KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON BELİRTİLERİ

Melis Karakuşlu
171502115

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Haziran, 2022

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON BELİRTİLERİ

Melis Karakuşlu
171502115
Orcid: 0000-0002-1136-5190

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Haziran, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Tez dönemi boyunca desteklerini esirgemeyen değerli tez danışmanı hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk'e,

Yanımdan çok erken ayrılsa bile varlığını hep hissettiğim canım babam Mustafa Karakuşlu'ya,

Desteklerini asla esirgemeyen her daim yanımda olan canım ailem Seçkin Karakuşlu, Birgül Karakuşlu ve Mustafa Yiğit Karakuşlu'ya,

Her zaman yanımda olan, ailemden ayırmadığım, can dostum Ayşenur Temizkan'a,

Zor zamanlarımda beni hiç yalnız bırakmayan canım kardeşim, meslektaşım Abdulkadir Polat'a,

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Araştırmama katılmayı kabul eden sevgili hastalarıma,

Cerrahi Kliniği'nde çalışan meslektaşlarıma ve değerli anjiyo ekibine teşekkürü borç bilirim.

Melis Karakuşlu

Haziran, 2022

ÖZ

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON BELİRTİLERİ

Melis Karakuşlu
Yüksek Lisans Tezi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu araştırma koroner anjiyografi uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan özel bir eğitim araştırma hastanesi kardiyoloji servisinde anjiyografi işlemi olan hastalar, araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı. Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde Pearson korelasyon analizi, Linear Regresyon analizi, Cronbach α kat sayısı, Kurtosis ve Skewness kat sayıları kullanıldı. Bu araştırma sonucunda koroner anjiyografi uygulanan hastalarda depresyon belirtileri gözlendiği sonucuna ulaşıldı. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtileri arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğu görüldü. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça depresyon belirtilerinin de azaldığı görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Koroner anjiyografi, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Depresyon, Hemşirelik, Cerrahi hemşireliği.

ABSTRACT

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND SYMPTOMS OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH CORONARY ANGIOGRAPHY

Melis Karakuşlu
Master Thesis
Department of Nursing
Surgical Diseases and Nursing Master's Program with Thesis
Consultant: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk
Maltepe University Postgraduate Education Institute, 2022

This descriptive study was conducted to determine the symptoms of depression and to evaluate healthy lifestyle behaviors in patients undergoing coronary angiography. The population of the study consisted of patients who underwent angiography in the cardiology service of a private training and research hospital in Istanbul, and the sample of the study consisted of 100 patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The data of the study were collected using the Patient Description Form, Beck Depression Inventory (BDI), and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (SYBDS II). Data were analyzed with SPSS for Windows 22 package program. Pearson correlation analysis, Linear Regression analysis, Cronbach α coefficient, Kurtosis and Skewness coefficients were used in the analysis of the data. As a result of this study, it was concluded that depression symptoms were observed in patients who underwent coronary angiography. There is a negative relationship between healthy lifestyle behaviors and depression symptoms. It is seen that as healthy lifestyle habits increase, symptoms of depression decrease.

Keywords: Coronary angiography, Healthy lifestyle behaviors, Depression, Nursing, Surgical nursing.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
KISALTMALAR x
ÖZGEÇMİŞ xi
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1

1.1 Problem 1
1.2.Amaç 4
1.3.Önem 4
1.4.Varsayımlar 4
1.5.Sınırlıklar 4
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 5

2.1 Koroner Arter Hastalığı (KAH) 5
2.1.1 Koroner Arter Hastalığı (KAH) Prevalansı 5
2.1.2. Koroner Arter Hastalığı (KAH) Risk Faktörleri 5
2.1.3 Koroner Arter Hastalığı (KAH) Tedavisi 6
2.1.3.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri 6
2.1.3.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri 6
2.1.3.3. Perkütan Koroner Girişim 7
2.1.3.4. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) 7
2.2 Koroner Anjiyografi 7
2.2.1 Koroner Anjiyografi Endikasyonları 8
2.2.2 Koroner Anjiyografi Kontraendikasyonları 8
2.2.3. Koroner Anjiyografi Komplikasyonları 9
2.2.4. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı 9
2.2.5. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı 10
2.2.6. Koroner Anjiyografi Sonrasında Hemşirelik Bakımı 11
2.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi 11
2.3.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 12
2.3.1.1.Kişilerarası İlişkiler 13
2.3.1.2. Stres Yönetimi 13
2.3.1.3. Beslenme Alışkanlığı 13
2.3.1.4.Fiziksel Aktivite 14
2.3.1.5.Manevi Gelişim 14
2.3.1.6. Sağlık Sorumluluğu 14
2.4. Depresyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki 14

BÖLÜM 3. YÖNTEM 16

3.1.Araştırma Modeli 16
3.2.Evren ve Örneklem 16
3.3.Araştırmanın Etik Boyutu 16
3.4.Veriler ve Toplanması 17
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu 17
3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) 17
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) 18
3.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 18
Tablo 1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu (n=100) 19
Tablo 2. İç Geçerlilik Katsayıları 19
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR 20

4.1. Bulgular 20
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri 20
Tablo 4. BDE, SYBDÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı (n=100) 22
Tablo 5. Beck Depresyon Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=100) 23
Tablo 6. BDE ile SYBDÖ Arasındaki Regresyon Analizi 24

4.2.Yorumlar 25
BÖLÜM 5. SONUÇ 33

Özet 33
Yargı 33
Sonuç 34
Öneriler 34
BÖLÜM 6. EK'LER 35
KAYNAKÇA 49

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu (n=100)..... 19

Tablo 2. İç Geçerlilik Katsayıları..... 19

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri..... 20

Tablo 4. BDE, SYBDÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı (n=100)..... 22

Tablo 5. Beck Depresyon Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=100)..... 23

Tablo 6. BDE ile SYBDÖ Arasındaki Regresyon Analizi..... 24

KISALTMALAR

AKS : Akut Koroner Sendrom

BDE : Beck Depresyon Envanteri

CABG : Coronary Artery Bypass Graft

CX : Circumflex Artery

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KAG : Koroner Anjiyografi

KAH : Koroner Arter Hastalığı

LAD : Left Anterior Descending

LMCA : Left Main Coronary Artery

MI : Miyokard Enfarktüsü

RCA : Right Coronary Artery

SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ÖZGEÇMİŞ

Melis Karakuşlu

Hemşirelik Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Ls.	2017	Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
Lise	2012	Mustafakemalpaşa Anadolu Sağlık Meslek Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2012 – 2019	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi – Hemşire
2020 - Halen	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi – Hemovijilans Hemşiresi
2020 - Halen	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi – Süpervizör Hemşire

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1 Problem

Dünya çapında yüksek mortalite ve morbiteye sahip hastalıkların başında koroner arter hastalığı (KAH) gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 verilerine göre 8.9 milyon kişi kalp hastalığı sebebiyle yaşamını kaybetmekte ve bütünün %16'sını kapsamaktadır. Türkiye'de ise ölüm nedenlerinin başında iskemik kalp hastalıkları, birinci sırada yer almaktadır (WHO, 2019). Özellikle TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasında kadınlara oranla erkek bireylerde daha fazla risk tespit edilmiştir. Diğer ülkelerde bir yılda ölüm seviyeleri 45-74 yaş kesimde erkek bireylerde binde 2 ile 8, kadın bireylerde binde 0.6 ile 3 aralığında belirlenmiştir (Bayrak vd., 2019). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2019 verilerine göre ise tüm ölümlerin %36.8'ini dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarının alt ölüm nedenlerine bakıldığında %39.1'i iskemik kalp hastalığı, %22.2'si serebrovasküler hastalıklar ve %25.7'sini kalp hastalıkları oluşturmaktadır.

Koroner arter hastalıklarının değerlendirilmesinde bilindiği gibi en önemli faktör koroner anjiyografidir (Bayrak vd., 2019). Koroner anjiyografi (KAG); femoral, brakial, radial, ve aksiller arterlere kontrast madde verilerek görüntü elde edilmesi işlemidir (Günay vd., 2014). Koroner anjiyografi KAH'ın tanısındaki en önemli faktör olmasına rağmen, bu işlemin yapılması ve sonuçları bazı hastalar için korku ve anksiyete gibi biyopsikososyal sorunlara neden olmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Aynı zamanda bireylere kalp hastalıkları tanısı koyulduğunda depresyon gibi psikolojik bozuklukların ortaya çıktığı bilinmektedir. KAH için depresyonda bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Çam ve Nehir, 2011). Depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar çift yönlü ilişkili durumlardır, birbirleri için risk oluşturmakta ve sıklıkla da birlikte bulundukları belirtilmektedir. Kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerde depresyon prevalansı genel popülasyona göre daha fazladır. Akut miyokard enfarktüslü kalp hastalarında depresyon, genel popülasyondan üç kat daha sık görülür. Depresyonun, çeşitli organ sistemlerinin, kan basıncı, kalp hızı, vazomotor tonus

değerleri gibi patofizyolojik değişikliklerini doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Depresif hastalarda oluşan hipotalamik-hipofiz-adrenal bez disfonksiyonu, artmış proinflamatuar ve protrombotik faktör aktivitesi, azalmış omega-3 yağ asitleri, azalmış kalp hızı değişkenliği, sigara içme, fiziksel hareketsizlik, ruhsal çökkünlük, benlik saygısı ve öz yeterlilikte azalma gibi durumların kalp hastalığı oluşumu için risk oluşturduğu belirtilmektedir (Raič, 2017).

Yapılan incelemelerde anjiyografi uygulanmış ve MI geçiren hastalarda görülmüş olduğu ve depresyonun, KAH'ın şiddeti ve yaygınlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Sunbul vd., 2013). Kardiyovasküler kalp hastalıklarından herhangi birine sahip bireylerin bu rahatsızlığı öğrendikten sonraki ruhsal durumu ilerleyen yıllarda yeni kalp hastalıklarına da sebebiyet verdiği görülmüştür (Yıldırım ve Öztürk, 2016). Sigara kullanımı, yaşam biçimini değiştirememe, tedaviye uyum sağlayamama gibi birçok özellik depresyon ile ilgili olup bu süreçte hastalığın seyrini olumlu yönde değiştirmek, hastalığın yarattığı riski en aza indirgemek psikiyatrik yaklaşım için önemlidir. Bireye tıbbi bir hastalık tanısı koyulduğunda, depresyon gibi psikiyatrik bir hastalığın, tıbbi süreç bittiğinde ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların çoğunda psikiyatrik bozukluklar devam etmekte ve göz ardı edilmektedir. Bu söz konusu durum ortadan kaldırılmadığı sürece kalp hastalıklarında ölüm oranının ve hastalık sürecinin uzamasının ilişkili olduğu görülmüştür (Akkaya vd., 2018).

Yaşam tarzı, kişilerin kendi kontrolü altına alabildikleri ve bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmelerini etkileyen tüm davranışlardır. Bütüncül (holistik) sağlık yaklaşımına göre kişinin sağlığını koruması ve sağlığın teşvikine yönelik davranışları edinmesi sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemekle bir bütündür (Savaşan vd., 2013). Kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak belirlenmiştir ve kişinin sağlığını tehlikeye götüren tutumlarını düzeltmesi, gündelik yaşamını sürdürürken sağlığına yararlı tutumlarına öncelik tanıması olarak ifade edilmiştir. Kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyileştirmek için sağlık halinin ne durumda olduğunu bilmesi ve davranışlarını yaşam tarzı olarak benimsemeleri gerekmektedir. Amaçlarına ulaşmaları için tütün ve alkol kullanımını azaltmaları, zararlı beslenme alışkanlıklarını değiştirmeli, yetersiz egzersiz durumunu ortadan kaldırmalı, iletişimsizlik ve stres gibi

faktörlerden uzak durmaları gerekmektedir. Bu sebeple kişilerin sağlığını olumsuz etkileyecek durumlardan kaçınmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir. Yalnız sağlıklı kişilerin değil, sağlık sorunu var olan kişilerinde sağlık düzeylerini arttırmada yaşadığı problemlere başa çıkabilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaları gerekmektedir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004; Yalçınkaya vd., 2007).

Kronik bir hastalığın, bireylerde hastalığa uyum çabalarından ruhsal hastalıklar dahil birçok soruna sebep olduğu görülmektedir. (Niti vd., 2007). Kalp hastalığı tanısı almak bireylerin yaşam tarzlarında ciddi değişiklik yapmaları gereksinimi doğurmakta ve bedenlerinde, duygusal yaşantılarında birçok sorunla baş etmelerini gerektirecek durumlara neden olmaktadır (Okgün Alcan vd., 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları içerisinde yer alan, egzersiz, beslenme, zararlı alışkanlıkların bırakılması, stresi yönetme gibi davranışları edinmesi kronik hastalıkla mücadelede oldukça önemlidir. Birey bir taraftan bu davranışları edinmeye çabalarken bir taraftan da bunlarla mücadele etmek zorunda olduğu için depresyon belirtileri gösterebilmektedir. Depresyonun varlığı ise sağlığını tehlike altına alacak davranışları devam ettirme yönünden risk oluşturabilmektedir (Mitra ve Razieh, 2014). Kronik hastalıkların yönetilmesinde hemşirelik bakımının önemi büyüktür. Hastanın hastalık hakkında bilgi edinmesi, sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesi ve uygulaması, ruhsal olarak kendini güçlü hissetmesi için hemşirelik bakımının sağlanması gerekmektedir. Hemşireler hem hastalıklardan korunmada hem de var olan hastalığın yönetilmesinde hastaların öncelikli danışmanı pozisyonunda olan sağlık profesyonelleridir (Parvan vd., 2013; Mitra ve Razieh, 2014). Riskli grupların belirlenmesi holistik bakımın sağlanması ve sağlıklı toplum açısından önemlidir.

Koroner kalp hastalığında hastaların, geçirmiş oldukları anjiyografinin ardından hastanın depresyon belirtilerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına katkı sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

1.2.Amaç

Bu çalışmanın amacı, koroner anjiyografi uygulanan hastaların depresyon belirtilerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir. Bu doğrultuda araştırma soruları şu şekildedir:

- ✓ Koroner anjiyografi uygulanan hastaların depresyon belirtileri var mıdır?
- ✓ Koroner anjiyografi uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ne düzeydedir?
- ✓ Koroner anjiyografi uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile depresyon belirtileri arasında ilişki var mıdır?

1.3.Önem

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların depresyon belirtileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili literatürde yapılmış sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma ile birlikte koroner anjiyografi sonrası dönemde hastaların depresyon belirtilerinin ve sağlıklı yaşam biçimlerinin araştırılması, cerrahi hemşireliği alanına ve hastaya fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

1.4.Varsayımlar

Koroner anjiyografi uygulanan hastalarda, hasta tanıtım formu, BECK Depresyon Envanteri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği formlarının hastalar tarafından eksiksiz, tarafsız ve doğru olarak doldurdukları varsayılmaktadır.

1.5.Sınırlıklar

Bu çalışma, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yatan, örneklem kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden koroner anjiyografi uygulanan hastalarla sınırlıdır. Araştırma sonuçları, sadece bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalarla ve veri toplama araçlarına verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koroner Arter Hastalığı (KAH)

KAH günümüzde en çok görülen kardiyovasküler sistem hastalığı olarak bilinmektedir. Kalbin oksijenlenmesini ve beslenmesini sağlayan damarlara koroner arter denilmektedir. Kalpteki koroner arter aorttan 2 dal halinde çıkarak sağ koroner arter (RCA) ve sol ana koroner arter (LMCA) olarak ayrılır. Sol ana arter sonrasında kendi içinde ikiye ayrılarak sol ön inen arter (LAD) ve sirkumfleks (Cx) olarak adlandırılır. Bu arterlerin daralması veya tıkanması, kan akımını yavaşlatacağından kalbin beslenmesi ve oksijenlenmesi engellenir. Koroner arter damarların tıkanması veya daralması nedeniyle, beslenen miyokardın kan akımının tam ya da kısmi olarak kesilmesiyle ortaya çıkar. Daralma veya tıkanma genel olarak ateroskleroz sebebiyle meydana gelir. Ateroskleroza birçok etkenin neden olduğu bilinmektedir. Aterosklerozda erken dönemde endotel disfonksiyon görüldüğü için inflamasyonlu bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Patolojisine bakıldığında, düşük yoğunluklu olarak bilinen lipoprotein kolesterolün (LDL) kandaki miktarının artması, yüksek yoğunluklu lipoproteinin (HDL) ise kandaki miktarının azalması gibi yağ metabolizması bozuklukları ile ortaya çıktığı çalışmalarda görülmüştür (Türk Kardiyoloji Derneği, 2008).

2.1.1 Koroner Arter Hastalığı (KAH) Prevalansı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılı veri sonuçlarına göre, dünyadaki toplam ölümlerin %16'sı iskemik kalp hastalıkları nedeniyle meydana gelmektedir. 2000 yılındaki veri sonuçları ile karşılaştırıldığında 2019 yılında iskemik kalp hastalıklarından ölen kişi sayısı 2 milyondan daha fazla sayıda artarak 8.9 milyona yükseldiği görülmüştür. Kardiyovasküler hastalıkların sonucunda ölümlerin 2030 yılında ise 22.2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2019). 2.1.2. Koroner Arter Hastalığı (KAH) Risk Faktörleri

KAH için risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olarak iki grupta ele alınır. Cinsiyet, genetik, yaş ve ırk değiştirilemez risk faktörleri arasındadır. Yaş ilerledikçe KAH riski artmakla beraber ailede bulunan KAH öyküsü, kadınlar ve

erkekler için risk oluşturmaktadır. Değiştirilebilir faktörlere bakıldığında diyabet, yüksek kolesterol ve hipertansiyon kilo kaybı, diyet, düzenli ilaç tedavisi ile kontrol edilebilmektedir. Sigara kullanımı, obezite ve hareketsizlik gibi davranışsal etmenler, düzenli ve sağlıklı yaşam aktivitelerin hastaya kazandırılmasıyla değiştirilebilir (Demir ve Arslantaş, 2014).

2.1.3 Koroner Arter Hastalığı (KAH) Tedavisi

KAH'ın tedavisinde temel amaç bireylerin yaşam kalitesini maksimum düzeye çıkarmak, morbidite ve mortalite oranını azaltmaktır. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik tedavi yöntemleri, perkütan koroner girişim (anjiyo, stent vb.) ve açık kalp ameliyatı (Koroner Arter Bypass Greft) gibi yöntemler kullanılmaktadır (Demirtaş, 2007).

2.1.3.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Koroner arterlerde bulunan tıkanıklığa bakılarak tedavi şekli değişiklik göstermektedir. KAH hastalarında azalan ölüm oranının %50'si risk faktörlerinin değişikliğinden kaynaklandığı görülmüştür. Yaşam tarzı değişikliklerinde sigaranın bırakılması, fiziksel aktiviteler, tansiyon kontrolü, diyabet, kilo, lipid ve psikoloji yönetimi gibi davranışlar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastalara verilen eğitimin fiziksel aktivitelerde gözle görülür artışın olduğu, diyete uyumlarını arttırdıkları ve kan basıncında önemli düzeyde iyileşmenin olduğu görülmüştür (Kurçer ve Özbay, 2011; Nichols vd., 2012).

2.1.3.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Farmakolojik tedavide; lipid düşürücü ilaçlar, beta blokerler, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADEİ), nitratlar, antitrombosit ilaçlar ve kalsiyum kanal blokerleri tercih edilmektedir (Arjomand vd., 2003).

2.1.3.3. Perkütan Koroner Girişim

Kateter aracılığı ile periferik arterlerden femoral, brakial, radial veya aksiller artere girilip kontrast madde verilerek koroner arterlerin görüntülenmesidir. Amaç kan dolaşımının kontrolünü sağlamak, koroner arterde bulunan sorunu stent, balon gibi kateter öncelikli yöntemlerle giderebilmektir (Singh vd., 2009).

2.1.3.4. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)

Koroner Arter Bypass Greft aterosklerozun neden olduğu daralma ya da tıkanmanın perkütan koroner girişimin yetersiz olduğu durumlarda koroner arterlere safen ven, radial veya internal mammarian arter (İMA) ile greft kullanılarak kalbin yeniden oksijenizasyonunun sağlanması işlemidir. KAH için etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir. Dünyada yaygın olarak kullanılır ve komplikasyon oranı düşüktür (Yıldızeli vd., 2016).

2.2 Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi (KAG), periferik intravenöz yol ile kontrast madde verilerek tüm sistemin görünür hale getirilip grafiklerinin çekilmesini ve bu yapıların incelenip bilimsel anlamda değerlendirilmesini sağlayan bir tanılama yöntemidir. KAH'ın tanılanmasında altın standart olarak bilinir ve yaygın olarak kullanılır. Koroner anjiyografide sıklıkla kullanılan arterler brakial, femoral, radial ve aksiller arterlerdir. Bu arterlere kateter aracılığıyla girilir ve sheath adı verilen plastik kılıf sayesinde kontrast madde ile arteriyel sisteme ulaşım sağlanır ve birçok açıdan arterlerin görüntüleme işlemi yapılır. Günümüzde aksiller arterler nörovasküler komplikasyonlara sebep olduğu için çok tercih edilmezler (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004; Yalçınkaya vd.,2007).

Koroner anjiyografi işlemi ilk olarak 1844 yılında Claude Bernard tarafından hayvanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Werner Forssmann ise 1929 yılında kendi üzerinde koroner anjiyografi işlemini gerçekleştirerek ilke imza atmıştır (Zengin ve Kahraman, 2019).

2.2.1 Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Koroner anjiyografi endikasyonları Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Amerikan Kalp Birliği (AHA) rehberlerine göre aşağıda açıklanmıştır;

- ✓ Semptomsuz veya kararlı angina,
- ✓ Semptomsuz veya kararsız angina,
- ✓ Stres elektrokardiyografi veya ekokardiyografi,
- ✓ Revaskülarizasyon sonrası iskemi,
- ✓ Miyokard enfarktüsü sonrası ve nonspesifik göğüs ağrısıdır.

KAG' de yaygın olan endikasyonlar ise fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, stent ya da bypass düşünülen hastalar, kapak hastalıkları, aortik hastalıklar ve konjenital kalp hastalıklarıdır (Topol, 2008).

2.2.2 Koroner Anjiyografi Kontraendikasyonları

Koroner anjiyografi işlemi için endikasyonların yanı sıra kontraendikasyonlarında dikkatli bir şekilde düşünülmesi büyük önem taşımaktadır. Kontraendikasyonlar kesin ve göreceli olarak iki şekilde incelenir. Kesin kontraendikasyon hastanın yapılan işlemi kabul etmemesi durumudur. Göreceli kontraendikasyon ise özenli bir takip süreci ile koroner anjiyografinin uygulanmasıdır. Bu durumlar şunlardır;

- ✓ Renal yetmezlik
- ✓ Gebelik durumu
- ✓ Dijital ilaç zehirlenmesi
- ✓ Ciddi alerjik durumlar (radyoopak madde alerjisi gibi)
- ✓ Hipertermi
- ✓ Elektrolit dengesizliği
- ✓ Aktif kanaması olan hastalar
- ✓ Koagülopatisi bulunan hastalar
- ✓ Renal disfonksiyon
- ✓ Aort kapağının vejetasyonu

- ✓ İnatçı hipertansiyon (Rolley vd., 2011; Çınar ve Olgun, 2013; Yel ve Ünsar, 2020).

2.2.3. Koroner Anjiyografi Komplikasyonları

Her invaziv girişimde birtakım riskler olduğu gibi koroner anjiyografi işleminde de komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu komplikasyonlar; ciddi alerjik durumlar, kalbin perforasyonu, işlem yapılan bölgede hematom oluşması, aritmiler, kanama, enfeksiyon, emboli, vazovagal reaksiyonlar, tansiyon düşüklüğü, böbrek yetmezliği, sinir harabiyetidir. Majör olarak bilinen miyokard enfarktüsü, inme ve ölüm ise komplikasyonların % 3'ünü oluşturur (Akdemir, 2005; Karadakovan ve Aslan, 2014).

2.2.4. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi işlem öncesinde hastanın fiziki muayenesiyle beraber bireyle ilgili hemşirelik bakımı, verilecek hasta eğitimi planlanmalı ve bu doğrultuda eksiksiz uygulanmalıdır. Koroner anjiyografi kısa süreli bir işlem olmasına rağmen hastalarda negatif etkiler yaratabilir. Hemşire koroner anjiyografi işlemi öncesi, sırası ve sonrasında mesleki sorumluluklarını bilmelidir (Küçük, 2007; Karadakovan ve Aslan, 2014). Koroner anjiyografi işleminin öncesinde yapılması gerekenler şunlardır:

- ✓ Hastanın öncelikle tam ve doğru olacak şekilde alınan öyküsü, işlem sonrasında bakımın ve tedavinin planlanmasında büyük kolaylık oluşabilecek birtakım komplikasyonların önüne geçmesinde ise önem taşıyacaktır. Hastanın öyküsünde alerji durumu, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar mutlaka sorulmalı ve kaydedilmelidir. Etkin bir iletişim sayesinde hastalara kendini ifade etme olanağı sağlanmalı, varsa korkusunu dile getirebilmeli ve soru sorma fırsatı tanınmalıdır.
- ✓ Hastanın açlık durumu sorgulanır, aspirasyon riski sebebiyle gece oral alımı kesilmelidir. Ancak KAG herhangi bir sebepten dolayı geç saatte yapılacak ise hafif bir kahvaltı önerilebilir.
- ✓ Hasta monitörize edilerek işlem öncesi yaşam bulguları alınır ve kaydedilir.

- ✓ İşlem sonrası hastayı değerlendirmek için periferik nabızlar kontrol edilir ve kaydedilir.
- ✓ KAG sırasında hastaya ilaç verilmesi gerekebileceğinden periferik damar yolu açılır. EKG çekilir, laboratuvar sonuçları hazır bulundurulur ve anormal bir durumda hekim bilgilendirilir.
- ✓ İşlem yapılacak bölgenin temiz olması sağlanır. Takı, takma diş, tırnaklar oje varsa çıkarılmalıdır.
- ✓ Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek tüm kıyafetleri çıkarıldıktan sonra anjiyo önlüğü giydirilmeli, güvenlik önlemleri alınarak anjiyo laboratuvarına transferi sağlanmalıdır (Küçük, 2007; Kuru ve Piyal, 2012; Karadakovan ve Aslan, 2014; Demir ve Arslantaş, 2014).

2.2.5. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı

Hastanın anjiyo laboratuvarına alınmasından önce, görevli hemşirenin işlem sırasında kullanılacak malzemeleri kontrol etmiş olması gerekmektedir. (Steril ve eksiksiz). Acil müdahale durumunda kullanılacak gerekli malzemeler hazır bulundurulmalıdır. Sonrasında;

- ✓ Hastanın bilgilendirilmiş onamı, laboratuvar tetkikleri ve dosyası kontrol edilir.
- ✓ Periferik damar yolunun kontrolü sağlanır.
- ✓ İşlem uygulanacak bölgenin hazırlığı ve temizliğini sağlanır.
- ✓ Hemşire steril bir şekilde doktor ve KAG ekibi ile eşgüdümlü çalışır.
- ✓ Hastanın bilinci açık ise iletişim kurar ve anksiyete durumunda süreci yönetmesine destek olur.
- ✓ Hastanın yaşam bulgularını, genel durumunu ve gerçekleşebilecek komplikasyonları işlem boyunca takip eder ve kayıt altına alır (Küçük, 2007; Yalçınkaya vd., 2007; Kuru ve Piyal, 2012; Karadakovan ve Aslan, 2014; Demir ve Arslantaş, 2014; Dirimeşe vd., 2016; Okgün Alcan vd., 2017).

2.2.6. Koroner Anjiyografi Sonrasında Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi işlemi sonrasında birçok komplikasyon gelişebileceğinden hemşirenin bu süreci iyi yönetmesi son derece önemlidir. Bu süreçte hastayı yakından gözlemlemek, işlem sonrası uyması gereken kuralları anlatmak ve oluşan komplikasyonlarda erken müdahale verilen bakımın hedefidir.

- ✓ Hasta anjiyo hemşiresinden devir alındığı sırada işlem sırasında neler yapıldığı, hastaya uygulanan ilaçlar ve işlem sonucu öğrenilir.
- ✓ Hasta yatağa alındıktan sonra monitörize edilir, yaşam bulguları alınır ve EKG'si çekilir.
- ✓ İşlem sonrası periferik nabızlar kontrol edilir.
- ✓ İşlemin yapıldığı bölge hematom ve kanama yönünden izlenir.
- ✓ İşlemin yapıldığı bölge sabit kalacak şekilde hastaya uygun pozisyon verilir ve nedeni açıklanır.
- ✓ İşlem sonrası oluşabilecek alerjik reaksiyon yönünden hasta izlenir.
- ✓ Hastanın hekim istemine göre oral alımı açılır.
- ✓ Order edilen ilaçları uygulanır.
- ✓ Hasta mahremiyetine özen gösterilerek giydirilir, mobilize olması sağlanır.
- ✓ Taburculuk planı yapılır (Küçük, 2007; Yalçınkaya vd., 2007; Kuru ve Piyal, 2012; Karadakovan ve Aslan, 2014; Demir ve Arslantaş, 2014; Dirimeşe vd., 2016; Okgün Alcan vd., 2017).

2.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol ederek, sağlık durumuna yararlı davranışları seçmesi olarak tanımlanır (Kuru ve Piyal, 2012; Savaşan vd., 2013).

2.3.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

DSÖ'ye göre sağlığın tanımı yalnız hastalık durumunun olmaması değil, mental ve sosyal yandan iyilik durumunun olmasıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kişinin sağlığını tehlikeye götüren tutumlarını düzeltmesi, gündelik yaşamını sürdürürken sağlığına yararlı tutumlarına öncelik tanıması olarak ifade edilmiştir.

Kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyileştirmek için sağlık halinin ne durumda olduğunu bilmesi ve davranışlarını yaşam tarzı olarak benimsemeleri gerekmektedir. Amaçlarına ulaşmaları için tütün ve alkol kullanımını azaltmaları, zararlı beslenme alışkanlıklarını değiştirmeli, yetersiz egzersiz durumunu ortadan kaldırmalı, iletişimsizlik ve stres gibi faktörlerden uzak durmaları gerekmektedir. Bu sebeple kişilerin sağlığını olumsuz etkileyecek durumlardan kaçınmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekir. Yalnız sağlıklı kişilerin değil, sağlık sorunu var olan kişilerinde sağlık düzeylerini arttırmada yaşadığı problemlerle başa çıkabilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaları gerekmektedir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004; Yalçınkaya vd., 2007).

KAH ömür boyu tedavi ve takip gerektiren kronik bir hastalıktır. İlaç tedavisinin yanı sıra bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları da hastalığın izleminde önemli bir unsurdur. Yapılan çalışmalarda kalp üzerine geliştirilmiş olan kardiyak rehabilitasyon programlarının koroner risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu bilinmektedir (Küçükberber vd., 2011; Kuru ve Piyal, 2012; Dirimeşe vd.,2016).

Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları 6 alt boyutta incelenmektedir. Bunlar; kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğudur (Walker ve Hill-Polerecky, 1996).

2.3.1.1.Kişilerarası İlişkiler

Kişinin temel ihtiyaçlarından biri olan ilişkiler, neden-sonuç gerekliliği olmaksızın mantıklı bir ilişkinin oluşması için iletişimi etkin kullanmayı gerekli kılar. Kişilerin sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için iletişim yeteneklerini kuvvetlendirmeleri önemlidir. Kişiler herhangi bir hastalık durumunda kontrolünü kaybedebilir, beden imajındaki değişiklikler sonucu çevresindeki bireyler ile ilişkileri zarar görebilmektedir. Bu süreçte kişilerin etrafındaki yakınlarından destek alması, problemlerin ivedilikle çözülmesine ve ilişkilerinin güçlenmesine yardımcı olacaktır (Kaya, 2013; Cüceloğlu, 2014).

2.3.1.2. Stres Yönetimi

Herhangi bir durum sonucu ortaya çıkan gerilimi en aza indirgemek, kontrolünü sağlayabilmek için kişinin psikolojik ve fizyolojik parametreleri kullanarak karşılaşılan olay veya durum ile başa çıkabilmesidir. Kişinin stres ile başa çıkabilmesi KAH riskini düşürdüğü bilinmektedir (Oğuz vd., 2016).

2.3.1.3. Beslenme Alışkanlığı

Beslenme, kişinin hayatını sağlıklı bir halde sürdürebilmesini, hastalık durumunda iyilik haline bir an önce kavuşmasını etkileyen ve yaşam kalitesini olumlu yönde iyileştirilmesi için besin ve besin öğelerinden fayda sağlanması olarak belirtilmiştir (Kavas, 2003). KAH'a sebep olan obezitenin, diyabetin, yüksek kolesterolün ve yüksek tansiyonun sağlıklı beslenme ile önlenebildiği bildirilmektedir. Beden kitle indeksinin ideal sınırlarda olması, tuz kullanımının en aza indirilmesi, doymuş yağların tüketiminin azaltılarak doymamış yağların tüketiminin arttırılması, lifli gıdaların tercih edilmesi, alkol tüketilmemesi veya tüketiminin en aza indirilmesi KAH oluşma riskini azalttığı bilinmektedir (Kurçer ve Özbay, 2011; Kasapoğlu ve Enç, 2017).

2.3.1.4.Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, günlük yaşantıda planlı bir şekilde yürütülmesi gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli parçalarından biridir. Kişiler sağlıklı bir yaşam için yapılacak olan egzersizlerin hayatlarını olumlu yönde değiştireceğinin, obezite, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi birçok hastalığın hareketsiz yaşama bağlı ortaya çıkabileceğinin bilincinde olmalıdır. Fiziksel aktivitelerin hafif, orta ve ağır olarak düzenli bir şekilde planlanan programa bağlı kalınarak uygulanmasını gerekmektedir. Yapılan çalışmalar fiziksel aktivitenin kalp hastalıklarının engellenmesi ve yön verilebilir hale gelmesinin önemini vurgulamaktadır (Bahar vd., 2008; Cihangiroğlu, 2011).

2.3.1.5.Manevi Gelişim

Manevi gelişim kişinin bedensel ve ruhsal gelişiminde, aile ve arkadaş ilişkilerinin rol aldığı, çevresel faktörlerden etkilenen potansiyel ve becerilerini fark ettiği bir olgudur. Kişinin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanmıştır. İç huzurun sağlandığı, evren ile birlikte uyumun yakalandığı, kişinin hayatındaki hedefleri için çalışmasını ve iyilik durumuna özgü gücünü üst seviyede tutması gerekmektedir (Bahar vd., 2008; Küçükberber vd., 2011; Bozhüyük vd., 2012).

2.3.1.6. Sağlık Sorumluluğu

Kişinin hayatını sağlıklı bir halde sürdürmesi için üzerine düşen birtakım sorumlulukları vardır. Fiziki, sosyal ve mental açıdan iyilik durumunu koruyabilmesi gerekmektedir. Kişinin bedeninin farkındalığı, anormal bir durumda hekim ile görüşmesi, düzenli kontrollerini yaptırması gerektiğinin bilincinde olmalıdır (Bozhüyük vd., 2012; Demir ve Avcı, 2016).

2.4. Depresyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişki

Depresyon, kişilerin fiziki durumunun, duygu ve düşüncelerinin etkilenmesine neden olan ruhsal bir hastalıktır. Depresyon geçici bir üzüntü durumu olmamakla birlikte umutsuzluk, şiddetli üzüntüyle seyreden en az iki haftalık bir süreçtir. Bu süreç hastanın günlük yaşamsal faaliyetlerini de etkileyebilmektedir (Akkaya vd., 2018). Depresyon

dünyada yaygın bir hastalıktır. WHO 2020 verilerine göre dünya çapında yetişkinlerin %5'i ve 60 yaş üstü bireylerin %5,7'si, ortalamaya bakıldığında ise nüfusun tahmini %3,8'i depresyondan etkilenmekte ve yaklaşık 280 milyon kişide depresyon görülmektedir (WHO, 2020).

KAH için depresyon bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Bireylere kalp hastalıkları tanısı konulduğunda depresyon gibi psikolojik bozuklukların ortaya çıktığı bilinmektedir. Aynı zamanda sigara kullanımı, yaşam biçimini değiştirememe, tedaviye uyum sağlayamama gibi birçok özellik depresyon ile ilgili olup bu süreçte hastalığın seyrini olumlu yönde değiştirmek, hastalığın yarattığı riski en aza indirgemek psikiyatrik yaklaşım için önemlidir (Çam ve Nehir, 2011).

Bireye tıbbi bir hastalık tanısı koyulduğunda, depresyon gibi psikiyatrik bir hastalığın, tıbbi süreç bittiğinde ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların çoğunda psikiyatrik bozukluklar devam etmekte ve gereken önem verilmemektedir. Bu söz konusu durum ortadan kaldırılmadığı sürece kalp hastalıkların da ölüm oranının ve hastalık sürecinin uzamasının ilişkili olduğu görülmüştür (Akkaya vd., 2018).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma koroner anjiyografi uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 01/11/2020, 01/02/2021 tarihleri arasında T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan koroner anjiyografi uygulanan hastalar oluşturdu. Yapılan güç analizinde Cohen'in standart etki büyüklükleri referans alınması yöntemi seçildi. Bu durumda depresyon belirti puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasındaki ilişkiyi incelemek üzere kullanılacak korelasyon analizi için, toplam 64 katılımcı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşılabileceği belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 100 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu (Çapık, 2014).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- ✓ 18 yaş üzerinde olan,
- ✓ Koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastalar,
- ✓ Koroner anjiyografi sonrası yoğun bakımda yatmayan hastalar,
- ✓ Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (2020/14-15) numaralı etik kurul onayı (EK 4) alındıktan sonra, T.C. Maltepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alındı (EK 5). Yapılan araştırmaya katılmayı

kabul eden hastalara gerekli bilgi verildikten sonra, Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 6) ile yazılı izinleri alındı.

3.4. Veriler ve Toplanması

Verilerin toplanmasında hastaların tıbbi öykülerine ve sosyodemografik özelliklerine ilişkin araştırmacı tarafından oluşturan "Hasta Tanıtım Formu" (EK 1), "Beck Depresyon Envanteri" (EK 2) ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği" (EK 3) kullanıldı.

Veriler anjiyografi işlemi sonrasında hastalar taburcu olmadan önce yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Her bir hasta için görüşme 20-25 dakika sürdü.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu; hastaların demografik ve fiziki özellikleri, kişisel alışkanlıkları, eşlik eden sistemik hastalık ve ilaç kullanımı durumuyla ilgili toplam 35 sorudan oluşturuldu (EK 1) (Savaşan vd., 2013; Yılmaz Işıkhan ve Güleç, 2018; Çürük vd., 2018).

3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir. Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel semptomları ölçmesi hedeflenmiştir. 21 maddeden oluşur ve BDE'nin her bir maddesi dört seçenektir. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmıştır. Bu puanların toplamı ile depresyon puanı elde edilir. En yüksek puan 63'tür ve toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. BDE toplam puanı 0-9 arasında minimal depresyon, 10-16 arasında hafif düzey depresyon, 17-29 arasında orta düzey depresyon, 30-63 arasında şiddetli depresyon şekilde yorumlanır (Türk Androloji Derneği, 2014). BDE'nin uyarlaması ilk kez, Tegin (1980) tarafından yapılmıştır (EK -2) (Hisli, 1989).

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Ölçek ilk defa Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında kişilerin sağlığını geliştirme davranışlarını ölçme sebebiyle geliştirilmiş, 1996 yılında 48 maddeye 4 madde daha eklenerek revizyon sonrası 52 maddeye çıkarılmıştır (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). İlk uyarlaması 48 maddeden oluşan ölçeğin toplam 6 adet alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Genel ölçek için cronbach alfa değeri 0.94, alt boyutların ise 0.79-0.87 arasında bulunmaktadır. SYBDÖ II'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik uyarlaması Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Genel ölçek için cronbach alfa değeri 0.94 bulunmuş olup alt ölçekler için ise 0.64-0.80 bulunmuştur. Alt boyutlarından olan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, kişilerarası ilişkiler 9 maddeden, fiziksel aktivite ve stres yönetimi 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçek likert tipidir ve 1-4 arası puanlanır. "1 hiçbir zaman,2 bazen, 3 sık sık ve 4 düzenli olarak "şeklinde işaretlenir. Ölçekten alınmış olan puanların yüksek oluşu, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek ölçüde uyguladığını göstermektedir. Ölçeğin bütünü için alt puan 52 olup üst puan ise 208'dir (Bahar vd., 2008). Bu çalışmamızda SYBDÖ II için genel ölçek Cronbach alfa değeri 0.93, alt faktörler için ise 0.50 ve 0.86 arasında bulunmuştur (EK – 3).

3.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra, verilerin normallik dağılımını incelemek için Kurtosis ve Skewness kat sayıları, iç geçerlilik için crohnbach alfa kat sayısı, ilişkisel çıkarımlarda pearson korelasyon analizi ve linear regresyon analizi kullanıldı (Büyüköztürk, 2014).

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 1'de sunuldu.

Tablo 1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu (n=100)

Sürekli Değişkenler	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	1.137	0.241	1.050	0.478
Manevi gelişim	-0.135	0.241	-0.238	0.478
Sağlık sorumluluğu	0.421	0.241	0.024	0.478
Fiziksel aktivite	0.888	0.241	0.814	0.478
Beslenme alışkanlığı	0.689	0.241	1.231	0.478
Kişilerarası ilişkiler	-0.139	0.241	0.263	0.478
Stres yönetimi	0.517	0.241	0.037	0.478
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ)	0.555	0.241	0.875	0.478

* Tüm veriler normal dağılmaktadır.

Tablo 2. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	**Cronbach α**
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	0.899
Manevi gelişim	0.802
Sağlık sorumluluğu	0.779
Fiziksel aktivite	0.869
Beslenme alışkanlığı	0.504
Kişilerarası ilişkiler	0.785
Stres yönetimi	0.774
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ)	0.931

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırmayı kabul eden 100 kişinin demografik özellikleri, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve alt boyutlarının karşılaştırmaları ve değerlendirmelerini içeren tablo ve bulgular yer almaktadır.

4.1. Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	60	60.0
	Kadın	40	40.0
Yaş	18-25	2	2.0
	26-35	1	1.0
	36-45	7	7.0
	46-55	22	22.0
	56-65	27	27.0
	66-75	30	30.0
	76-85	11	11.0
Boy	145-155	7	7.0
	156-165	36	36.0
	166-175	40	40.0
	176-185	13	13.0
	186-195	4	4.0
Kilo	45-55	3	3.0
	56-65	12	12.0
	66-75	24	24.0
	76-85	35	35.0
	86-95	15	15.0
	96-105	8	8.0
	106-115	1	1.0
	116-125	2	2.0
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	8	8.0
	Aile	89	89.0
	Arkadaş	3	3.0

Medeni Durum	Evli	87	87.0
	Bekar	13	13.0
Eğitim Durumu	Okuma yazma yok	1	1.0
	Okuryazar	7	7.0
	İlköğretim	26	26.0
	Lise	30	30.0
	Lisans	28	28.0
	Lisansüstü	8	8.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	36	36.0
	Çalışmıyor	64	64.0
Kronik Hastalık Durumu	Evet	76	76.0
	Hayır	24	24.0
Sürekli Kullanılan İlaç	Evet	92	92.0
	Hayır	8	8.0
Daha Önce Hastanede Yatma	Evet	77	77.0
	Hayır	23	23.0
Daha Önce Anjiyografi Olma	Evet	50	50.0
	Hayır	50	50.0
Ev İşlerine Yardımcı Olan Varlığı	Evet	58	58.0
	Hayır	42	42.0
Beslenme Alışkanlığı	Düzenli yemek yer	55	55.0
	Genelde düzensiz	45	45.0
Uyku Alışkanlığı	Düzenli uyku	47	47.0
	Uyku düzeni yok	53	53.0
Sigara Alışkanlığı	Evet	21	21.0
	Hayır	79	79.0
Alkol Alışkanlığı	Evet	18	18.0
	Hayır	82	82.0
Düzenli Egzersiz Yapma	Evet	20	20.0
	Hayır	80	80.0
Günlük Bakımda Yardıma İhtiyaç Duyma	Evet	17	17.0
	Hayır	83	83.0
Sosyal Destek Hissedilen Akraba/Dost Durumu	Evet	87	87.0
	Hayır	13	13.0

Tablo 3'te görüldüğü gibi, katılımcıların %60'ı erkektir, %30'u 66-75 yaş grubundadır, %40'ının boyu 166-175 cm aralığındadır ve %35'inin kilosu 76-80 kg arasındadır. Katılımcıların %89'u aile ile birlikte yaşamakta, %87'si evlidir, %30'u lise mezunudur. Katılımcıların %64'ü çalışmamaktadır. Katılımcıların %76'sında kronik bir hastalık vardır. Katılımcıların %92'sinin sürekli kullandığı bir ilaç vardır, daha önceden %77'si hastanede yatmıştır ve %50'si anjiyografi olmuştur. Katılımcıların %58'ine ev

işlerine yardımcı olan birisi vardır, %55'inin düzenli beslenme alışkanlığı vardır ve %47'sinin düzenli uyku alışkanlığı vardır. Katılımcıları %79'u sigara, %82'si alkol kullanmamaktadır, %80'i düzenli egzersiz yapmamaktadır ve %83'ü günlük bakımda yardıma ihtiyaç duymamaktadır. Katılımcıların %87'si sosyal destek hissetmektedir.

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. BDE, SYBDÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı (n=100)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Min.	Max.	Ort. ± SS.
BDE Toplam	21.00	61.00	33.21 ± 9.05
Manevi Gelişim	12.00	36.00	24.85 ± 5.01
Sağlık Sorumluluğu	12.00	36.00	21.62 ± 4.71
Fiziksel Aktivite	8.00	32.00	15.17 ± 5.44
Beslenme Alışkanlığı	11.00	36.00	21.65 ± 4.55
Kişilerarası İlişkiler	12.00	36.00	25.16 ± 4.60
Stres Yönetimi	11.00	32.00	18.78 ± 4.44
SYBDÖ Toplam	77.00	208.00	127.29 ± 23.17

Tablo 4'te görüldüğü gibi katılımcıların, BDE toplam puanı 33.21±9.0 iken SYBDÖ toplam puanı 127.29±23.17 olarak bulundu. SYBDÖ alt boyutlarından Manevi Gelişim 24.85±5.01, Sağlık Sorumluluğu 21.62±4.71, Fiziksel Aktivite 15.17±5.44, Beslenme Alışkanlığı 21.65±4.55, Kişilerarası İlişkiler 25.16±4.60 ve Stres Yönetimi 18.78±4.44 puan aldıkları bulundu.

Beck Depresyon Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Beck Depresyon Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=100)

		BDE Toplam
Manevi Gelişim	r	-0.425
	p	**0.000**
Sağlık Sorumluluğu	r	-0.275
	p	**0.006**
Fiziksel Aktivite	r	-0.152
	p	0.130
Beslenme Alışkanlığı	r	-0.262
	p	**0.008**
Kişilerarası İlişkiler	r	-0.277
	p	**0.005**
Stres Yönetimi	r	-0.442
	p	**0.000**
SYBDÖ Toplam	r	-0.375
	p	**0.000**

Tablo 5'te görüldüğü gibi, Manevi gelişim alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Manevi gelişim alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

Sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

Fiziksel aktivite alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ancak düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p>0.05$). Fiziksel aktivite alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

Beslenme alışkanlığı alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Beslenme alışkanlığı alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

Stres yönetimi alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

SYBDÖ toplam puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). SYBDÖ toplam puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır.

BDE ile SYBDÖ arasındaki regresyon analizi Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. BDE ile SYBDÖ Arasındaki Regresyon Analizi

	Beta	**Standart Hata**	**Standart Beta**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
Sabit katsayı	51.862	4.735	-	10.954	**0.000**	42.467	61.258
BDÖ	-0.147	0.037	-0.375	-4.004	**0.000**	-0.219	-0.074

Tablo 6'da görüldüğü gibi, çoklu regresyon analizi, katılımcıların SYBDÖ puanı üzerine etkili olduğu düşünülen, BDÖ değişkeninin, SYBDÖ puanını ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmıştır. Analiz sonucunda, BDÖ değişkeni ile SYBDÖ değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.375$, $R^2_{adjusted}=0.132$, $F_{(1.98}=16.029$; $p=0.000$). BDÖ değişkeni, SYBDÖ puanındaki değişimin %13.2 'sini açıklamaktadır.

Regresyon analizinin sonucuna göre SYBDÖ'ni yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; SYBDÖ puanı = (-0.959 x BDÖ puanı) + (159.148).

4.2.Yorumlar

Kalp hastalıkları toplumda hala ilk sıralarda görülen hastalıklar arasında olup teşhis ve tedavisinde koroner anjiyografi sıklıkla kullanılan yöntemler arasındadır. Koroner anjiyografi olmak ciddi invaziv bir işlem olduğundan hastaların anksiyetesi artabilmekte ve sonrasında yaşam tarzlarında ciddi değişiklik yapmaları gerekmektedir. Anjiyografi sonrası sağlıklı yönde ciddi yaşam değişikliği yapmayan hastaların, hastalığın ilerlemesi, tekrarlaması MI ya da By pass ile sonuçlanabilecek doğrultuda olabilmektedir. Yaşam değişikliği yapmak bireyler için kolay olmamakla beraber, kişilerin hastalığa psikolojik uyum sürecinde de bazı etkileri olmaktadır. Kronik hastalığa sahip olmanın depresyon açısından risk faktörü olduğu da bilinmektedir.

Bu çalışmaya dahil edilen koroner anjiyografi uygulanan bireylerin %60'ı erkektir. DSÖ verilerine göre de kalp hastalıklarının erkek hastalarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (WHO, 2019).

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu 66-75 yaş aralığındadır. Kalp hastalıklarının genellikle orta yaş ve üzerinde olan bireylerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Katılımcıların çoğunun lise mezunu olduğu ve yarısından fazlasının çalışmadığı bulundu. Yapılan benzer çalışmalarda da hastaların çoğunun çalışmadığı bulunmuştur (Küçükberber vd., 2011; Karabulut vd., 2011). Bu çalışmaya katılanların çoğunun 65 yaş ve üzeri olduğu göz önünde bulundurulursa bu yaş grubunun emeklilik döneminde olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin depresyon düzeyleri şiddetli olarak bulundu. Akkaya ve arkadaşlarının koroner anjiyografi yapılacak olan hastalarda depresyonu araştırdığı bir çalışmasında, hastalarının depresyon düzeylerinin şiddetli olduğu belirtilmiştir (Akkaya vd., 2018). Lichtman ve arkadaşları tarafından yapılan akut koroner sendromlu hastalarda depresyonun araştırıldığı bir çalışmada, depresyon oranının %15-20 olduğu, Peters ve arkadaşlarının strese bağlı kardiyovasküler mortaliteyi araştırdığı bir çalışmasında ise yine depresyonun %15-20 oranında olduğu bulunmuştur (Lichtman vd., 2014; Peters ve McEwen, 2015). Thombs ve arkadaşları tarafından akut MI 'da depresyonun araştırıldığı bir çalışmada ise depresyon oranının %31.1 olduğu belirtilmiştir (Thombs vd., 2006). KAH tanısı olan hastalarda yapılan çalışmalara

bakıldığında depresyonun MI ve kardiyak ölüm için bağımsız risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yine KAH tanısı olan hastalarla yapılan çalışmalara bakıldığında depresyon seviyelerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu sebeple depresyon koroner arter hastalığına, koroner arter hastalığı da depresyona neden olabilmektedir. Depresif bozukluğun fiziksel aktivitede azalmaya, aşırı kilo alımına ve tedaviye gösterilen uyumun azalmasına bağlı olarak koroner arter hastalığını negatif yönde etkileyerek ölüm oranlarında artışa sebep olduğu bilinmektedir (Huyut ve Çetintulum Huyut, 2020).

Bu araştırmaya katılan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyin üzerinde olduğu bulundu. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği benzer çalışmalarda da puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde bulunduğu belirtilmiştir (Küçükberber vd., 2011; Savaşan vd., 2013; Dirimeşe vd., 2016; Kılınç vd., 2016; Gür ve Sunal, 2019; Persil Özkan vd., 2019;). Öte taraftan Kuru ve Piyal tarafından KAH olan hastalarda yapılmış olan bir çalışmada ise puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (Kuru ve Piyal, 2012). Çalışmaya katılan bireylerin çoğunun lise ve üniversite mezunu olduğu göz önünde bulundurulursa sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim seviyesinden etkilenmiş olabileceği düşünülebilir. Eğitim seviyesinin yüksek olması hastalıkla ilgili bilgiye ulaşmada kolaylık sağlayan faktörler arasında yer almaktadır. Yine evli olmak, sosyoekonomik düzeyin orta seviyelerde olması gibi faktörler de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemede kolaylık sağlayıcı etki yaratmış olabilir. Yapılan çalışmalardaki sosyodemografik verilerin bu çalışmadaki verilere benzer olması da bu sonucu desteklemektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları olan sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve manevi gelişim alanlarından alınan puanların ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Düşük puanlar ise fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarından alınmıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Küçükberber vd., 2011). Kalp hastalıkları, hastalığın beraberinde getirdiği fiziksel kapasitede azalma, mental değişikler gibi nedenlerle bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kaldığı, yaşamdan beklentinin de azaldığı kronik bir hastalıktır (Johansson vd., 2006).

Kişilerarası ilişkiler ile depresyon arasında düşük seviyeli ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Kişilerarası ilişki düzeyi düşük olan bireylerin depresyon

düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu. Savaşan ve arkadaşlarının koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmasında da kişilerarası ilişkiler orta düzeyde, Gezginci ve arkadaşlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının depresyon ile ilişkisini araştırdığı bir çalışmasında yine kişilerarası ilişkilerin orta düzeyde olduğu bilinmektedir (Savaşan vd., 2013; Gezginci vd., 2019). Persil Özkan ve arkadaşlarının kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastalarını araştırdığı bir çalışmasında orta düzeyde, Dirimeşe ve arkadaşlarının koroner arter hastalarını çalıştığı bir araştırmasında da yine kişilerarası ilişkiler orta düzeyde bulunmuştur (Dirimeşe vd., 2016; Persil Özkan vd., 2019). Kuru ve Piyal'ın yapmış olduğu çalışmasında ise kişilerarası ilişkiler yüksek düzeyde bulunmuştur (Kuru ve Piyal, 2012). Kişilerarası ilişkiler depresyon açısından koruyucu bir faktör olarak bilinmektedir (Atar ve Aydın 2019). Bu bağlamda kişilerarası ilişkileri iyi, sosyal desteği yerinde olan bireylerin depresyon riski daha az olabilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre de bu alanlarda yeterli olan kalp hastalarının daha az depresyon bulgularının olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya katılan hastaların neredeyse tamamının sosyal destek hissetme sorusuna verdikleri cevabın "evet" olduğu da göz önünde bulundurulursa, sosyal desteğin kişilerarası ilişkilerin yordayıcısı olduğunu ve bu çalışmanın sonucunun literatürle uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların çoğunluğu egzersiz ile ilgili uygulamaları yapmadığını belirtmiştir. Konu ile alakalı çalışmalarda da aynı şekilde hastaların fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puanı aldığı görülmüştür (Yalçınkaya vd.,2007; Küçükberber vd., 2011; Kuru ve Piyal, 2012; Savaşan vd., 2013; Ahn vd., 2015; Dirimeşe vd., 2016). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında yetişkin ve yaşlı nüfusunda egzersiz düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Malm vd., 1998). Gottlieb ve arkadaşları tarafından kalp yetmezliğinde depresyonun hastalık şiddeti ile ilişkisini, yaptırdıkları egzersiz eğitimi ile değerlendirdikleri bir çalışmada depresyon puanları yüksek olan hastaların hastalık şiddetlerini daha fazla algıladıkları bulunmuştur. Yaptırılan egzersiz sonucunda ise bu bulgunun azaldığını ifade etmişlerdir (Gottlieb vd., 2009).

Toplum sağlığını ciddi düzeyde tehdit eden depresyonun tedavisinde, farmakolojik ve psikoterapik tedavinin yanı sıra depresif bozukluğun artmasıyla da tedaviden daha iyi yanıt alabilmek için fiziksel aktivite, müzik terapi, bitkisel tedaviler ve resim terapi gibi tedaviyi destekleyecek yöntemlerin gerekliliğinin önemi

vurgulanmaktadır. Özellikle depresyon belirtilerinin üzerindeki etkisi nedeniyle fiziksel aktivitenin etkin bir şekilde uygulanmasında farkındalık yaratılmalıdır. Fiziksel aktiviteyi efektif uygulayan bireylerde yapılan çalışmalarda depresyon düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Depresyon düzeyleri hafif ve orta olan bireylerde fiziksel aktivitenin farmakolojik ve psikoterapi gibi yöntemlerle neredeyse aynı düzeyde etkili olduğu, düşük düzeyde yan etkisinin olduğu ve tedaviye destek olacağı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Mead vd., 2009; Blake vd., 2009; Callaghan vd., 2011; Ormel vd., 2019; Gartlehner vd., 2019; Adagide ve Karatas, 2021). Bu da çalışma sonucunda bulduğumuz fiziksel aktivite puanı azaldıkça depresyon puanının arttığı bulgusunu desteklemektedir.

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim alt boyutu orta düzeyde bulundu. Manevi gelişim alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır. Manevi gelişim alt boyut puanı arttıkça depresyon düzeyi azaltmaktadır. Yapılan birçok çalışmada manevi gelişim puanının orta düzeyde olduğu görülmüştür (Kuru ve Piyal, 2012; Savaşan vd., 2013; Persil Özkan vd., 2019; Gür ve Sunal, 2019). Dirimeşe ve arkadaşlarının koroner arter hastalarında yaptığı bir çalışmasında ise manevi gelişim puanı yüksek düzeyde bulunmuştur (Dirimeşe vd., 2016). Park ve Sacco tarafından kalp yetmezliği hastalarında manevi gelişimin araştırıldığı bir çalışmada, manevi gelişim yönünden zayıflık hisseden hastaların psikolojik ve fiziksel refah seviyelerinin de düşük olduğu bulunmuştur (Park ve Sacco, 2017). Kişilerin hastalık sebebiyle hayat kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi, hastaneye daha sık yatış ve yüksek oranda ölümle ilişkilidir. Hastalar manevi yönden iyileştirildiğinde depresyon düzeylerinde azalma görülebilir ve hayat kalitesiyle beraber diğer belirtilerinde olumlu yönde gelişmeler gözlenebilir. Bu bağlamda hastaneye yatış ve ölüm oranlarında azalma olacağı öngörülebilmektedir (Bekelman vd., 2007; Doğu ve Kaya, 2018; Doğu Kökcü ve Kutlu, 2020).

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutundan sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır. Sağlık sorumluluğu alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanının azaldığı ve sonuç olarak orta düzeyde olduğu görüldü. Bayülgen ve Altıok'un koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarına yaptığı bir çalışmasında depresyon düzeyinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Bayülgen ve Altıok, 2017).

Alcan ve arkadaşlarının yaptığı CABG'de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştırdığı bir çalışmada yine depresyon düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (Okgün Alcan vd., 2017). Literatür taraması sonucu benzer çalışmalarda sağlık sorumluluğunun genellikle orta düzeyde olduğu görülmüştür (Thanavaro vd., 2006; Kuru ve Piyal, 2012; Savaşan vd., 2013; Dirimeşe vd., 2016; Persil Özkan vd., 2019; Gür ve Sunal, 2019). Kişinin yaşam tarzını değiştirmek zorlu ve vakit alan bir süreçtir. Bu sebeple hastalığı önleyebilmek, hem kendisine hem de sağlık profesyonellerine bağlıdır. Bireyin kendi iyilik halini yaşatması, geliştirmesi, koruması ve sağlığı ile alakalı kararları, sağlık sorumluluğu ile ilgilidir (Kuru ve Piyal, 2012). Bireylerin yaşamlarında bir amaç duygusuna sahip olmaları, kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da etkilemektedir. Örneğin sigara içmeme, beslenme tarzını yönetme, aktif bir yaşam tarzını benimseme gibi davranışlar kalp sağlığı açısından önemli faktörlerdir. Depresyon ise genellikle umudun yitirilmesi ve yaşamdan bir beklentinin olmaması durumu ile ilişkili olduğu için sağlıklı yaşam davranışlarını da olumsuz olarak etkileyebilecektir.

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutundan beslenme alışkanlığı alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır. Beslenme alışkanlığı alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azaldığı görüldü ve sonuç olarak beslenme alışkanlığı orta düzey olarak bulundu. Yapılan birçok çalışmada bireylerin beslenme alışkanlığı orta düzeyde bulunmuştur (Thanavaro vd., 2006; Kuru ve Piyal, 2012; Savaşan vd., 2013; Bayülgen ve Altıok, 2017; Persil Özkan vd., 2019). Beslenmenin, beden sağlığını korumada önemli rolü olduğu kadar mental sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde de önemli rolü olduğu görülmüştür. Beslenme ve mental sağlık arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Bireyin beslenme tarzı mental sağlığını etkilerken aynı şekilde mental sağlığı da beslenme tarzını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kötü beslenmenin depresyon, anksiyete gibi duygu bozukluklarının veya nöropsikiyatrik durumların ortaya çıkmasına neden olduğu görülmüştür (Beyhan ve Taş, 2019). Sonuç olarak bireyler beslenme düzeninde olumlu gelişme sağladığı zaman, bu durumun kişinin fiziksel sağlığına yansıyacağı gibi fiziksel olarak iyi hissetmenin de depresyon düzeylerine pozitif yönde etki edebileceği söylenebilir.

SYBDÖ II stres yönetimi alt boyut puanı ile BDE toplam puanı arasında istatistiksel olarak tutarlı, düşük seviyeli ve ters yönlü bir ilişki vardır. Stres yönetimi alt boyut puanı arttıkça BDE toplam puanı azalmaktadır. Dirimeşe tarafından koroner arter bypass greft cerrahisi öncesinde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştırdığı bir çalışmasında da stres yönetimi alt boyutu puanını orta seviyelerde bulmuştur. Koroner arter hastalarında sağlık yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı bazı çalışmalarda da stres yönetiminin orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (Kuru ve Piyal, 2012; Dirimeşe vd., 2016; Okgün Alcan vd., 2017; Bayülgen ve Altıok, 2017; Persil Özkan vd., 2019; Gür ve Sunal, 2019;). Savaşan yaptığı çalışmasında kalp hastalığına sahip bireylerin stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim, fiziksel aktivite puanlarının arttıkça umutsuzluk puanlarının yükseldiğini ifade etmektedir (Savaşan vd., 2013). Umutsuzluk depresyonun en önemli yordayıcıları arasındadır. Depresyonun azaltılmasında stres yönetiminin rolü büyüktür. Erşan ve arkadaşlarının, kalp hastalarının psikososyal uyumu, depresyonu, anksiyete ve stres seviyelerinin araştırıldığı çalışma sonucuna göre de bu parametlerin yüksek olduğu belirtilmektedir. Hastaların psikososyal olarak hastalığa uyum sağlayabilmeleri içinde stres yönetimi gibi yaşam becerilerinin güçlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Erşan vd., 2013). Kalp hastalıkları ve stres arasındaki ilişki, yapılan pek çok çalışmada bildirilmiştir. Kalp hastalıklarının hem ortaya çıkışı, hem bireylerin bu hastalıklardan mortalitesi, hastanın beraberinde yaşayabileceği depresyon, öfke, anksiyete gibi duygularla, hayatındaki stres faktörleriyle ve sosyal destek varlığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Miller vd., 2009). Stresin ve uyku bozukluğunun, koroner kalp hastalığına sebep olduğu ve kalp krizinin stresle ilişkisi olduğu ifade edilmiştir (Iso vd., 2002; Stansfield vd., 2002; Rosengren vd., 2004; Antony vd., 2014). Ayrıca, kalp hastalarında yapılan bazı çalışmalarda kalp hastalıklarına yakalanma ve bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetme oranlarının, hastalardaki depresif belirtilerle ilişkili olduğuda bildirilmiştir (Rugulies, 2002; Wulsin ve Singal, 2003; van Melle vd., 2004;). Tüm bu sonuçlar kalp hastalıklarının tedavisinde stres yönetim eğitiminin önemini göstermektedir. Nyklíček ve arkadaşları tarafından akut stresin kardiyovasküler sisteme ve kortizol seviyelerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmasında stres yönetiminin sağlanmasının, hastaların stres sırasındaki kan basınçlarının ve stres tepkisi sırasındaki kortizol seviyelerinin daha düşük olmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Nyklíček vd., 2013). Kalp hastalıklarında stresin önemi bilinen bir

gerçektir. Etkin olmayan stres yönetimi hastalığın şiddetini tetikleyebilmektedir. Hastalığı şiddetli olarak algılamak da bireyde yeniden bir endişeye ve umutsuzluğa yol açabilecek bir durumdur. Bu durum ise depresyonu arttırabilmektedir. Hastalık tablosunun bireyde bu şekilde seyretmesi bir döngüye sebep olarak birbirini etkilediği düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında kardiyovasküler hastalıklarda depresyonun oldukça yaygın görüldüğü çalışmalar bulunmaktadır (Bekelman vd., 2007; Rutledge vd., 2006; Yıldırım ve Öztürk, 2016). Bu çalışmada SYBDÖ II puanları ile BDE arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığı görülmektedir.

Rugulies'in kalp hastalarında depresyonu araştırdığı bir çalışmasında, başlangıçta sağlıklı bireylerde depresyon düzeyi arttıkça koroner kalp hastalığına yakalanma oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Rugulies, 2002). Wulsin ve Signal'ın depresif semptomların koroner arter hastalığı ile ilişkisini araştırdığı çalışmasında da depresif belirtilerin KAH'ın başlangıcında bireyler üzerinde önemli ölçüde etki yarattığı görülmüştür (Wulsin ve Signal, 2003). Barth ve arkadaşları kalp hastalıklarında risk faktörü olarak depresyonu araştırdığı bir meta analiz çalışmasında ise depresif semptomlar ve klinik depresyonun kalp hastalarında mortalite oranlarının üzerinde olumsuz bir etki yarattığını belirtmiştir (Barth vd., 2004). Nabi ve arkadaşları orta yaşlı erişkin bireylerde depresif semptomların koroner kalp hastalığının mortalite arasındaki ilişkisini araştırdığı bir kohort çalışmasında, kardiyovasküler hastalıklarda ölüm riskinin arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı ve koroner kalp hastalığı tanısı almış bireylerde bu ilişkinin daha belirgin olduğunu belirtmiştir (Nabi vd., 2010). Yine Gan ve arkadaşları depresyon ve koroner kalp hastalığı riskini araştırdığı bir meta analiz çalışmasında, depresyonun bireylerde koroner kalp hastalığı ve MI riskini önemli derecede arttırdığını vurgulamaktadır (Gan vd., 2014). van Melle ve arkadaşlarının MI sonrası depresyonu ve kardiyovasküler hastalık riskini araştırdığı çalışmasında da MI geçiren bireylerin depresyon düzeylerinde 2 ila 2.5 kat artış olduğu görülmektedir (van Melle vd., 2004).

Koroner anjiyografi genellikle MI sonrası uygulanan ciddi bir yöntemdir. MI ise kalp hastalıklarında akut ve ölüme kadar götürebilen sonuçlar doğurabilmektedir. Koroner anjiyografi sonrasında hastaların kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını

geliştirmeleri, tedaviye uyumları, hastalık belirtilerinin azaltılması ve depresyon gibi fiziksel sağlığı da tehdit eden ruhsal hastalıkların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Psikolojik sağlığın kalp hastalıklarının önemli belirleyicileri arasında olduğu da göz önünde bulundurulduğunda riskli olan hastaların biyopsikososyal olarak tanımlanması, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve risk taşıyan hastalara erken müdahalelerin başlatılması açısından oldukça önemlidir. Bu doğrultuda araştırmamızda KAH olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığında, depresyon belirtilerinin de azalacağı, pozitif yönde gelişme olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 5. SONUÇ

Özet

Bu araştırma koroner anjiyografi uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan özel bir eğitim araştırma hastanesi kardiyoloji servisinde anjiyografi işlemi olan hastalar, araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı. Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde Pearson korelasyon analizi, Linear Regresyon analizi, Cronbach α kat sayısı, Kurtosis ve Skewness kat sayıları kullanıldı. Bu araştırma sonucunda koroner anjiyografi uygulanan hastalarda depresyon belirtileri gözlendiği sonucuna ulaşıldı. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtileri arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğu görüldü. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça depresyon belirtilerinin de azaldığı görülmektedir.

Yargı

Koroner anjiyografi değinildiği gibi kalp hastalarının tanısında olmazsa olmaz altın kuraldır. Tanı ve tedavi sürecinden sonra alınan verimin ne kadar olduğu ve öngörülen sonuçların neler olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada koroner anjiyografi uygulanan hastalarda depresyon belirtileri gözlemlendiği görülmüştür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtileri arasında ise negatif yönlü bir ilişki söz konusudur. Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları arttıkça depresyon belirtilerinin de azaldığı görülmektedir. Vardığımız yargılar koroner anjiyografi sonrası hastaların fiziksel ve ruhsal iyileşme süreçlerine önem verdiğini göstermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ihmal edildiğinde yeni kalp hastalıklarının ortaya çıkma olasılığı öngörülmektedir. Hastalar üzerinde yapılan incelemelerde en belirgin sonuç sağlıklı yaşam biçimi ne kadar kaliteli ve yerindeyse sonuç bir o kadar başarılı olmuştur.

Sonuç

Çalışmamızda koroner anjiyografi uygulanan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile depresyon belirtileri arasında tutarlı, düşük seviyeli, ters yönlü bir ilişki olduğu ve bireylerin depresyon düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının %13.2'sini etkilediği bulundu. Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırdıkça depresyon belirtilerinin önemli ölçüde azaldığı görüldü.

Öneriler

Çalışmamız esnasında kaydettiğimiz ve değerlendirdiğimiz birçok husus olmuştur. Hasta, hemşire ve sağlıklı yaşam biçimi gibi tanımlar iyice kavranmalı, bu gibi araştırmalarda kavramlar belirlenmelidir.

Bu bilgiler sonucunda;

- ✓ Hemşirelerin işlem öncesi, bütüncül bakım yaklaşımında hastanın mevcut durumunu değerlendirilmesi amacıyla anksiyetesinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçekler ile değerlendirmesi ve buna yönelik bakım protokollerini oluşturması gerekmektedir.
- ✓ Kişilere, depresyonu önlemeye ya da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitim verilmesi ve etkin yapılabilmesi için bilgilendirme, bireye uygun programlamaların yapılması önerilir.
- ✓ Hastaların bireysel özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, depresyonları ve kalp hastalığıyla ilişkisini ortaya koyan kapsamlı çalışmalar yapılması önerilebilir.

BÖLÜM 6. EK'LER

EK 1 Hasta Tanıtım Formu

1. Cinsiyet: E ( ) K ( )

2. Yaşınız: …

3. Boyunuz: …

4. Kilonuz: ...

5. Yaşadığınız yer neresidir?

( ) Şehir merkezi ( ) Kasaba ( ) Köy

6.Kiminle yaşıyorsunuz?

( ) Yalnız yaşıyorum ( ) Ailemle yaşıyorum ( ) Arkadaşımla yaşıyorum

7. Ailenizin tipini belirtiniz.

( ) Çekirdek Aile ( ) Geleneksel Aile ( ) Parçalanmış Aile

8.Yaşadığınız konutun tipini belirtiniz.

( ) Gecekondu ( ) Apartman ( ) Müstakil Ev ( ) Diğer…

9. Yaşadığınız kişiler ev içindeki işleri paylaşıyorlar mı?

( ) Evet ( ) Hayır

10.Tek başınıza yaşayabilir misiniz?

( )Evet ( ) Hayır

11. Medeni durumuz nedir?

( ) Evli ( ) Bekâr ( ) Boşanmış

12. Öğrenim durumunuz nedir?

( ) Okuma-yazması yok ( ) Okur-yazar ( ) İlköğretim mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Lisans ( )Lisansüstü

13. Gelir-gider durumunuz nedir?

( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden düşük ( ) Gelir giderden yüksek

14. İş-durumunuz nedir? (Çalışmıyorsanız 17. Soruya geçiniz).

( ) Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum

15. Meslekte çalıştığınız süre nedir?

( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl arası ( ) 5-10 yıl ( )11 yıl ve üzeri

16. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

( ) ortalama 40 saat ( ) ortalama 45 saat ve üstü

17. Sağlık güvenceniz nedir?

( ) SGK ( ) Özel sigorta

18. Kronik hastalığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır Evet ise lütfen belirtiniz:…

19. Ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?

( ) Evet (belirtiniz.....) ( ) Hayır

20. Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

( ) 1.Çok iyi ( ) 2.İyi ( ) 3.Orta ( ) 4. Kötü ( ) 5.Çok kötü

21.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

( ) Evet ( ) Hayır Evet ise lütfen belirtiniz:……

22. Daha önce hastanede yattınız mı?

( )Evet ( ) Hayır

23. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

24.Daha önce anjiyografi oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır Evet ise kaç kere olduğunuzu lütfen belirtiniz:…….

25. Evde ev işlerinde yardımcı birisi var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

26. Yemek yeme alışkanlığınız

( ) 1.Düzenli yemek yerim, öğün atlamam, ağır yemeklerden kaçınırım

( ) 2.Zaman buldukça düzenli yemek yerim, fırsat yoksa abur cubur yerim

( ) 3.Genelde düzensiz zaman aralıklarıyla ne bulursam onu yerim

27.Uyku Alışkanlığınız

( ) 1.Düzenli olarak aynı saatte yatıp, bir önceki günle aynı süre uyumaya dikkat ederim

( ) 2.Bazı geceler yalnızca birkaç saat uyurum, onun dışında düzenli uyurum

( ) 3.Uyku düzenim yok, her gün uyku saatim değişir

28. Sigara içiyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

29. Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

30. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

31. Günlük bakımınızda yardıma ihtiyacınız oluyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır

32. İşlem öncesi dönemde yapılacak işlemle ilgili eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

33. Hastaneden taburcu olmadan önce evde bakımla ilgili hemşireden eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( )Hayır

34. İşlem öncesi dönemde aile/sosyal çevrenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

35. Beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

EK 2 Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekten umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekten beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum

	d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK 3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				

22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				

51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 4 Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Melis Karakuşlu tarafından yürütülen "Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyon Belirtileri" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
   - Araştırmanın Amacı: Koroner anjiyografi uygulanan hastaların depresyon belirtilerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir.
   - Araştırmanın İçeriği: T.C. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yatan, koroner anjiyografi uygulanan hastaların işlem sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtileri değerlendirilecektir.
   - Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma **(x)** Tez çalışması
2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.
Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.
Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:
(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
İmzası:

EK 5 Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 6 Araştırma İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 7 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçek İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 8 Beck Depresyon Envanteri Ölçek İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

KAYNAKÇA

Anderson, J. L., Adams, C. D., Antman, E. M., Bridges, C. R., Califf, R. M., Casey, D. E.,… Riegel, B. (2007). ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-st-elevation myocardial infarction: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-st-elevation myocardial ınfarction) developed in collaboration with the American college of emergency physicians, the society for cardiovascular angiography and ınterventions, and the society of thoracic surgeons endorsed by the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation and the society for academic emergency medicine. *Journal of the American College of Cardiology*, *50*(7), e1–e157. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.02.013

Adagide, S. ve Karatas, N. (2021). Depresyon tanısı alan bireylerde fiziksel egzersizin depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 12*(2), 122-131.

Atar, A. Ö. ve Aydın, P. Ç. (2019). Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin kanıt desteği. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, *12*(1), 12-18.

Arjomand, H., Turi, Z. G., McCormick, D., ve Goldberg, S. (2003). Percutaneous coronary intervention: historical perspectives, current status, and future directions. *American heart journal*, *146*(5), 787–796. https://doi.org/10.1016/S0002-8703(03)00153-4

Antony, D. George, P. ve Eaton, C.B. (2014). Cardiac risk factors: environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP essentials*, *421*, 16–20.

Akkaya, S., Polat, C., Ede, H. ve Öztürk, Ö. (2018). Koroner anjiyografi laboratuvarına sevki yapılan hastalarda; depresyon, anksiyete ve koroner arter hastalığı ciddiyeti ilişkisi. *Bozok Tıp Dergisi, 8*(3), 40–45.

Akdemir, N. (2005). *Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakım planları*. Ankara: Alter Yayıncılık.

Ahn, S., Song, R. ve Choi, S. W. (2016). Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among ındividuals with coronary artery disease: a structural equation modeling approach. *Asian nursing research*, *10*(2), 158–163. https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.03.004

Barth, J., Schumacher, M. ve Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, *66*(6), 802–813. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2

Blake, H., Mo, P., Malik, S., ve Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation. 23*(10), 873−87.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 12(1), 1-13.

Bayrak, B., Oğuz, S., Arslan, S., Candar, B., Sebih, K., Karagöz, B., ve Akpınar, G. (2019). Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 10*(23), 129–137.

Bayülgen, Y.M., ve Altıok, M. (2017). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing, 8*(16), 45-54.

Beyhan, Y., ve Taş., V. (2019). Mental sağlık ve beslenme. *Zeugma Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*(1), 30-35.

Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S.,… Dy, S. M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of cardiac failure, 13*(8), 643–648. https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2007.05.005

Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. ve Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TJFMPC Dergisi. 6*, 13-21.

Callaghan, P., Khalil, E., Morres, I. ve Carter, T. (2011). Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. *BMC Public Health. 11*, 465.

Cüceloğlu, D. (2014). *İnsan ve davranışı: Psikolojinin temel kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Cihangiroğlu, Z., ve Deveci, S. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi, 16*(2), 78-83.

Çam, O. ve Nehir, S. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 27*(2), 47-59.

Çürük, G., Korkut Bayındır., S. ve Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçi davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 27*(1) 40-47.

Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *17*(4), 268-274.

Çınar, D., ve Olgun, N. (2013). Koroner anjiyografi sonrası uygulanan kum torbası basısına bağlı olduğu düşünülen vazovagal senkop gelişen olgu sunumu. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10*(1), 51-55.

Demir, Ö., ve Arslantaş, H. (2014). Koroner anjiyografi ve perkütan translüminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing, 5*(3), 113–121. https://doi.org/10.5505/phd.2014.78942

Demir Korkmaz, F., Okgün Alcan, A., Eti Aslan, F. ve Çakmakçı, H. (2015). Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 23*(2), 285-294. https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2015.9343

Demirtaş, M. ve Çaylı, M. (2007). *Temel Kardiyoloji, Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Dirimeşe, E., Korkmaz, F.D. ve Alcan, A.O. (2016). Koroner arter bypass greft cerrahisi öncesi hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 5*(2), 56-61.

Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni. 15*(3), 259- 266. https://doi.org/10.5455/pmb.1-1445494881

Doğu, Ö. ve Kaya, H. (2018). Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes and practices related to using physical restraints. *International Journal of Caring Sciences, 11*(1), 61-70.

Doğu Kökcü, Ö. ve Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 36*(1), 53-59.

Erşan, E. E., Kelleci, M. ve Baysal, B. (2013). An overview on psychosocial adaptation, depression, anxiety and stress levels in patients with heart disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, *16*(4), 214-224.

Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., Lux, L,… Lohr, K.N. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ Open. 7*(6). https://doi.org 10.1136/bmjopen-2016-014912

Gezginci, E., Kosucu, S.N., Göktaş, S., ve Şahin, E. (2019). Relationship between depression and healthy lifestyle behaviors of patients with history of transplant. In *Transplantation Proceedings*. 51,(7). 2367-2372. https://doi.org10.1016/j.transproceed.2019.01.185

Günay, Ş., Serdar, O. A., Özyılmaz, S. Ö., Dereli, S., Aydınlar, A., Güllülü, S., …Sağ, S. (2014). 12.201 hastanın koroner risk faktörleri ve koroner ve koroner anjiyografi sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 40*(3), 131–136.

Gan, Y., Gong, Y., Tong, X., Sun, H., Cong, Y., Dong, X.,…Lu, Z. (2014). Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC psychiatry*, *14*, 371. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0371-z

Gür, G. ve Sunal, N. (2017). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *6*(2), 210-219.

Gottlieb, S. S., Kop, W. J., Ellis, S. J., Binkley, P., Howlett, J., O'Connor, C.,… HF-ACTION Investigators. (2009). Relation of depression to severity of illness in heart failure (from Heart Failure And a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training. *The American journal of cardiology*, *103*(9), 1285–1289. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.01.025

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.

Huyut, M. A., ve Çetintulum Huyut, B. (2020). Bilgisayarlı tomografik koroner anjiyografi ile erken evre koroner arter hastalığı tespit edilmiş olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin tespiti. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *11*(26), 119-124. https://doi.org/10.5543/khd.2020.76768

Iso, H., Date, C., Yamamoto, A., Toyoshima, H., Tanabe, N., Kikuchi, S.,… Ohno, Y. (2002). Perceived mental stress and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study for evaluation of cancer risk sponsored by monbusho (JACC Study). *Circulation. 106*(10). 1229-1236. https://doi.org/10.1161/01.cir.0000028145.58654.41

Johansson, P., Dahlström, U. ve Broström, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *European journal of cardiovascular nursing*, *5*(1), 5–15. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.04.011

Kasapoğlu, E.S. ve Enç, N. (2017). Koroner arter hastalıklar rehberi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Rehberi. 8*(15), 1-7.

Karabulut, A., Topçu, K., Uzunlar, B. ve Çakmak, M. (2011). Akut miyokard infarktüsünde ilk tercih edilen sağlık kuruluşunu etkileyen demografik ve klinik faktörler. *Yeni Tıp Dergisi. 28*(4), 213-217.

Karadakovan, A. ve Aslan, F.E. (2014). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Küçük, L. (2007). Kalp hastalıklarında ruhsal sorunlar ve bakımın psikososyal boyutu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 11*(1), 48-51.

Kuru, N. Ve Piyal B. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'ne başvuran koroner arter hastalığı tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletini.11*(3), 287-298. https://doi.org/10.5455/pmb.1-1310111881

Kaya, A. (2013). *Kişilerarası İlişkiler ve etkili iletişim,* Ankara: Tarcan Matbaacılık.

Kavas, A. (2003). Sağlıklı yaşam için doğru beslenme. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Kılınç, G., Yıldız, E. ve Kavak, F. (2016). Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *Journal of Cardiovascular Nursing, 7*(13), 114-126. https://doi.org/10.5543/khd.2016.96158

Kurçer, M.A. ve Özbay, A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı, eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11*(2), 107-113.

Küçükberber, N., Özdilli, K., ve Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11*(7), 619-626.

Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N.,… American Heart Association Statistics Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 129*(12), 1350–1369. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019

Malm, D., Karlsson J.-E. ve Fridlund, B. (1998). Quality of life in pacemaker patients from a nursing perspective. *Coronary Health Care, 2*(1), 17-27. https://doi.org/10.1016/s1362-3265(98)80031-x

Mead, G. E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C. A., McMurdo, M., ve Lawlor, D. A. (2008). Exercise for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD004366. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub3

Mitra, M.S. ve Razieh, P. (2014). Stressors in patients undergoing cardiac surgery and attitudes of nurses and patients. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences, 1*(1), 1-3.

Miller, G., Chen, E., ve Cole, S. W. (2009). Health psychology: developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual review of psychology, 60,* 501–524. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163551

Nabi, H., Shipley, M. J., Vahtera, J., Hall, M., Korkeila, J., Marmot, M. G.,… Singh-Manoux, A. (2010). Effects of depressive symptoms and coronary heart disease and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: the Whitehall II cohort study. *Heart British Cardiac Society*, *96*(20), 1645–1650. https://doi.org/10.1136/hrt.2010.198507

Niti, M., Ng, T. P., Kua, E. H., Ho, R. C., & Tan, C. H. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. *International journal of geriatric psychiatry*, *22*(11), 1087–1094. https://doi.org/10.1002/gps.1789

Nyklíček, I., Mommersteeg, P. M., Van Beugen, S., Ramakers, C., ve Van Boxtel, G. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: a randomized controlled trial. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *32*(10), 1110–1113. https://doi.org/10.1037/a0032200

Ormel, J., Kessler, R.C. ve Schoevers., R. (2019). Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? And can we do better? *Current opinion in psychiatry*, *32*(4), 348–354. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000505

Oğuz, S., Yetim, M., Yalçın, Ö., Ünalan, Y. E. ve Çamcı, G. (2016). Hipertansiyonlu bireylerde hastalık algısının tedavi ve diyet uyumuna etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 5*(2), 75-83.

Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1*(1), 57-72.

Park, C. L., ve Sacco, S. J. (2017). Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life. *Psychology, health & medicine*, *22*(9), 1011–1020. https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1257813

Parvan, K., Zamanzadeh, V., Lak, D.S., Mousavi, S.M. ve Safaie, N. (2013). Patient's perception of stressors associated with coronary artery bypass surgery. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, *5*(3), 113–117.

Peters, A. ve McEwen, B.S. (2015). Stress habituation, body shape and cardiovascular mortality. *Neurosci Biobehav Rev, 56,* 139–150. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.07.001

Persil Özkan, Ö., Büyükünal, K., Yiğit, Z., İnci, Y., Şakar, F. Ş., ve Özçelik Ersü, D. (2019). Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(1), 22-31. https://doi.org/10.26559/mersinsbd.407399

Raič, M. (2017). Depression and heart diseases: leading health problems: leading health problems. *Psychiatria Danubina*, *29 Suppl 4*(Suppl 4), 770–777.

Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, *23*(1), 51–61. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00439-7

Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed,… INTERHEART investigators. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet (London, England)*, *364*(9438), 953–962. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17019-0

Rolley JX, Salamonson Y, Wensley C, Dennision CR, Davidson PM. (2011). Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *24*(1), 18-38. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2010.08.002

Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., ve Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, *48*(8), 1527–1537. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055

Sunbul, M., Bozkurt Zincir S., Durmus, E., Sunbul, E.A., Cengiz, F.F., Kivrak, T.,… Sari, İ. (2013). Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *23(*4), 345–352. https://doi.org/10.5455/bcp.20130421014758

Savaşan, A., Ayten, M. ve Ergene, O. (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4*(1), 1-6. https://doi.org/10.5505/phd.2013.07279

Singh, M., Gersh, B. J., Lennon, R. J., Ting, H. H., Holmes, D. R., Jr, Doyle, B. J., ve Rihal, C. S. (2009). Outcomes of a system-wide protocol for elective and nonelective coronary angioplasty at sites without on-site surgery: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clinic proceedings*, *84*(6), 501–508. https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60581-8

Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., ve Marmot, M. G. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International journal of epidemiology*, *31*(1), 248–255. https://doi.org/10.1093/ije/31.1.248

Thanavaro, J. L., Moore, S. M., Anthony, M., Narsavage, G., ve Delicath, T. (2006). Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied nursing research: ANR*, *19*(3), 149–155. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.07.006

Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri. (2019). Haber Bülteni Sayı: 33710. 29.04.2022 tarihinde, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710 adresinden erişildi.

Türk Androloji Derneği. (2014). Beck Depresyon Envanteri. 15.02.2022 tarihinde, https://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/25112014164858-10-BECK-DEPRESYON-ENVANTERI.pdf adresinden erişildi.

Türk Kardiyoloji Derneği (2008). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyoloji Derneği, Suppl 1*, 153-192.

Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U.,…Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of general internal medicine*, *21*(1), 30–38. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x

Topol, J. (2008). Texbook of cardiovascular medicine. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

van Melle, J. P., de Jonge, P., Spijkerman, T. A., Tijssen, J. G., Ormel, J., van Veldhuisen,…, van den Berg, M. P. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, *66*(6), 814–822. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146294.82810.9c

Walker, S.N., ve Hill-Polerecky, D.M. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile ıı. unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.

Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., ... ve Townsend, N. (2017). European cardiovascular disease statistics.

Wulsin, L. R., ve Singal, B. M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic medicine*, *65*(2), 201–210. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000058371.50240.e3

World Health Organization (WHO) (2019). 29.04.2022 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death adresinden erişildi.

World Health Organization (WHO) (2020). 17.05.2022 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression adresinden erişildi.

Yıldırım, N. K. ve Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Journal of Cardiovascular Nursing, 7(2) 60-68.*

Yıldızeli, Ş.O., Eryüksel, E., Arıkan, H., Karakurt, S. ve Çelikel (2016). Klinik vaka çözümlemesi: koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası uzamış ventilatör desteği ve ventilatörden ayırma. *Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakim Dergisi, 7*, 67-72. https://doi.org/10.5152/dcbybd.2016.1143

Yel, P., ve Ünsar, S. (2020). Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 11*(24), 7-15. https://doi.org/10.5543/khd.2020.65477

Yalçınkaya, M., Özer, F.G. ve Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6*, 409-420.

Yılmaz Işıkhan, S. ve Güleç, D. (2018). Tez çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının demografik bilgilerle sistematik derlenmesi ve meta-analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11*(2), 123-133. https://doi.org/10.26559/mersinsbd.337800

Zaybak, A. Ve Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20*(1), 77-95.

Zengin, S. ve Kahraman, S. (2019). Anjiyografi yapılan koroner arter hastalarında geleneksel besin öğelerinin kullanımı. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi, 1*(3), 9-15.