ve Palabıyıkoglu (1994) tarafından çalışılmıştır.<sup>[15]</sup> Ölçekten alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda, BUÖ için Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulundu. BUÖ'nün çalışmada kullanılması için ilgili izin elektronik posta ile birinci yazardan alınmıştır.

### Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, birinci araştırmacı tarafından gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırmaya dâhil olma kriterlerine uygun hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir hasta ile görüşme yaklaşık 40 dakika sürdü. Toplanan veriler, bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik programına girildikten sonra, tanımlayıcı istatistiksel analizleri ve korelasyon analizleri yapıldı. Veriler, sayısal ve yüzdelik dağılım, ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) şeklinde gösterildi. Anlamlılık  $\alpha$ =%95 güven aralığında  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

### Araştırmada Etik

Çalışmaya başlamadan önce Etik Kurul ve kurum izinleri alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

## BULGULAR

### -Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57,4±11,0 (32-87) yıl olup büyük çoğunluğu (%77,0) erkekti. Hastaların sigara ve alkol kullanımları değerlendirildiğinde %23,6'sının alkol, %36,4'ünün sigara kullandığı görüldü. Sigara kullanan hastaların %50,8'i günde 1 paket sigara, alkol kullananların da %30,6'sının günde 1-2 duble alkol içtiği belirlendi. Hastaların kronik hastalık veya durumları incelendiğinde en sık diyabet ve hipertansiyon (%14,5), hipertansiyon (%14,5), diyabet (%8,5) ve olduğu bulundu. Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Hastaların geçirdiği miyokart infarktüsü çeşitlerine bakıldığında en fazla inferior Mİ (%51,0) ve anterior Mİ (%42,4) geçirdiği belirlendi. Mİ geçiren hastaların büyük çoğunluğuna (%73,9) anjioplasti/stent takılarak müdahale edildiği bulundu (Tablo 2).

### Hastaların Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Hastaların TR-MIDAS'tan aldıkları puan ortalaması 37,4±18,7, BUÖ'den aldıkları puan ortalamaları ise 7,6±4,7 olarak bulundu (Tablo 3).

Hastaların cinsiyet ( $t=1,6$   $p>0,05$ ), medeni durum ( $F=0,94$   $p>0,05$ ), eğitim durumu ( $F=0,79$   $p>0,05$ ), meslek ( $F=1,8$   $p>0,05$ ), sosyal güvence ( $t=1,0$   $p>0,05$ ), kriz sayısı ( $F=1,2$   $p>0,05$ ), kronik hastalık varlığı ( $t=0,13$   $p>0,05$ ) ve tedavi türüne göre ( $F=1,2$   $p>0,05$ ) TR-MIDAS'tan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Hastaların TR-MIDAS'tan aldıkları puanlar yaş grubu göre değerlendirildiğinde ise puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4). Buna ilave olarak, yaş ile TR-MIDAS'tan alınan puanlar istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlendi ( $r=0,77$   $p<0,05$ ).

Hastaların BUÖ ile TR-MIDAS ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 5'te belirtilmiştir. Hastaların TR-MIDAS ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,00$ ).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=165)

		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	38	23,1
	Erkek	127	76,9
<b>Medeni durum</b>	Evli	136	82,5
	Bekar	29	17,5
<b>Yaşadığı kişiler</b>	Yalnız	17	10,3
	Eşi ve çocuklarıyla	126	76,4
	Yalnız çocuklarımla	10	6,0
	Aile ile	12	7,3
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-yazar	8	4,9
	İlkokul mezunu	82	49,7
	Ortaokul mezunu	24	14,5
	Lise mezunu	35	21,2
	Lisans / Lisans üstü	16	9,7
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	53	32,1
	Çalışmıyor	43	26,0
	Emekli	69	41,9
<b>Sosyo ekonomik durum</b>	Gelir giderden az	103	61,2
	Gelir giderden fazla	11	6,9
	Gelir gidere denk	51	31,9
<b>Sosyal güvence</b>	Var	134	80,6
	Yok	31	19,4
<b>Kronik hastalıkları</b>	HT	24	14,5
	DM	14	8,5
	HT+DM	24	14,5
	Diğer	11	6,6
<b>BKİ</b>	Normal kilolu	57	34,6
	Fazla kilolu	71	43,0
	1 <sup>o</sup> Obez	37	22,4

HT: Hipertansiyon,  
DM: Diabetes mellitus,  
Diğer: (KOA: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı,  
KBY: Kronik Böbrek Hastalığı, hipertiroidi, hipotiroidi),  
BKİ: Beden Kitle İndeksi

**Tablo 2.** Hastaların Miyokart İnfarktüsü İle İlgili Özellikleri (n=165)

		Sayı	%
<b>Miyokart infarktüsü bölgesi</b>	İnferior Mİ*	84	51,0
	Anterior Mİ	70	42,4
	Lateral Mİ	2	1,2
	Posterior Mİ	6	3,6
	Sağ ventrikül Mİ	3	1,8
<b>Tedavi türü</b>	Primer PTCA	12	7,3
	Anjioplasti\stent	122	73,9
	Trombolitik Tedavi	9	5,4
	Cerrahi	22	13,4
<b>Kriz sayısı</b>	1	109	66,1
	2	34	20,6
	3 ve ↑**	22	13,3

\*Mİ: Miyokart İnfarktüsü \*\*Stent takılan hastalardır

**Tablo 3.** Hastaların BUÖ, TR-MIDAS ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanlar (n=165)

TR-MIDAS, alt boyutları ve BUÖ	Puanların dağılım aralığı	En düşük-En yüksek puanlar	Ort±SS
Fiziksel aktivite	0-40	0-36	16,1±7,8
Güvensizlik	0-32	0-31	11,7±7,3
Bağımlılık	0-4	0-4	1,2±1,3
Duygusal tepki	0-12	0-12	5,2±2,5
İlaç hakkında endişe	0-8	0-8	2,7±2,5
<b>TR-MIDAS Toplam</b>	0-96	1-86	37,4±18,7
<b>BUÖ</b>	0-20	0-19	7,6±4,7

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

## TARTIŞMA

Akut Koroner Sendromlar, gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve kardiyovasküler mortalitenin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır.<sup>[15]</sup> Ülkemizde 1990 yılından beri yürütülen TEKHARF Çalışması 2013 yılı sonuçlarına göre; yetişkinlerde yıllık tüm ölüm oranı %13,2 koroner mortalite %5,6 düzeyinde saptanmıştır.<sup>[16]</sup> Kardiyovasküler hastalıkların erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir.<sup>[17]</sup> Dünya Sağlık Örgütü tarafından 7'si Avrupa Bölgesi'nden olmak üzere on yedi toplulukta yapılan bir araştırmada tüm yaş gruplarında Mİ görülme sıklığının erkeklerde %03,9-8,3, kadınlarda %02,2-6,5 olduğu bildirilmiştir.<sup>[18]</sup>

Literatürde Mİ için diğer risk faktörleri yaş (erkeklerde ≥45, kadınlarda ≥55 veya erken menapoz), diyabet ve hipertansiyon varlığı, obezite olarak tanımlanmıştır.<sup>[16,19,20]</sup> Çalışmamıza katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ve Mİ için risk faktörleri değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun erkek, orta yaş, diyabet ve hipertansiyonu olan, fazla kilolu ve obez hastalardan oluştuğu bulundu. Ülkemizde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında hastalarımızın özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir.<sup>[13,21-25]</sup>

**Tablo 4.** Hastaların yaş grubuna göre TR-MIDAS'tan aldıkları puanlar

TR-MIDAS ve alt boyutlarından alınan puanlar	Yaş grubu			
	45 yaş ve altı	46 yaş ve üzeri	t	p
<b>Fiziksel aktivite</b>	15,0±7,5	19,5±8,0	3,1	0,00
<b>Güvensizlik</b>	10,6±6,8	15,2±7,8	3,4	0,00
<b>Duygusal tepki</b>	5,0±2,5	6,1±2,5	2,4	0,01
<b>İlaç hakkında endişe</b>	2,6±2,5	3,3±2,6	2,4	0,03
<b>TR-MIDAS Toplam</b>	<b>34,6±17,2</b>	<b>45,2±20,0</b>	<b>3,2</b>	<b>0,00</b>

Miyokart İnfarktüsü geçiren hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaları fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak olumsuz etkilemektedir. Mİ sonrası gelişen fonksiyonel güçsüzlük, fiziksel iyilik halinde bozulma ve hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların stres, anksiyete, depresyon ve umutsuzluk yaşamalarına neden olmaktadır.<sup>[4,12,22,25-28]</sup> Mİ geçiren hastalarda umutsuzluk, fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitelerini değerlendirdiğimiz çalışmamızda, hastaların orta düzeyde fonksiyonel yetersizliklerinin olduğu ve yine orta düzeyde umutsuzluk deneyimledikleri bulundu. Literatürde Mİ geçiren hastalarda fonksiyonel yeterlilik, yaşam kalitesi ve umutsuzluğu bir arada değerlendiren bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle bulgularımız Mİ geçiren hastalarda bu kavramları ayrı değerlendiren literatür sonuçları ile tartışıldı.

**Tablo 5.** Hastaların BUÖ ile TR-MIDAS ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler (n=165)

	Fiziksel aktivite	Güvensizlik	Duygusal tepki	Bağımlılık	İlaç hakkında endişe	TR-MIDAS toplam	BUÖ toplam
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
<b>Fiziksel aktivite</b>	1.00						
<b>Güvensizlik</b>	0.77(0.001)	1.00					
<b>Duygusal tepki</b>	0.68(0.001)	0.65(0.001)	1.00				
<b>Bağımlılık</b>	0.52(0.001)	0.63(0.001)	0.48(0.001)	1.00			
<b>İlaç hakkında endişe</b>	0.46(0.001)	0.42(0.001)	0.26(0.001)	0.39(0.001)	1.00		
<b>TR-MIDAS toplam</b>	0.93(0.001)	0.92(0.001)	0.76(0.001)	0.67(0.001)	0.57(0.001)	1.00	
<b>BUÖ toplam</b>	0.45(0.001)	0.49(0.001)	0.32(0.001)	0.43(0.001)	0.21(0.005)	0.49(0.001)	1.00

Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirildiği çalışmada ölçek 348 Mİ geçiren hastaya uygulanmış olup hastaların alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları sırası ile fiziksel aktivite için 33,8±25,3, güvensizlik için 25,7±23,3, duygusal tepki için 32,5±23,0, bağımlılık için 26,5±23,1 ve ilaç hakkında endişeler için 24,9±30,0 olarak bulunmuştur.<sup>12</sup> Hong-Kong'ta Mİ geçiren 124 hasta ile yürütülen bir çalışmada hastaların MIDAS'ın alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırası ile fiziksel aktivite için 32,5±15,2, güvensizlik için 27,1±23,3, duygusal tepki için 21,1±16,4, bağımlılık için 20,9±16,7 ve ilaç hakkında endişeler için 21,0±21,5 olarak bildirilmiştir.<sup>[29,30]</sup> İzmir ilinde bir özel ve bir üniversite hastanesine başvuran 185 hasta ile yürütülen bir çalışmada hastaların TR-MIDAS'ın alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırası ile fiziksel aktivite için 44,7±24,0, güvensizlik için 35,3±24,7, duygusal tepki için 38,1±28,8, bağımlılık için 50,2±28,7 ve ilaç hakkında endişeler için 29,2±32,2 olduğu bildirilmiştir.<sup>31</sup> Literatür ile karşılaştırıldığında araştırma grubumuzdaki hastaların TR-MIDAS'ın alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla hastalarımızın fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kaliteleri benzer çalışma grupları ile karşılaştırıldığında orta düzeyde olduğu söylenebilir. Mİ geçiren hastalarda yaşam kalitesini Kısa Form-36<sup>[22,32,33]</sup>, Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası<sup>[34]</sup>, Rolls-Royce modeli yaşam kalitesi skalası<sup>[4]</sup>, Yaşam Kalitesi 15 D Anketi<sup>[35]</sup>, Nottingham Sağlık Profili<sup>[36]</sup>, EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi<sup>[37]</sup> gibi farklı ölçekler kullanılarak değerlendirilen çalışmalarda ise

hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Literatürün aksine çalışma grubumuzun yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bulundu. Bu durum farklı örneklemelerin, sağlıkla ilgili farklı yaşam davranışlarına sahip olması ve farklı ölçüm araçlarının kullanılması ile açıklanabilir.

Miyokart İnfarktüsü sonrası yaşam, hastalar için ciddi stres ve emosyonel zorlanmaya neden olmaktadır. Hastalar, kaygı, depresyon, güvensizlik, suçluluk ve umutsuzluk yaşabilmektedirler.<sup>[28,38,39]</sup> Koroner Arter Hastalığı olan 175 hasta ile yürütülen bir çalışmada hastaların BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının 7±5 olduğu bildirilmiştir.<sup>[25]</sup> Mİ geçiren hastalarda BUÖ kullanılarak yürütülen bir başka çalışmada ise umutsuzluk puan ortalamasının 7,55 olduğu belirlenmiştir.<sup>[33]</sup> Literatürle karşılaştırıldığında hastalarımızın BUÖ aldıkları puan ortalamalarının benzer olduğu görüldü.

Araştırmamızda cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, kriz sayısı, kronik hastalık varlığı ve tedavi türünün yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Literatürde de cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık, meslek, sosyal güvence<sup>[23,40,41]</sup>, kriz sayısı ve tedavi türünün<sup>[38]</sup>, Mİ'da yaşam kalitesini etkilemediği vurgulanmıştır. Çalışmamızda yaşın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bağımsız değişkenlerden biri olduğu bulundu. İlerleyen yaşla birlikte gelişen fonksiyonel yetersizliklerin Mİ'nde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu

bulgumuz, Erdem ve Ergüney (2005)<sup>[4]</sup> ve Unsar ve ark (2007)<sup>[42]</sup> çalışmaları ile de paraleldir.

Literatürde umutsuzluğun bir depresyon belirtisi olduğu, depresyon ve umutsuzluğun da iskemik kalp hastalıkları riskini arttırdığı bildirilmektedir.<sup>[43,44]</sup> Sağlıklı bireylerde yapılan bir çalışmada da umutsuzluğun Mİ için risk oluşturduğu vurgulanmıştır.<sup>[45]</sup> Umutsuzluk ve depresyonun endotelial disfonksiyon üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, olumsuz psikososyal özelliklerin aterosklerozun erken aşamaları üzerine kısmen etkisi olduğu için kardiyovasküler sonuçları etkileyebileceği, hastalığın gelişme sürecinde özellikle umutsuzluk gibi belirli psikososyal özelliklerin, genel depresif belirtilerden daha doğrudan bir rol oynayabileceği bildirilmektedir.<sup>[46]</sup> Umutsuzluk ile arterioskleroz arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada ateroskleroz tanısı konan 942 birey 4 yıl sonunda ultrasonografi ile incelenmiş ve damar intima-media kalınlığı ölçülmüştür. Umutsuzluğun karotid aterosklerozu sürecini hızlandırmada etkisi olduğu ve uzun süren yüksek düzeydeki umutsuzluğun özellikle zararlı etkilerinin olduğu bildirilmiştir.<sup>[47]</sup> Mİ ve kanser insidansı ve mortalite ile umutsuzluk ilişkisini inceleyen bir başka çalışmada, yüksek düzeyde umutsuzluğun Mİ insidansını, orta düzeyde umutsuzluğun ise kanser insidansını arttırdığı belirtilmiştir.<sup>[47]</sup> Umutsuzluğun hem kanser hem de Mİ'de mortalite riskini arttırdığı, yine umutsuzluğun depresyon ve geleneksel risk faktörlerinden bağımsız olarak olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilecek en önemli faktör olduğuna dikkat çekilmiştir.<sup>[27]</sup>

Çalışmamızda umutsuzluğun fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bağımsız değişkenlerden bir olduğu belirlendi. Bu bulgu hastaların umutsuzluk düzeyi arttıkça fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. Araştırmamızda umutsuzluk ile fiziksel aktivite ve duygusal tepki alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Umutsuzluk düzeyi arttıkça fiziksel aktivite ve duygusal tepkileri olumsuz etkilediği söylenebilir. Bir çalışmada umutsuzluğun Mİ geçiren hastalarda fiziksel ve mental sağlığı olumsuz etkilediği<sup>[26]</sup> bir başka çalışmada da umutsuzluk düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyonların azaldığı bildirilmiştir.<sup>48</sup> Çalışmalarda, yüksek umutsuzluk düzeyinin fonksiyonel durumu olumsuz etkilediği<sup>49</sup> ve stres düzeyini arttırdığı gösterilmiştir.<sup>[50]</sup>

Miyokart İnfarktüsü sonrası hastaların günlük yaşam aktivitelerinin bozulması, fiziksel aktivitenin sınırlanması, kendilerine olan güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitirilmesi gibi bireysel

ve duygusal kayıplar umutsuzluk yaşanmasına neden olabilmektedir.<sup>[28,29]</sup> Umutsuzluğun, hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını, baş etmelerini etkilemesi ve bir depresyon belirtisi olması açısından da önemli olduğu vurgulanmaktadır.<sup>50,51</sup> Çalışmamızda umutsuzluk ile güvensizlik, bağımlılık ve ilaç hakkında endişe alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Bu durum umutsuzluğun sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilediği, iyilik haline yönelik çabaları engellediği ve başkaları ile olan ilişkileri olumsuz etkilediği söylenebilir. Koroner arter hastalıklarında umutsuzluğun sağlık sorumluluğunu, fiziksel aktiviteyi, stres yönetimini ve kişiler arası ilişkileri olumsuz etkilediği bildirilmiştir.<sup>[25]</sup> Koroner Arter Hastalığı olan 207 hasta ile yürütülen bir çalışmada hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun kardiyak rehabilitasyon programına katılımı etkileme durumu değerlendirilmiştir. Umutsuzluk düzeyi arttıkça hastaların kardiyak rehabilitasyon programına katılma düzeylerinin azaldığı gösterilmiştir.<sup>[48]</sup>

## SONUÇ

Araştırma sonucunda, Mİ geçiren hastaların orta düzeyde fonksiyonel yetersizlikleri olduğu, yaşam kalitelerini orta düzeyde algıladıkları, orta düzeyde umutsuzluk deneyimledikleri, yaş ve umutsuzluk düzeyi arttıkça fonksiyonel yetersizlik ve yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği bulundu.

Bu bulgular doğrultusunda,

- Miyokart İnfarktüsü geçiren hastalarda fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinen psikososyal faktörlerin hemşireler tarafından değerlendirilmesi,
- Hastaların fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki, bağımlılık ve ilaç hakkında endişelerini olumsuz etkileyebilen umutsuzluk düzeylerinin hemşireler tarafından belirlenerek hastaların profesyonel yardım almalarının sağlanması önerilmektedir.

## TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılmayı kabul eden tüm hastalar ve yakınlarına teşekkür ve minnetlerimizi sunarız.

## ÇIKAR UYUŞMAZLIĞI

Bu çalışmada çıkar uyuşmazlığı yoktur.

## KAYNAKLAR

1. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST segment elevation

- myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:970-1062.
2. Dyke CK, Califf RM. National and regional registries: what good are they? *Eur Heart J* 2000;21(17): 1401-3. <http://dx.doi.org/10.1053/euhj.2000.2121>
  3. Onat A, Hergenç G, Can G. TEKHARF 2009. Türk halkının kusurlu kalp sağlığı sırrına ışık, tıbbi önemli katkı. İstanbul:Cortex İletişim Hizmetleri; 2009.s.19-26.
  4. Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalıklarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(3):1-9.
  5. Erdin S, Turfaner N. Kalp hastalıklarının psikososyal yönü. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62; 2008.s.143-6.
  6. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche Yayınları; 1993.s.103-9.
  7. Aydemir S, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Med J* 2015;5(4):199-203. <http://dx.doi.org/10.5505/sakaryamedj.2015.24392>
  8. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(2):39-47.
  9. Biçer S, Bayat M. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012;7(19):1-21.
  10. Kumcağız H, Ersanlı K. Diyabet hastalarının umutsuzluk düzeylerinin cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008;23:123-8.
  11. Özer-Gök F, Beydağ-Taşçı KD, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4 (10):123-36.
  12. Thompson DR, Jenkinson C, Roebuck A, Lewin RJ, Boyle RM, Chandola T. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Qual Life Res* 2002;11:535- 43.
  13. Uysal H, Özcan Ş, Enç N. Miyokart enfarktüsü boyutsal değerlendirme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009;37(8):543-50.
  14. Uysal H, Ozcan Ş. A Turkish version of myocardial infarction dimensionla assessment scale (TR-MIDAS):Reliability-validity assessment. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:115-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.05.007>.
  15. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Derg* 1944;2:311-9.
  16. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics 2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:18-209. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182009701>.
  17. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu A, Aydın M, Çakmak A, Karagöz A, Can G. TEKHARF 2012:Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2013;41(5):373-78. <http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2013.15853>
  18. IDF, Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act. 2001:1-90.
  19. Conn V, Taylor S, Abele P. Myocardial infarction survivors: Age and differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *J Adv Nurs* 1991;16:126-34. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03362.x>
  20. Yüksel H. Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklarda primer ve sekonder korunma. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi:52, 2006, s: 77-88.
  21. Buğan B, Çelik T. Koroner arter hastalığı risk faktörleri. *J Clin Anal Med* 2014;5(2):161-5. <http://dx.doi.org/10.4328/JCAM.1304>
  22. Enar R, Sezgiç M, Çeliker M, Yazıcıoğlu N, Demiroğlu C. Gençlerde akut miyokart enfarktüsü. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1992;20:249-52.
  23. Eski S, Fesci H. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002;4(1):15-28.
  24. Eren HŞ, Yılmaz K, Korkmaz İ, Aktaş C, Oğuztürk H, Alagözlü H. Acil serviste akut miyokart enfarktüsü tanısı almış hastalarda trombolitik tedavi uygulamasını etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2006;11(3):163-5.
  25. Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. Miyokart enfarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:143-9.
  26. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçim davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.5505/phd.2013.07279>
  27. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996;58:113-21.
  28. Canlı-Özer S, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37(8):557-62.
  29. Türkmen-Nehir S, Çam OM. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(3):105-15.

- <http://dx.doi.org/10.5505/phd.2012.32032>
30. Yu DS, Thompson DR, Yu CM, Oldridge NB. Assessing HRQL among Chinese patients with coronary heart disease: angina, myocardial infarction and heart failure. *Int J Cardiol* 2009;131:384-94.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2007.10.043>.
31. Thompson DR, Oldridge NB, Yu DS, Yu CM. Translation and validation of two Chinese health-related quality of life instruments in patients with coronary heart disease. *Hong Kong Med J* 2009;15(Suppl 2): 8-11.
32. Yılmaz E, Eser E, Şekuri C, Kültürsay H. Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011;11:386-401.  
<http://dx.doi.org/10.5152/akd.2011.105>
33. Kurçer AM, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011;1:107-13. doi:10.5152/akd.2011.028
34. Öz H, Pınar R. Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umut, moral ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisi. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Klinik Uygulamalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmet; 5-7 Nisan 2007.
35. Olgun S, Kaptan G, Kemal Büyükkunal S. Miyokart infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi*. 2016;1(1):6-15.
36. Lukkarinen H. Quality of life in coronary arter disease. *Nurs Res* 1998; 47(6):337-43.
37. Gencer B, Girardin F. Coronary artery disease is associated with persistent lower quality of life in women. *Open Heart* 2015;2(1):1-3.  
<http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2015-000305>
38. Durmaz T, Özdemir Ö, Akyunak-Özdemir B, Keleş T, Akar-Bayram N, Bozkurt E. Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turk J Med Sci* 2009;39(1):1-8.  
<http://dx.doi.org/10.3906/sag-0901-26>
39. Chan DSK, Chau JPC, Chang AM. Psychosocial outcomes of Hong Kong Chinese diagnosed with acute coronary syndromes: A prospective repeated measures study. *IJNS* 2007;44:945-52.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.012>
40. Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in a Iranian population. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1(23):1-6.  
<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-1-23>
41. Gucht VD, Elderen TV, Kamp LVD, Oldridge N. Quality of life after myocardial infarction: translation and validation of the MacNew questionnaire for a Dutch population. *Quality of Life Research* 2004;13:1483-1488.
42. Unsar S, Sut N, Durna Z. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 22(6):501-7.  
<http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000297382.91131.8d>
43. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.2013;1(1): 57-72.
44. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 1993;4(4):285-94.
45. Appels A, Kop WJ, Schouten E. The nature of the depressive symptomatology preceding myocardial infarction. *Behav Med* 2000;26(2):86-91.  
<http://dx.doi.org/10.1080/08964280009595756>
- Phuong D, Dowd JB, Ranjit N, et al. Hopelessness, depression, and early markers of endothelial dysfunction in U.S. adults. *Psychosomatic Medicine* 2010;72:613-19.  
<http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e2cca5>
46. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1997;17(8):1490-95.
47. Dunn SL, Stommel M, Corser WD, Holmes-Rovner M. Hopelessness and its effect on cardiac rehabilitation exercise participation following hospitalization for acute coronary syndrome. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 2009;29(1):32-9.  
<http://dx.doi.org/10.1097/HCR.0b013e31819276ba>
48. VanServellen G, Sarna L, Padilla G, Brecht M. Emotional distress in men with life-threatening illness. *Int J Nurs Stud* 1996;33:551-565.  
[http://dx.doi.org/10.1016/0020-7489\(96\)00011-9](http://dx.doi.org/10.1016/0020-7489(96)00011-9)
49. Northouse LL, Jeffs M, Cracchiolo-Caraway A, Lampman R, Dorris G. Emotional distress reported by women and husbands prior to a breast biopsy. *Nurs Res* 1995;44:196-201.
50. Doğan S, Kelleci M. Fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi* 2004;13(52):23-37.