



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ANKSİYETE VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

Bilge ER

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN

Bandırma, 2023

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ANKSİYETE VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

Bilge ER
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN

Bandırma, 2023



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAYI

Bu çalışma 13.01.2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



BEYAN

Bandırma Onyeddi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasının; kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki tüm bilgi, değerlendirme ve sonuçları akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 13/01/2023

Bilge ER

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında yanımda olup yardım ve desteğini eksik etmeyen, beni her daim motive eden, samimiyetini ve güler yüzünü benden hiç esirgemeyen kıymetli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan'a,

Çalışmamı yürüttüğüm kardiyojji servisinde görev yapan ekip arkadaşlarıma,

Çalışmama katılarak verilerin elde edilmesine katkı sağlayan tüm hastalara,

Bugünlere gelmemde en büyük emekleri olan çok değerli anne ve babama,

Her zaman olduğu gibi tez çalışmam süresince de sabır ve anlayışla her zaman yanımda olan, hayallerimi destekleyerek bana güç veren sevgili eşim Aşkın Er'e,

Varlıklarına her daim şükrettiğim, minicik yürekleriyle bana destek olan kıymetli çocuklarım Ilgın Er ve Derin Er'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bilge ER Bandırma

Tarih: 13/01/2023

ÖZET

KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

Araştırma kardiyoloji servisinde yatan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Bu kapsamda Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde yatan 260 hasta araştırma örneklemini oluşturmuştur. Veriler toplama araçları olarak Sosyodemografik özellikler veri toplama formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS programı ile değerlendirilmiş olup, betimsel analizler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t-testi, pearson korelasyon analizi, lineer regresyon analizi ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $63,43 \pm 13,71$ olup %54,6'sı erkek, %78,8'i evli, %92,3'ü çocuk sahibi, %70,8'i eğitim düzeyi olarak ilköğretim ve altıdır. Hastaların %74,8'inin bir işte çalışmadığı, %96,9'unun refakatçisinin olduğu ve %71,2'sinin ek hastalığının olduğu görülmektedir. Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon ölçek puan ortalamaları ise hastane anksiyete puanı için $8,87 \pm 5,10$, hastane depresyon puanı için $7,42 \pm 4,61$ olarak bulunmuştur. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçek puanları ortalamaları ise algılanan sosyal destek-genel için $62,18 \pm 18,70$, algılanan sosyal destek-aile için $24,38 \pm 5,21$, algılanan sosyal destek-özel insan için $18,52 \pm 8,86$, algılanan sosyal destek-arkadaş için $19,28 \pm 8,25$ çıkmıştır. Hastaların algılanan sosyal destek genel puanları ile hastane anksiyete ($r = -0.36$; $p = 0,000$) ve depresyon ($r = -0.434$; $p = 0,000 < 0.05$) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi; aileden ve arkadaştan alınan sosyal desteğin hastane anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığını; özel insandan alınan sosyal desteğin hastane anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemediğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek, Algılanan Sosyal Destek, Kardiyoloji Servisi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT WITH ANXIETY AND DEPRESSION IN INPATIENTS IN THE CARDIOLOGY SERVICE

The research was planned as a descriptive study in order to determine the relationship between the perceived social support levels of the patients hospitalized in the cardiology service and their anxiety and depression levels. In this context, 260 patients hospitalized in the cardiology service of Bandırma Training and Research Hospital formed the research sample. Sociodemographic characteristics data collection form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Hospital Anxiety Depression Scale were used as data collection tools. The collected data were evaluated with the SPSS program and descriptive analyzes (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum), one-way analysis of variance (ANOVA), t-test, pearson correlation analysis, linear regression analysis and post hoc (Tukey, LSD) analyzes were used. The mean age of the patients participating in the study was 63.43 ± 13.71 , 54.6% were male, 78.8% were married, 92.3% had children, 70.8% were primary school or below in education level. It is seen that 74.8% of the patients do not have a job, 96.9% have a companion and 71.2% have an additional disease. Hospital Anxiety Depression scale mean scores of the patients were found to be 8.87 ± 5.10 for hospital anxiety score and 7.42 ± 4.61 for hospital depression score. Multidimensional Perceived Social Support scale scores of the patients were 62.18 ± 18.70 for perceived social support-general, 24.38 ± 5.21 for perceived social support-family, 18.52 ± 8 for perceived social support-special person, 19.28 ± 8.25 for perceived social support-friend. There was a weak negative correlation between patients' general scores of perceived social support and hospital anxiety ($r = -0.36$; $p = 0.000$) and depression ($r = -0.434$; $p = 0.000 < 0.05$) scores. The regression analysis made; while social support from family and friends reduces the level of hospital anxiety and depression; shows that social support from a private person does not affect the level of hospital anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, Depression, Social Support, Perceived Social Support, Cardiology Service

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	4
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	ix
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Kalp Hastalıkları.....	3
2.1.1.Risk Faktörleri	5
2.1.2.Epidemiyoloji.....	5
2.1.3.Tanı ve Tedavi	6
2.1.4.Kalp Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	7
2.2.Anksiyete.....	8
2.2.1.Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	8
2.2.2.Anksiyetenin Etiyolojisi	9
2.2.3.Anksiyete Belirtileri	10
2.2.4. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı	10
2.3.Depresyon	12
2.3.1. Depresyonun epidemiyolojisi	12
2.3.2.Depresyonun Etiyolojisi.....	12
2.3.4.Depresyon Bozukluklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....	14

2.4. Anksiyete, Depresyon ve Kalp Hastalıkları İlişkisi.....	16
2.5. Sosyal Destek	18
2.5.1. Sosyal Destek Türleri.....	19
2.5.2. Sosyal Destek Kaynakları.....	20
2.5.3. Sosyal Destek Modelleri.....	20
2.5.4. Sosyal Desteğin Sağlık Üzerine Etkileri.....	21
2.5.5. Kalp Hastalıklarında Sosyal Destek ve Tedaviye Uyum	22
2.5.6. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü	23
2.6. Sosyal Destek Algısının Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.5. Verilerin Toplanması.....	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.7. Etik İlkeler	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	47
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	47
5.2. Katılımcıların HAD Puanlarının Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	50
5.3. Katılımcıların ÇBASDÖ Puanlarının Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	54

5.4. Katılımcıların Algıladıkları Sosyal Destek ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
7.KAYNAKLAR	62
8.EKLER.....	71
9.ÖZGEÇMİŞ.....	77



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Skewness-Kurtosis analizi sonuçları	28
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklere göre dağılımları (n=260)	30
Tablo 4.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımları (n=260) ...	32
Tablo 4.3. Hastaların ölçek puanlarının dağılımı (n=260)	33
Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HAD ve ÇBASD ölçek puanları	34
Tablo 4.5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre HAD ve ÇBASD ölçek puanları	41
Tablo 4.6. Hastane anksiyete depresyon ve algılanan sosyal destek puanları arasında korelasyon analizi.....	44
Tablo 4.7. Algılanan sosyal desteğin hastane anksiyete üzerine etkisi.....	45
Tablo 4.8. Algılanan sosyal desteğin hastane depresyon üzerine etkisi	46

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACC: American College of Cardiology

AKS: Akut Koroner Sendrom

ASD: Algılanan Sosyal Destek

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BT: Bilgisayarlı tomografi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

d: Cohen

DM: Diabetes Mellitus

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

EKO: Ekokardiyografi

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

GİS: Gastro İntestinal Sistem

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HDL: High Density Lipoprotein

HT: Hipertansiyon

KB: Kan Basıncı

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KY: Kalp Yetmezliği

LDL: Low Density Lipoprotein

MAO: Monoaminoksidaz İnhibitörleri

MI: Myokard İnfarktüsü

MR: Manyetik rezonans

r: Korelasyon katsayısı

SLE: Sistemik Lupus Eritamatozis

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SVO: Serebro Vasküler Hastalık

TCA: Trisiklik Antidepresanlar

TG: Trigliserit

TK: Total Kolesterol

TMS: Transkranial Manyetik Stimülasyon

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VT: Ventriküler Taşikardi

η^2 : Eta kare



1.GİRİŞ

Kalp damar hastalıkları dünya genelindeki ölümlerin sebepleri arasında ilk sırada bulunmaktadır (Yıldız, 2017; Won & Son, 2017; Can ve ark, 2003; Abbasi ve ark, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2012)'nün açıkladığı verilere bakıldığında bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin %46,2'si kalp ve damar hastalıklarındandır. Ülkemizde ölüme sebep olan hastalıkların ilk 10 sıralaması incelendiğinde bunların yedisinin kronik rahatsızlık olduğu ve en yaygın olanının ise kalp hastalıkları olduğu görülmektedir (TÜİK, 2017).

Kalp damar hastalıkları sıklıkla ileri yaşlarda ortaya çıkmakta ve bireylerin yaşam kalitesi ve emosyonel durumlarını olumsuz etkilemektedir (den Uijl ve ark., 2020). Bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, hastalık türü, hastanede kalma süresi gibi değişkenler yaşanan emosyonel tepkilerde farklılığa neden olmakla birlikte anksiyete ve depresyonun en sık karşılaşılan sorunlar arasında olduğu görülmektedir (Allabadi ve ark, 2019; Demirbaş ve Kaya, 2022; Kutlu ve ark, 2016). Yapılan çalışmalarda kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon prevalansı %50'nin üzerindedir (Yiğit, 2018; Kutlu ve ark,2016; Sarıtaş ve Aktura, 2020, Uslu, 2011). Kardiyovasküler hastalıklar ile anksiyete ve depresyonun bu oranda birlikte bulunması, birbirleri ile olan etkileşimden kaynaklandığını düşündürmektedir (Özer ve ark, 2009).

Kalp ve damar hastalığı olan bireylerde, bireyin hastalığa uyumu büyük önem arz etmektedir. Bireyde hastalık zamanla ilerledikçe; sosyal aktivitelerde azalma, bundan sonraki hayatına bu hastalıkla devam edeceği düşüncesi, kendisini diğer insanlardan farklı görme, yalnızlık duygusuyla beraber sosyal izolasyon görülmektedir. Böyle bir durumda bireyler eşinden, çocuklarından, akrabalarından ve çevresinden yeterli sosyal destek alamıyorsa hastalığa karşı psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilenecektir. Hastada değersizlik, üzüntü, kaygı, öfke, ümitsizlik, ölüm korkusu, aile ve iş yaşamında rol kaybı gibi psikososyal sorunlar oluşabilecektir (Ülkü ve Ünsar, 2022). Hastaya verilen sosyal desteğin bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesinde, yaşam kalitesini artırmada, tedavi sürecinde ve hastalığın rehabilitasyonunda olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir (Çetinkaya, 2019).

Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin artmasının hastalık seyri üzerine olumlu bir etkisi olması beklenirken, yaşadıkları anksiyete ve depresyonun ise hastalıkları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bilinmektedir (Akbulut, 2019). Bu çalışmanın amacı kardiyoloji servisinde yatan hastalarda algılanan sosyal desteğin anksiyete ve depresyon ile ilişkisini belirlemektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kalp Hastalıkları

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Durna, 2012; Yağlı ve ark, 2015; Sizgen, 2019). Yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık bakım sistemindeki gelişmeler, teknolojiye yenilikler gibi nedenlerle ortalama yaşam süresi artmaktadır. Yaşlı nüfusun artışıyla beraber kronik hastalıklar daha sık görülmekte, en çok hastaneye yatış ve de ölüm nedeninin de kalp damar hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Çetinkaya, 2019; Nanda ve Keser, 2019). Kalp hastalıklarında kardiyak nöks ve mortaliteyi azaltmak için düzenli fiziksel aktivite, sigarayı bırakma, kilo yönetimi, ilaçlara uyum ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi vurgulanmaktadır (Won & Son, 2017). Kalp damar hastalıkları; hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, yetmezlik, ritm bozuklukları, kapak hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları ve kalp enfeksiyonlarını içeren hastalıklar grubudur (Kozan ve Keleş, 2014; Çetin, 2021).

Koroner Arter Hastalığı; kalbin kasını besleyen koroner arter olarak isimlendirilen atardamarların daralma ya da tıkanmasıyla, kan akışının durması veya tümüyle kesilmesine bağlı olarak meydana gelir. Halk dilinde damar sertliği olarak bilinen ateroskleroz nedeniyle meydana gelir. Angina Pectoris ve Miyokard İnfarktüsü (MI) koroner arter hastalığı grubunda yer almaktadır (Çetinkaya, 2019). Angina pektoris, kalbin oksijen gereksinimi olmasına rağmen yeterince kanı alamayarak görevini yerine getirememesi sonucu kalpte sıkışma, göğüste ağırlık hissi, hafif veya aşırı göğüs ağrısı şeklinde ortaya çıkar. Damarlarda tıkanma yok daralma vardır. Myokard İnfarktüsünde aterosklerotik plağın yırtılması sonucu, trombüs oluşur ve yırtılan plağın yer aldığı koroner arter segmentinde kısmi veya tam bir tıkanma görülür. Klasik belirtileri ise göğsün ortasında, kol, boyun ya da sırta yayılan göğüs ağrısı beraberinde terleme, taşikardi, dispne, halsizlik, bulantı ve kusmayla beraber ölüm korkusu yaşanmasıdır. (Karataş, 2014).

Hipertansiyon (HT), American College of Cardiology (ACC)'ye göre erişkin bir bireyde sistolik kan basıncının (KB) 130 mmHg ve üzeri ve/veya diyastolik KB'nin 80 mmHg ve üzerinde olması durumudur (Sizgen, 2019). Hipertansiyon hem genetik

hem de çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Hipertansiyon ile kardiyak morbidite ve mortalite arasında ilişki vardır (Edem, 2020).

Kalp yetmezliği (KY); dinlenme ya da efor esnasında düşük olan kalp debisi veya artmış olan intrakardiyak basınçla sonlanan yapısal veya fonksiyonel anormalliklerin sebep oldukları, ödem, nefes darlığı, yorgunluk gibi tipik semptomların eşlik ettiği sendromdur. Koroner kalp hastalıkları kalp yetmezliğinin en temel nedenidir (Çelik, 2021). KY tanısı konduktan sonra altta yatan nedenin belirlenmesi ana hedef olmalıdır. Kapaklarda, perikartta, endokartta, ileti sisteminde ve kalp ritminde bozukluğa yol açan durumlar kalp yetmezliğine sebep olabilmektedir. Altta yatan kardiyak problemin tanınması, düzeltilebilir nedenlerin ortadan kaldırılması kalp yetmezliğinin tamamen önlenmesi açısından önemlidir (Küçüköğlu, 2017). Kötü prognoz ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulmasının yanı sıra sık hastaneye yatışlar ve yüksek sağlık maliyetleri ile ilişkili olan kalp yetmezliği, hem hastalar hem de sağlık sistemi için ciddi bir yükü temsil etmektedir (Celano ve ark, 2018; Hammash ve ark, 2017).

Düzensiz kalp atım şekline aritmi yani ritm bozukluğu adı verilir. Düzensizlik kalbin kasıldığı yer açısından atriumlardan ya da ventriküllerden kaynaklanabilmektedir. Bu durum bradikardi ya da taşikardiye sebep olabilmektedir (Çetinkaya, 2019; Can, 2021).

Kalp kapak hastalıkları, atrium ve ventriküller arasındaki kapaklardan kaynaklı oluşan hastalıklardır. Kalp kapak hastalıklarının başlıca nedenleri mitral darlığı/yetersizliği, aort darlığı/yetersizliği, triküspit darlığı/yetersizliği ve pulmoner darlığı/yetersizliğidir (Yıldız, 2017).

Konjenital kalp hastalıkları, intrauterin dönemin 3 ve 8. haftalarında ortaya çıkan kalbin veyahut büyük damarların anatomik malfarmasyonu şeklinde tanımlanmaktadır. Konjenital kalp defektleri siyanoz görülmesine bağlı olarak siyanotik veya asiyanotik olarak sınıflandırılmaktadır (Edem,2020).

Endokardit, kalbin içini saran endokardiyum tabakasının veya kalp kapaklarının enfeksiyonudur. Miyokardit kalp kasının iltihaplanmasıdır. Miyokardit ilaçlara karşı aşırı duyarlılık veya radyasyon, kimyasal veya fiziksel ajanlarla ilgili olabilir (Yıldız, 2017).

2.1.1.Risk Faktörleri

Risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olarak iki grup altında değerlendirilirse; cinsiyet, yaş, genetik faktörler ve aile öyküsü değiştirilemezken; diyabet, hipertansiyon, kolesterol, beslenme bozukluğu ve obezite, alkol ve sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, stres, değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer alır (Cengizhan, 2018; Nanda ve Keser, 2019; Çetin, 2021). Değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılması ve önlenmesiyle kardiyovasküler olaylara bağlı mortalitenin azalabileceği belirtilmektedir (Erkan, 2021).

Damar yapılarında meydana gelen harabiyet ile birlikte olan ateroskleroz yaşla orantılı olarak ilerleyerek kalp damar hastalıklarının meydana gelme riskini artırmaktadır. Menopozdan sonra östrojen seviyesinin azalması ile kalbi koruyucu etkisinin azalması, kadınlarda erkeklere oranla kardiyovasküler hastalıkların daha geç ortaya çıkmasına neden olur. Bireyin ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü var ise hastalık riski iki kat artmaktadır (Durna, 2012; Çalışkan, 2021).

Kan basıncındaki yükselme damardaki endotel yapıyı bozarak ateroskleroz oluşumuna sebep olmaktadır. Diyabet hastalığı olan kişilerde, olmayanlara göre kalp hastalıklarının meydana gelme riski 2-4 kat daha yüksektir (Çalışkan, 2021). Kalp hastalıkları açısından beslenme değişikliklerindeki en önemli unsur yağ ve karbonhidrat alımındaki artışla beraber bitkisel besinlerin alımındaki azalmadır. Kentleşmeyle beraber toplumsal ve kişisel değişiklikler nedeniyle plazma kolesterol seviyeleri daha yüksek olma eğilimindedir (Yıldız, 2017). Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve kalp hastalıklarının meydana gelme riski vücut kitle indeksinin artmasıyla doğru orantılı biçimde artmaktadır. Alkol ve sigara tüketimi kalp yapısında biçim ve işlev bozukluklarına neden olarak kardiyak problemlere sebep olabilir. Yetersiz fiziksel aktivite ve stresin de kardiyovasküler hastalık gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir (Durna, 2012).

2.1.2.Epidemiyoloji

Dünya genelindeki en sık ölüm nedeni kalp ve damar hastalıklarıdır. Günümüzde kalp ve damar hastalıkları, yüksek gelir grubu ülkelerdeki ölümlerin %40'ından, düşük ve orta gelir grubu ülkelerde %28'inden olmak üzere dünya genelindeki ölümlerin %30'undan sorumludur (Yıldız, 2017). Kardiyovasküler

hastalıklar 1989 yılında %40 oranında iken bu oran 1993'te %45, 2009'da %40, 2014'te %40,4 ve 2018'de %38,4 ile bütün ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Sizgen,2019; Salık, 2019; Aydemir ve Çetin, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre toplam ölümlerin içinde kalp hastalıkları oranının gittikçe arttığı görülmektedir (TÜİK, 2019).

TÜİK verilerine göre 2019 yılında ölen insan sayısı 435.941 olmuştur. Bu kişilerin %54,6'sı erkek, %45,4'ü kadındır (TÜİK, 2019). Kadınların 1984'den beri kardiyovasküler mortalitede erkekleri geçtiği ve kadınlarda kalp hastalığının erkeklere göre on yıl daha geç ortaya çıktığı belirtilmektedir (Nanda ve Keser, 2019). Ölüm nedenlerine bakıldığında dolaşım sistemi hastalıklarının 2018'de %37,8, 2019'da ise %36,8 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. 2018 yılında kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %39,8'ini iskemik kalp rahatsızlıkları, %22,3'ünü serebro vasküler hastalıklar (SVO), %24,5'ini ise diğer kalp hastalıkları oluşturmaktadır. 2019 yılına bakıldığında ise dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı gerçekleşen ölümlerin %39,1'i iskemik kalp hastalıkları, %22,2'si SVO'lar, %25,7'si diğer kalp hastalıklarına bağlıdır (Çalışkan, 2021).

2002 yılında tüm dünyada kardiyovasküler hastalık nedeniyle olan ölümler 16,7 milyon iken, bu sayının 2030'da 23,3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Durna, 2012). Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfus artmakta ve buna bağlı olarak da kalp ve damar hastalıklarının görülme sıklığının artmasıyla birlikte ileri yaşlarda sağlık sorunlarının ve kronik hastalıkların artması beklenmektedir.

2.1.3.Tanı ve Tedavi

Kardiyovasküler sistem tanılması ilk olarak hasta ve ailesinden alınan ayrıntılı sağlık öyküsü ve fizik muayene ile başlar. Sonrasında kardiyak enzimlerin ölçümü tanı ve prognozun belirlenmesinde yarar sağlayacaktır. Troponin ölçümleri akut koroner sendromda günlük pratikte kullanılmaktadır. Akut koroner sendrom dışında kalp yetmezliği, pulmoner hipertansiyon gibi durumlarda da troponin yükselmektedir. Kreatinin kinaz myokard hasarını takiben 4-6 saat içinde yükselir, 12-24 saatte pik seviyeye ulaşır ve 48-72 saatte normale döner. Total kolestrol (TK), düşük dansiteli kolestrol (LDL-low density lipoprotein), yüksek dansiteli kolestrol (HDL-high density

lipoprotein), ve trigliseritler (TG) kalp hastalığı gelişimini etkileyen lipid metabolizmasının elementleri olarak bilinmektedir (Enç, 2019).

Kardiyovasküler sistem tanılmasında elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi (EKO), bilgisayarlı tomografi (BT), koroner anjiyografi, transözafagial ekokardiyografi, manyetik rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Kardiyoloji tanı yöntemlerinden en yaygın olarak kalbin elektriksel aktivitelerini ölçmek amacıyla EKG kullanılır. EKO ile yüksek frekanslı ses kullanılarak kalp kapaklarının kalınlığı, hareketleri, kalp boşluklarının hacmi ve sol ventrikül fonksiyonları değerlendirilir (Küçüköğlu, 2017). MR kalp damarları ve diğer torasik yapıların manyetik alan ve radyo frekans dalgaları kullanılarak görüntülenmesine dayalı, girişimsel olmayan tanı yöntemidir. BT ise seçilen yapılarda doku yoğunluğundaki ufak değişiklikleri kesitsel olarak görüntülemektedir. Koroner arter hastalıklarının tanısında önemli bir yere sahip olan ve en sık uygulanan koroner anjiyografi işleminde; femoral, brakial veya radial arter kullanılarak, bir kateter aracılığı ile radyopak madde verilerek koronerlerin görüntülenmesi sağlanır (Durna, 2012; Enç, 2019).

Kardiyovasküler hastalıklar için etkili ve çok çeşitli tedavi alternatifleri bulunmaktadır (Sizgen,2019). Kardiyovasküler tedavide kullanılan temel ilaçlar; beta-adrenerjik blokerler, antianjinal ilaçlar, diüretikler, vazodilatörler ve pozitif inotropikler, vazodilatörler, antihipertansifler, antiaritmik ilaçlar, antitrombotik ajanlar ve lipid düzenleyiciler olarak genellenmektedir (Eski ve Pınar, 2005).

2.1.4.Kalp Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, kardiyovasküler hastalık gelişiminin engellenmesi, risk faktörlerinin azaltılması ve komplikasyon oluşumunu azaltma açısından önemli görevler üstlenmiştir. Hemşirelerin; toplumdaki bireylerde farkındalığı artırma, sağlığın değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık eğitimi, sağlıklı yaşam şekli alışkanlıkları edinme, erken tanılama, takip ve tedavinin sağlanması gibi konularda birçok sorumlulukları bulunmaktadır (Durna, 2012).

Hastalar hastaneye yattıkları andan itibaren hemşirelere, kalp hastalıklarının tanılama, takip, tedavi, bakım, girişimsel uygulamalar ve taburculuk süreçlerinin yönetiminde çok fazla sorumluluk düşmektedir. Hemşireler hastaların hastanede

kaldığı süre boyunca kişisel ve fiziksel ihtiyaçları (beslenme, hijyen, uyku vb.) ile birlikte psikososyal ihtiyaçlarını da karşılamalıdır (Çetinkaya, 2019). Birey ve ailesine kullanacağı ilaçların ismi, amacı, dozu, ilaç-ilaç ve besin-ilaç etkileşimleri yanında olası yan etkiler konusunda eğitim verilmelidir. Hasta kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, tuz kısıtlaması, egzersiz, sigara ve alkolün azaltılması/bırakılması ve stres yönetimi gibi konularda bilgilendirilmelidir. Hipertansiyonda hemşirelik bakımı; kan basıncının optimal seviyeye indirilmesi ve kontrol altında tutulması dışında, gelişebilecek komplikasyonları erken tanıma ve önlemeye yönelik girişimleri kapsamaktadır. Akut koroner sendrom (AKS) tanılı hastalarda hemşirelik bakımında amaç; miyokardiyal iskeminin ve komplikasyonların erken dönemde tanınması, göğüs ağrısının kontrolü, sessiz ve sakin bir ortam sağlayabilmektir. Özellikle KY hastalarında taburculuk sonrası tekrar yatış oranları yüksek olduğu için taburculuk sonrası birkaç hafta içerisinde ev ziyaretleri veya telefon görüşmeleri ile desteklenmelidir. Evde bakım programlarında hasta ve ailesine semptomları tanıma ve izleme, ilaç kullanımı, sağlıklı ve düzenli beslenme, düzenli aktivite ve egzersizin önemi gibi konularda eğitimler verilmelidir (Enç, 2019).

Kardiyovasküler hastalıklarda ele alınabilecek hemşirelik tanıları; akut ağrı, anksiyete, kardiyak doku perfüzyonunda azalma riski, aktivite intoleransı, sıvı volüm fazlalığı, kanama riski, uyku örüntüsünde rahatsızlık ve konstipasyon gibi tanılardır (Erdemir, 2005).

2.2.Anksiyete

Anksiyete, bireylerin yaşamlarının belli dönemlerinde yaşamış olduğu, birçok fizyolojik belirtilerin yanında kişiye rahatsızlık veren bunalıt ve endişe duygusu şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi sanki kendisine ya da başkasına kötü bir şey olacakmış şeklinde endişe duygusu yaşar (Kırlı, 2000).

2.2.1.Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları psikiyatrik hastalıklar içerisinde en sık görülenidir. İstatistikler değişebilmekte ancak kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha yaygın olduğu kabul edilmektedir (Öz ve Demiralp, 2014; Özcan ve Gürhan, 2016). Anksiyete bozukluklarının yaygınlığının ülkeler arasında %3,8 ile %25 arasında değiştiği, Türkiye’de yaygınlığının %6,7 olduğu belirtilmektedir. En yaygın görülen anksiyete

bozukluklarının ise özgül fobi ve toplumsal kaygı bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Batmaz ve Yazıcı,2021). Genel popülasyon içinde prevelans oranları; fobiler için %25, sosyal anksiyete bozukluğu için %13, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk için %3-5 ve obsesif kompulsif bozukluk için %2-3 olarak verilmiştir (Özcan ve Gürhan, 2016).

2.2.2.Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi psikolojik ve biyolojik olmak üzere iki ana başlık altında açıklanabilmektedir.

Psikolojik nedenler: Psikanalitik kurama göre çocukluktan itibaren bastırılmış duyguların, isteklerin ve dürtülerin; ego ile id ya da ego ile süperegö arasında bir iç çatışma oluşturması anksiyetenin temelini oluşturmaktadır. Bastırma düzeneğinin ve diğer savunma mekanizmalarının devreye girmesiyle anksiyete bozuklukları oluşur (Kırlı, 2000). Bilişsel yaklaşıma göre ise anksiyetenin sebebi olayların kendisi değil kişilerin beklentileri, olayları nasıl algıladığı ve yorumladığı ile ilgilidir. Kişinin çocukluktan itibaren geliştirdiği negatif şemalar anksiyete oluşumunda rol oynamaktadır. Bunların yanında anne bebek ilişkisindeki bozukluk, stresli yaşam olayları, terkedilme korkusu, çocukluk çağı istismarı ve duygusal istismar gibi etkenlerin de anksiyete gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020).

Biyolojik nedenler: Anksiyete bozukluğunda genetik yatkınlığın, nörofizyolojik ve biyokimyasal düzeneklerin etkili olduğu bildirilmektedir. Birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluğu olan kişilerin, olmayanlara göre anksiyete bozukluğu yaşama olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Erol, 2020).

Anksiyete, biyolojik yaklaşımda bir tehdit ya da tehlikenin sebep olduğu ve fizyolojik tepkilerin eşlik ettiği duygudur. Bu fizyolojik tepkiler bireyi “savaş veya kaç” için hazırlamaktadır. Savaş tepkisi kardiyovasküler sistemde değişikliklere yol açarken, kaçma tepkisi bedeni korumak için efor oluşturmaktadır (Öz ve Demiralp, 2014).

2.2.3. Anksiyete Belirtileri

Genel görünüm ve davranış: Bireyde endişeli yüz, çatık kaş, dişler sıkılmış, gergin ve tedirgin görünüm, çabuk irkilme, yerinde duramama ve ani öfkelenme gözlenir.

Konuşma ve ilişki kurma: Seste titreme, hızlı ve zor konuşma olabilir. Huzursuzluk ve gerginlikle beraber ilişki kurarken zorluk yaşayabilir.

Duygulanım: Birey sıkıntılı ve kötü bir haber alacak ya da bir şey olacak gibi gibi hissettiğini dile getirir.

Bilişsel yetiler: Bireyde aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle dikkat dağınıklığı ve unutkanlık gözlenebilir.

Düşünce akımı ve içeriği: Düşünce içeriğinde belirgin bir bozukluk yoktur. Yaşanan huzursuzluk nedeniyle düşünce hızlanmış olabilir (Kırlı, 2000; Akdağ, 2001; Çam ve Engin, 2021)

Bedensel ve fizyolojik belirtiler: Anksiyete durumunda bireylerde kan basıncında yükselme, hızlı solunum, dispne, çarpıntı, terleme, ağızda kuruluk, göz bebeklerinde büyüme, yüzde kızarıklık, titreme, sık idrara çıkma, el ve ayakta uyuşma, boğazda düğümlenme ve kusma gibi belirtiler görülmektedir (Kırlı, 2000).

2.2.4. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Anksiyete bozuklukları tedavi edilmekte ancak bu zaman almaktadır. Tedavide psikofarmakoloji ve psikoterapilerden faydalanılmaktadır (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020).

Hafif ve orta şiddette yaşanan anksiyete bozukluklarında, farmakolojik tedavi çok önerilmemektedir. Ağır şiddette yaşanan anksiyete bozukluklarında ise tedavide benzodiazepinler (diazem, lorazem, klonzapin ve alprazolam gibi), beta blokörler ve antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. İlaç tedavisi en az altı ay veya çok daha uzun sürmektedir. Benzodiazepinler bağımlılık yaptığı için önerilmemektedir (Kırlı, 2000).

Psikoterapi, danışanın duygu, biliş veya davranışlarını olumluya dönüştürmek için, çeşitli yöntemlerin psikoterapist tarafından sistematik olarak uygulanmasıdır

(Tanrıverdi, 2021). Anksiyete bozukluklarında daha çok Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kullanılmaktadır. BDT nefes ve gevşeme eğitimini, bilişsel yeniden yapılandırmayı, kaygı uyandıran durumlara kademeli olarak maruz bırakmayı ve psikoeğitimi içerir (Batmaz ve Yazıcı, 2021). Kasların gevşemesi sonucu anksiyete azalacağı için, asıl önemli olan anksiyeteye bağlı gelişen kas gerginliğinin giderilmesidir. Bilişsel yeniden yapılandırma kişilerin temel varsayımlarındaki yanlış görüş ve inanışların daha gerçekçi ve uyumlu olanlarla yer değiştirmesi tekniğidir (Çam ve Engin, 2021). Maruz bırakma ile hasta uzun süreden beri aşırı korkulu olarak düşündüğü gerçek hayat olaylarının içine veya hayali durumlara katılır (Özcan ve Gürhan, 2016). Hastalığın doğası, ilaç yönetimi, stres yönetimi ve destek sistemlerinin kullanılması, kafein ve çikolatanın diyetten çıkarılması, stimülanlar ve kokain, alkol kullanımının kesilmesi konularında hasta ve aileye verilen psikoeğitim tedavide oldukça önemlidir (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020).

Anksiyete bozukluklarında hemşirelik bakımının ilk aşamasında veriler değerlendirilerek, bütüncül yaklaşımla hastanın davranışları gözlemlenmeli, hemşirelik tanıları belirlenmelidir. Hemşirelik bakımının temel amacı anksiyetenin azaltılması ve etkin baş etme becerilerinin güçlendirilmesidir (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020). Öncelikle hastaya gürültü, ışık gibi rahatsız edici uyaranların olmadığı uygun bir ortam sağlanmalıdır. Sade bir dil yanında sakin ve kararlı ses tonu ile konuşulmalıdır. Yalan söyleme, ilgisizlik, tıbbi terimler kullanma gibi bireyin anksiyetesini arttıracak tutum ve davranışlardan kaçınılmalıdır (Öz ve Demiralp, 2014). Hastanın anksiyete seviyesindeki değişimler izlenmeli, anksiyetesi azalınca kadar hastadan beklenen istekler ve aktiviteler azaltılmalıdır. Hasta ile anksiyeteyi hafifletecek ılık duş, yürüyüş, derin nefes alma gibi aktiviteler planlamak yarar sağlayacaktır. Hastaya durumuyla ilgili gerçekçi geri bildirimler verilmelidir. Hemşire uygulanacak her türlü girişim hakkında hastaya bilgi vermeli ve hasta ile dürüstçe konuşmalıdır (Öz ve Demiralp, 2014; Batmaz ve Yazıcı, 2021). Anksiyete varlığında hasta bireylere ve hasta yakınlarına güven verilmesi çok fazla önem taşımaktadır (Enç, 2019).

Anksiyete bozukluklarında oluşturulabilecek hemşirelik tanıları; anksiyete, etkisiz baş etme, korku, sosyal etkileşimde bozulma, uyku düzeninde bozulma ve aile içi süreçlerin devamlılığında bozulmadır (Erdemir, 2005).

2.3.Depresyon

Depresyon; çökkün, depresif ruh hali, değersizlik, suçluluk gibi yıkıcı duyguların yoğun olarak hissedildiği, yaşam enerjisinin azaldığı, zevk alamama, konsantrasyonda bozulma uyku örüntüsü ve iştahta değişim gibi fizyolojik değişimlerin yaşandığı bir sendromdur (Batmaz ve Yazıcı, 2021). Psikiyatrik hastalıklar içinde depresyon ilk olarak tanımlanan, günümüzde de en sık olarak tanı konulan hastalıklardandır (Özcan ve Gürhan, 2016).

2.3.1. Depresyonun epidemiyolojisi

Çok yaygın bir hastalık olan depresyon dünyada ve ülkemizde ciddi sağlık problemlerinin başında gelmektedir (Durna, 2012). Ülkeler arasındaki farklılıkların, kültürel ortamlardaki araştırmaların yetersizliğinin, depresyon tanılama araçlarının ve tanı ölçütlerindeki değişikliklerin de göz önüne alınmasıyla toplumda yaşam süresince majör depresyon görülme sıklığı %4,8-17,1 olarak tahmin edilmektedir. Her yaşta görülen depresyon özellikle genç erişkinlik döneminde başlamaktadır. Toplumda yaşam boyu görülme oranı kadınlarda %20-25, erkeklerde ise %7-12 olarak bildirilmiştir. Herhangi bir hastalık tanısıyla hastaneye yatan kişilerin %14'ten fazlasında yine majör depresyona rastlanmaktadır (Durna, 2012). Majör depresyon bekarlarda, eşinden ayrı yaşayanlarda, boşanmış ve dul olan bireylerde evlilere oranla daha fazla görülmektedir (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020). Sosyal güvencesi olmayan, düşük gelirli, işsiz ve sağlık hizmetlerine ulaşmakta sorun yaşayan kişilerde tıbbi hastalıklarla birlikte depresyon görülmesi daha sıktır (Durna, 2012).

2.3.2.Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon etiyolojisi ile ilgili birçok görüş ortaya atılmakta ancak tam olarak aydınlatılamamaktadır (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020). Depresyon tek başına nörobiyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel etkenlerden değil, hepsinden kaynaklanan karmaşık bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Yalom, 2016).

Depresyonun ortaya çıkmasında nöronlar arasındaki iletişimi sağlayan nörotransmitterlerin rolü olduğu, özellikle seratonin ve noradrenalin miktarı ve işlevlerindeki bozulmadan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Anksiyolitikler, antipsikotikler, sedatif-hipnotikler, propranolol, reserpin gibi antihipertansif ilaçların

depresif semptomlara neden olabileceği belirtilmektedir (Uzday, 2004). Vitamin B1 vitamin B6, vitamin B12, vitamin C, kalsiyum, folik asit, demir, çinko, potasyum, magnezyum ve sodyumdaki eksikliklerde depresyon semptomlarına yol açabilmektedir. İkincil depresyon gelişebilecek hastalıklar; sistemik lupus eritamatozis (SLE) ve poliarteritis, nodoza gibikollajen bozukluklarını; kardiyomyopati, myokardial enfarktüs, kanjestif kalp yetmezliği ve serebravasküler hasar gibi kardiyovasküler hastalıkları; ensefalit, hepatit, pnömoni ve sifilizgibi enfeksiyonları ve diyabetes mellitus gibi metabolik hastalıkları içermektedir (Özcan ve Gürhan, 2016).

Genetik çalışmalar, majör depresyonun genetik olarak geçişini kanıtlamaktadır (Çam ve Engin, 2021). Birinci derece akrabalarında majör depresyon bulunan bireylerin depresyon yakalanma olasılığı sağlıklı olanlara kıyasla 1,5 ila 3 kat daha fazladır. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma riskinin %40-60, çift yumurta ikizlerinde ise %10-20 olduğu belirtilmektedir (Batmaz ve Yazıcı, 2021).

Yalnızlık ve sosyal izolasyon depresyon açısından en önemli risk faktörü olmakla birlikte, depresyonun ortaya çıkma olasılığını arttıran psikososyal etkenler olarak; düşük sosyo-ekonomik düzey, işsizlik, ayrılmış/boşanmış olma, sevilen birinin ölümü, çocukluk travmaları, alkol madde kullanımı, iş ve aile ortamında yaşanan sorunlar olarak sıralanmaktadır. Aynı zamanda ileri yaştaki gerçek ya da algılanan kayıp yaşantılar, yaşamda olumlu yönde destek sağlayacak bireylerin olmaması, bireyin kendini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak değerlendirmesi de etkili olduğu söylenmektedir (Bahar ve ark, 2005).

2.3.3. Depresyon Bozukluklarının Belirtileri

Genel görünüm ve davranış: Hastada başın aşağıda olduğu, omuzlar çökük, göz temasından kaçınan, yüzünde kederli ve mutsuz bir ifade vardır. Bazı hastalarda davranışlarda yavaşlama, durgunluk, öz bakımda azalma gözlenirken bazılarında ise tedirgin, öfkeli, sıkıntılı bir görünüm gözlenmektedir.

Konuşma ve ilişki kurma: Hastalarda sözel etkileşimde azalma görülmektedir. Genellikle konuşmaları alçak sesli ve yavaştır. Sorulan sorulara cevaplar sıklıkla evet, hayır, bilmiyorum şeklindedir. Şiddetli semptom varlığında ise sorulara hiç yanıt verilmeyebilir.

Duygulanım: Çoğu hasta kendisini yetersiz, umutsuz, çaresiz, başarısız, değersiz ve işe yaramaz hissedebilir. Çoğunlukla çökkün duygu durum gözlenirken, bazı hastalarda ise sıkıntılı duygu durum görülmektedir. Hasta önceden ilgi duyduğu şeylere karşı ilgisiz, zevk aldığı şeylerden ise keyif alamamaktadır.

Bilişsel yetiler: Hastaların zaman, yer ve kişiye yönelimde sorun yoktur. Hastalarda bilinç açık; üzüntü, bunaltı, düşüncelere odaklanmakta zorlanmaya bağlı unutkanlık görülebilmektedir. Aynı zamanda hastalar problem çözme ve karar vermede bilişsel yetilerini yeterince kullanamamaktadır.

Düşünce sürecinde/biçiminde bozukluk: Zamanla benmerkezci haline gelen hasta yalnızca kendisine odaklanır. Kendisini, çevresini ve geleceğini olumsuz yorumlama eğilimindedir. Kendisini sevimsiz, beceriksiz ve başarısız olarak görmektedir.

Hareket: Hastalarda enerji azlığı ve apatiden kaynaklanan psikomotor yavaşlama belirgindir. Hastaların yürüme ve iş yapmaları zorken; sıkıntılı özellik gösteren depresyonda ise sürekli dolaşma, yerinde duramama ve ajitasyon görülebilmektedir.

Bedensel ve fizyolojik belirtiler: Hastaların büyük çoğunluğunda iştahsızlık ve kilo kaybı görülmektedir. Uykuya dalmada zorlanma, uyku süresinde azalma, uykunun bölünmesi gibi uyku bozuklukları yaygındır. Atipik depresyonda ise iştah artma, kilo artışı ve hipersomnia görülebilir. Hastalar cinsel işlev sorunları da yaşayabilmektedir (Akdağ, 2001; Erol, 2020).

2.3.4. Depresyon Bozukluklarında Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Depresyon tedavisinde psikofarmakolojik tedavi, elektro-konvülsif tedavi transkranial manyetik stimülasyon, ışık tedavisi, psikoterapi ve ortam tedavisinden faydalanılmaktadır (Durna, 2012).

Depresyonun farmakolojik tedavisinde hastalığın şiddeti ve klinik durumuna göre belirlenen ve ilk akla gelen ilaç grubu antidepresanlardır. Antidepresanlar; seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI), atipik antidepresanlar, trisiklik antidepresanlar (TCA) ve monoaminoksidaz inhibitörleri (MAO) olarak gruplandırılmıştır. Depresyon tedavisinde en yaygın kullanılan SSRI grubu ilaçlardır. MAO inhibitörleri tedaviye

direnç gösteren hastalarda kullanılmaktadır. İlaç geçimsizliklerine, epilepsi, angina pectoris ve diabet tanısı olan hastalarda kullanımına dikkat edilmelidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020). Antidepresanların etkileri 2-4 hafta sonra ortaya çıkmaktadır. İlaç seçiminde ilacın etkinliği, diğer ilaçlarla etkileşimi ve yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Elektro-konvulsif tedavi (EKT)'de amaç beyine elektrik uyarını verilerek nörotransmitterlerin değişimine yol açarak depresif duygudurumun düzelmesini sağlamaktır (Çıtak ve Hiçdurmaz, 2020). 1938'den beri özellikle ağır depresyon ve öz kıyım eğilimi yüksek hastalarda uygulanan EKT kullanımı antidepresanların keşfedilmesiyle azalmıştır. Genellikle haftada üç kez toplamda 8-10 EKT uygulamasıyla olumlu sonuç alınmaktadır (Durna, 2012). Depresyonun tedavisinde yararlanılan bir diğer işlem olan Transkranial Manyetik Stimülasyon (TMS), beyin korteksinin metal levha aracılığı ile oluşan manyetik alan ile uyarılmasıdır (Batmaz ve Yazıcı, 2021). Işık tedavisi ise, sirkadiyen sistem üzerinde etki göstererek antidepresan etki göstermektedir. Özellikle sonbahar ve kış aylarında alevlenen, ilk bahar ve yaz aylarında iyileşme gösteren hipersomnia, iştah ve kilo artışıyla seyreden mevsimsel özellikli depresyon tedavisinde kullanılmaktadır (Durna, 2012).

Psikoterapiler, depresyon bozukluklarında farmakolojik tedavilerin tek başına yeterli olmadığı durumlarda sıklıkla kullanılırlar (Çam ve Engin, 2021). Psikoterapiler duygusal çatışmaların fark edilmesine, duyguların anlamlandırılmasına, işlevsel olmayan düşünce ve davranışların değiştirilmesine odaklanmaktadır. Depresyon tedavisinde kullanılan terapiler içerisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT), destekleyici terapi, duygu odaklı bireysel terapi aile terapisi ve grup terapisi yer alır. En yaygın kullanılan terapi türü olan BDT ile hastaya belli bir iç görü kazandırılır. Hemşirelerin klinik ortamlarda BDT uygulamalarına daha çok yer vererek hastaların hastalık yaşantısı ve günlükleri ile baş etme becerileri kazanmasına katkıları olabilmektedir (Yalom, 2016).

Ortam tedavisinde birey majör depresyon tanısı aldığı anda, intihar riskine karşı, ortamda bulunan kesici delici aletlerin uzaklaştırılarak güvenliği sağlamak oldukça önemlidir. Kliniğe yatışı yapılan birey için sosyal becerilerini geliştirici ve diğer

bireylerle etkileşimlerini destekleyici faaliyetler planlamalı, uğraşı terapilerinin yapılmasını sağlamalıdır (Çam ve Engin, 2021).

Hasta ile etkileşimde ve bakımda ön saftada olan hemşireler depresif hastaların belirti ve semptomlarını fark edebilmeli ve hemşirelik yaklaşımını uygulayabilmelidir (Batmaz ve Yazıcı, 2021). Depresif hastalar için ilk olarak hemşireler güvenli bir ortam hazırlamalıdır. Hemşire hastanın güvenliğini sağlamak için serviste gerekli kontrolleri yapmalı, zararlı objeleri ortamdaki uzaklaştırmalıdır (Çam ve Engin, 2021). Hasta ile terapötik ilişki kurularak, yavaş konuşarak ve yeterli zaman tanınarak hasta konuşmaya teşvik edilmelidir. Hasta umutsuzluk, suçluluk, öfke gibi duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Hastaya kişisel bakım ve hijyen konusunda yardımcı olunurken, hastanın kendisi için bir şeyler yapması desteklenmelidir. Hastanın kendisine zarar veren, olumsuz düşünce ve davranışlarını fark etmesine yardımcı olunmalıdır. Hastanın uyku hijyeni sağlanmalı ve hasat yemek yemesi konusunda desteklenmelidir. Hastaya duygularını ifade ederek, sosyal etkileşimde bulunarak ve aktivitelere katılarak depresyonun azalabileceği açıklanmalıdır (Yalom, 2016).

Anksiyete bozukluklarında oluşturulabilecek hemşirelik tanıları; intihar riski, düşük benlik saygısı, güçsüzlük, umutsuzluk, etkisiz baş etme, sosyal izolasyon, düşünce süreçlerinde bozulma, öz bakımda yetersizlik, uyku örüntüsünde bozulmadır (Erdemir, 2005).

2.4. Anksiyete, Depresyon ve Kalp Hastalıkları İlişkisi

Fiziksel hastalığın psikiyatrik komplikasyonları olabileceği gibi fiziksel hastalığın kendisi veya tedavi yöntemleri de psikiyatrik bozukluğa meydana getirebilir (Katon, 2011). Bireylerin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, hastalık türü ve hastanede kalma süresi gibi değişkenler emosyonel tepkilerde farklılıklar yaratsa da hastalarda en sık olarak rastlanan problemin anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmektedir (Ofiaz ve Varol, 2010). Kalp hastalarında nefes darlığı, periferik ödem, yorgunluk gibi belirtiler, hastaların fiziksel işlevlerini ve sosyal işlevlerini sınırlayarak anksiyete ve depresyon gibi bozukluklara yol açmaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019; Jeong ve ark, 2022). Kalp hastalarında depresyon ve anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres dahil

bozukluk ve panik bozukluk) en sık görülen psikiyatrik durumlardır (Celano ve ark, 2018; Yiğit, 2018).

Kalp hastalarında, anksiyete ve depresyon belirtilerinin birlikte görülmesinin hastalığın seyri ve prognozunu kötüleştirdiği bilinmektedir. Kalp hastalarında anksiyete ve depresyon semptomlarını azalmış fiziksel aktivite, obezite, sigara kullanımı gibi değiştirilebilir risk faktörleri etkilemektedir. Ayrıca anksiyete ve depresyon semptomlarıyla ilişkili nörohormonal stresin kan basıncı ve kalp atış hızını etkilediği bilinmektedir (Gustad ve ark, 2014).

Kalp hastalıkları semptomatik olmaya başladıklarında anksiyete için oldukça önemli bir tetikleyici olmaktadır. Hastalarda sakat kalma, MI geçirme ve ölüm korkusu gelişmesine sebep olmakta, panik bozukluk gelişebilmektedir (Durna, 2012). Kalp hastası olan ve acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvuru yapan hastaların yaklaşık olarak %34'ünde panik bozukluk saptanmaktadır. Yine kardiyoloji polikliniğinde takipli olan ve yatarak tedavi gören kalp hastalarında panik bozukluk sıklığı %10-50 arasında değişmektedir (Yetgin, 2010). MI geçiren hastalarda ise ani gelişmesi ve ölüm riskinin yüksek olması sebebiyle anksiyete oluşabilmektedir (Çevik ve Sarıtaş; 2020).

Anksiyete kalp hastalıkları, uyku bozuklukları, demans veya psikiyatrik problemlerden kaynaklanabileceği gibi aritmi ya da hipertansiyon gibi hastalıklarında tetikleyicisi olabilir (Öz ve Demiralp, 2014). Kalp hastaları sıklıkla anksiyete hissettiklerini bildirmektedir. Kaygı, algılanan tehditlere yanıt olarak ortaya çıkan olumsuz bir duygudur. Anksiyete kaynakları içsel veya dışarıdan olabileceği gibi algılanan tehditler gerçek veya hayali olabilir. Kalp yetmezliği olan hastaların anksiyete düzeyi ortalamaları sağlıklı yaşlı yetişkinlere göre daha yüksektir (Dekker ve ark, 2014).

Anksiyete, ağrı ve kalp krizinin yarattığı durumlara doğal bir yanıt olarak ortaya çıkar (Enç, 2019). Anksiyete yaşamakta olan bireyler hastalıklarını olduğundan çok daha kötü algılayarak hastalıklarına ilişkin verilen bilgileri öğrenmede zorluk yaşayabilmektedir. Bu sebeple anksiyete seviyesinin yüksek olması hastalıkla baş etmede bireyleri olumsuz etkilemektedir (Uslu, 2011).

Depresyon ve kardiyovasküler hastalıkların beraber oluşu, tesadüfen değil birbirleri ile olan etkileşimden kaynaklanmaktadır (Özer ve ark, 2009). Koroner kalp hastalığı olan bireylerde depresyon yaygınlığı ortalama %19 civarındadır (Katon, 2011). Depresyonun koroner kalp hastalarında morbidite ve mortaliteyi arttırdığı için bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Depresyon koroner kalp hastalarında ölüm riskini ve ölümcül olmayan kardiyak olayları yaklaşık 2.5 kat arttırmaktadır. Ayrıca depresyon ve koroner olaylar arasındaki ilişkiyi etkileyen en önemli faktörün fiziksel aktivite eksikliği olduğu bildirilmektedir (Durna, 2012; Tanrıverdi, 2021).

Kalp hastalarının üçte biri anksiyete semptomlarının yanı sıra depresif semptomlar da yaşamaktadır (Dekker ve ark, 2014). Hastaların yaşamış oldukları anksiyete ve depresyon, kalp hastalıklarında kalpteki oksijen ihtiyacında artışa sebep olmakla birlikte hastalığa bağlı gelişen bu ihtiyacın karşılanmaması mortaliteyi arttırmaktadır. Aynı zamanda anksiyete ve depresyon tekrarlı yatışlara, iyileşme sürecinin uzamasına sebep olmakta, var olan fiziksel hastalığın daha sıkıntılı ilerleyerek, hastalığa uyum sorunları oluşturmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Demirbaş ve Kaya, 2022).

Kalp hastalarına anksiyete ve depresyon semptomları ayrı ayrı olabileceği gibi her ikisi birlikte de bulunabilir (Dekker ve ark, 2014). Kalp yetersizliği ile ilgili yapılan bir çalışmada, kronik kalp yetmezliği olan hastalarda depresyon belirtilerinin tekrarlama oranının %9 seviyesinden %60'a kadar çıktığı ve toplamda %20,3 oranında olduğu, anksiyetenin ise %18-%45 arasındaki oranlarda olduğu belirtilmektedir (Uslu, 2011).

Kalp hastalarında hastalığa bağlı olarak gelişen anksiyete ve depresyon, hastaların sosyal etkileşimlerini ve çevresindeki insanlarla ilişkilerini azaltmakta, sosyal destek gereksinimlerini arttırmaktadır. Sosyal destek anksiyete ve depresyonu olumlu olarak etkileyen faktörlerden en önemlilerinden birisidir (Korkmaz ve Tel, 2010).

2.5.Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin sevgi, saygı veya onay, aidiyet, kimlik ve güvenlik gibi temel sosyal ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanma derecesi olarak tanımlanmaktadır (Tanrıverdi, 2021).

Başka bir tanımla sosyal destek bireylere sıkıntılı oldukları durumlarda yakından bağlı oldukları çocukları, eşi, arkadaşları veya profesyonel kişiler tarafından verilen psikolojik, sosyal ve maddi destek olarak tanımlanır (Çetinkaya, 2019). Kısacası sosyal destek, sosyo-psikolojik bir olgudur (Abbasi ve ark, 2021).

Algılanan sosyal destek, genel anlamıyla “kişinin kendisine biçtiği değer” şeklinde tanımlanmaktadır. Başkaları tarafından ilgi duyulduğunu, sevildiğini, ihtiyaç hissettiğinde yardım alabileceğini, kişiler arası ilişkilerinin yeterli doyumu sağladığını düşünen bireylerin algıladıkları destek daha fazla olmaktadır (Dalak, 2010). Diğer bir ifadeyle algılanan sosyal destek, bir kişinin ailesinin ve arkadaşlarının stres veya stres etkenleri karşısında kendisine yardım edeceğini düşündüğü öznel yargıdır (Abbasi ve ark, 2021).

2.5.1. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek, kişinin kişilerarası işlevsel yönlerini ifade etmektedir (Jeong ve ark, 2022). Sosyal destek Cohen ve Wills (1985) tarafından araçsal, duygusal, bilgisel ve yaygın destek olmak üzere dört şekilde tanımlanmıştır.

Araçsal destek: Bireye günlük sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gereksinim duyduğunda başkaları tarafından sağlanan destektir. Örneğin işsiz kalan kişiye bir yakını borç para verebilir ya da yeni bir iş bulabilir (Barth ve ark, 2010).

Duygusal destek: Kişinin şevkat, sevgi, güven, ilgi ve herhangi bir gruba aidiyet şeklindeki sosyal ihtiyaçlarının giderilmesidir (Dalak, 2010).

Bilgisel destek: Bireyin önemli olaylarla başa çıkabilmede tanımlayıcı olan ve sorunu anlamayı içine alan destek türü olarak tanımlanır (Çetinkaya, 2019).

Yaygın destek: Bireyin boş zamanlarında başka kişilerle sosyal arkadaşlık kurması, zaman geçirmesi, gezmesi, eğlenmesi ve bu şekilde stres atması olarak tanımlanır (Jeong ve ark, 2022).

Başka bir sınıflama çeşidi olarak iki ana sosyal destek türünden bahsedilmektedir. Bunlar; alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destektir (Barrera, 1986; Vangelisti, 2009). Algılanan sosyal destek, sosyal bağlantıların algılanan

kullanılabilirliği ve yeterliliği anlamına gelmekteyken alınan sosyal destek, verilen desteğin kalitesine ve miktarına odaklanır (Haber ve ark, 2007; Lakey ve ark, 2010).

Bireyin aldığı ve algıladığı sosyal destek birbirinden farklı olabilir. Sosyal destek var olandan az, yetersiz ya da olduğundan fazla algılanabilir. Bu algı kişinin diğer duygularını etkilemekte ve bunlardan da etkilenmektedir. Algılanan sosyal destek kavramı ile yalnızca daha önceden yaşamış olduğu ilişkilerden aldığı sosyal desteği değil, bununla birlikte şimdi yaşıyor olduğu ve sonrasında da yaşaması muhtemel ilişkileri etkileyen ifadeden söz konusudur (Lakey ve ark, 2010; Gökdağlı, 2014).

2.5.2.Sosyal Destek Kaynakları

Daha anne karnında iken başlayan sosyal destek, bebek doğduğunda da süren ve bireye yaşamında yardımcı olan destek şeklidir (Dalak, 2010). Hasta bireylerin destek kullanımını etkileyen bireysel özellikler; içe dönük veya dışa dönük kişilik, yardım istemeye isteklilik ve başka bireylerin onlara yardım etmeye istekli olmalarına bağlı olabilir (Tanrıverdi, 2021). “Sosyal destek” terimi bir kişinin aldığı destek kaynaklarını ifade eder (Abbasi ve ark, 2021). Yaşam süresi boyunca olası destek kaynakları; aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, akrabalar, meslektaşlar, hemşire veya sağlık profesyonelleri gibi farklı kişiler olabilir (Won & Son, 2017).

Destek türünün yanında desteğin kim tarafından verildiği önemlidir. Yapılan bir çalışmada; Türk toplumunda aile ve arkadaş arasındaki ilişkinin oldukça güçlü olduğu, en fazla desteğin ise yakın aile üyeleri tarafından sağlandığı belirtilmiştir (Dalak, 2010).

Yaşam boyunca bireylerin “Şu an hayatımın en kötü dönemlerini geçiriyorum” diye düşündüğü zamanlar olmakta ve bu anlarda bireyin sosyal bir desteğe ihtiyaç duyması önem kazanmaktadır. Sosyal desteğe kadınlar erkeklere oranla daha fazla ihtiyaç duymakta ve stresörlerle daha fazla karşılaşmaktadır (Sayın, 2018).

2.5.3.Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek modellerini, Cohen ve Wills (1985) üç grupta sınıflandırmaktadır. Bunlar;

1. Temel etki modeli: Modelde stres verici durumlar yaşanması veya yaşanmaması kişinin kendisini iyi hissetmesiyle ilişkilidir.
2. Tampon etkisi modeli: Bu modelde stresli yaşamın sebep olduğu zararları en aza indirmek veya dengeyi koruyup mental sağlığı korumak önemlidir. Birey bu şekilde stresin neden olduğu olumsuz etkilerden korunur.
3. Sosyal destek ve olumsuz olayların ayrı etkileri modeli: Sosyal destek ile kişinin yaşadığı problemlerin kişinin kendisini güçlü hissetmesi ve fiziksel sağlığı üzerinde farklı etkilerinin olduğu söylenmektedir.

2.5.4. Sosyal Desteğin Sağlık Üzerine Etkileri

Sosyal destek bireyin asıl gereksinim duyduğu sevgi, şevkat, herhangi bir gruba aidiyet şeklindeki ihtiyaçlarını karşılayarak ruhsal ve fiziksel sağlığını direkt olarak etkilemektedir (Korkmaz ve Tel, 2010). Başka bir ifadeyle sosyal destek, stresli olaylarla karşı karşıya kalan bireylere fiziksel ve psikolojik avantajlar sağlar ve stresli olaylarla karşılaştığında psikolojik sıkıntıyı azaltan bir faktör olarak kabul edilir (Brummett ve ark., 2005).

1970’lerden itibaren sosyal desteğin sağlık ve hastalıkla ilişkisinde önemli gelişmeler görülmektedir (Barth ve ark, 2010). Sosyal destek psikososyal iyilik durumunu yakından etkilemektedir. Sosyal destek; kişilerin stresli yaşam tecrübeleriyle ve karşılaştıkları sorunlarla daha kolay baş edebilmesini sağlamaktadır (Arslantaş ve ark, 2010).

Sosyal destek iyileşmeyi sağlamada anlamlı bir güç olmaktadır (Kelleci ve Ata, 2011). Örneğin; yüksek sosyal desteğe sahip bireylerin sigara içme olasılığının daha düşük, boş zamanlarında fiziksel aktivite yapma olasılığının daha yüksek ve tıbbi önerilere uyumda daha iyi olduğu görülmektedir (Barth ve ark, 2010). Genel olarak, yüksek derecede sosyal desteğe sahip bireyler daha sağlıklıdır ve uzun yaşarlar. Yeterli ve gelişmiş sosyal destek hastaların tedavi ve uyumunu olumlu yönde etkilemekte, iyileşme sürecini hızlandırmakta ve diğerleri ile etkileşimini arttırarak yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Abbasi ve ark, 2021; Tanrıverdi, 2021). Aile ve sosyal destek eksikliği ise hastalıkların meydana gelme sıklık ve şiddetinin artmasına, uyum

sorunlarına, tedavide zorluklara ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır (Aras ve Tel, 2009).

Araştırmalar, sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel hastalık durumunda kişinin sağlığını devam ettirmede önemli olduğunu bildirmektedir (Arslantaş ve ark, 2010; Holmen ve Furukawa, 2002). Ayrıca sosyal desteğin, kan basıncının daha iyi düzenlenmesi ve akut strese karşı kardiyovasküler reaktivitenin azalması ile ilişkili olduğu görülmektedir (Barth ve ark, 2010). Özellikle kritik yaşam olayları sonrasında, sosyal desteğin etkili olması beklenmektedir (Barth ve ark, 2010).

2.5.5. Kalp Hastalıklarında Sosyal Destek ve Tedaviye Uyum

Yaşam stresi, anksiyete, depresyon, kişilik özellikleri ve sosyal izolasyon kalp hastalıklarının seyrinde oldukça önemlidir. Kalp hastalıklarının gelişmesinde ve prognozunda düşük sosyal destek bir risk olarak görülmektedir. Depresyon kalp hastalıklarının önemli bir belirleyicisidir ve depresif bireylerde sosyal desteğe sahip olmak kalp hastalığı riskini azaltır (Barth ve ark, 2010).

Kalp hastalarında daha çok aile, arkadaş ve yakın olduğu bireylerin hastanın yanında olması, tedavi ve bakımı için birlikte hareket etmeleri hastanın hastalığına uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (Büyükbayram ve ark, 2021). Genellikle kalp hastaları, diyet ve aktivitede değişiklik yapmak, birden fazla ilaç almak, günlük kiloyu izlemek ve semptomları tanımak gibi öz bakım davranışlarını benimsemek için aile ve arkadaş desteğine ihtiyaç duyarlar. Hastalarda sosyal destek ile tedaviye bağlılık/uyum arasında doğrusal bir ilişki olduğu bilinmektedir (Hammash ve ark, 2017).

Hastalarda aile ve arkadaş desteğinin yanında herhangi bir işte çalışıyor olması tedaviye uyumu etkilemektedir. Çevresel ve sosyal destek eksikliğinin hastalık süreci ile ilişkisi olduğu görülmektedir. Hastalığın kronik olması sebebiyle bakım verenlerde ilginin azalması, hasta yakınının ebeveyn olması halinde fiziksel engellerinin kendi hastalıklarının artması veya ölmeleri ile hastaların çevresel ve sosyal destekleri azalmaktadır (Kelleci ve Ata, 2011). Kalp hastalarında tek bir kronik hastalığı olan bireylere kıyasla örneğin KOAH gibi başka bir kronik hastalığa daha sahip olan bireyler daha fazla algılanan sosyal desteğe ihtiyaç duyabilir (Bugajski ve ark, 2019).

2.5.6. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü

Kalp hastalıkları tedavisinin ertelenme ya da ara verilmesinin imkansız olduğu, diyet uygulaması ve fiziksel egzersizin önemli olduğu, stresten uzak bir hayatı gerektiren hastalıklardandır. Hastanın hastaneye yatış ile birlikte stres, korku, ümitsizlik, anksiyete gibi duygular yaşaması tedaviye uyumunu bozmaktadır. Hastalardaki bu sorunlar tıbbi uygulamaları red etme, ilaçlarını düzenli kullanmama, diyetle uymama gibi çatışmalara sebep olmaktadır. Böyle bir durumda hasta ailesi ve tedavi ekibi kişinin yaşamış olduğu problemlerle başa çıkmasında en önemli destek kaynaklarıdır (Dalak, 2010).

Hemşireler hastalarla empati kurmalı; hastaların korku, şüphe ve endişelerini ifade etmesi için desteklemelidir. Hastalara yeterli zaman ayırarak hissettiklerini ve düşüncelerini paylaşmaları için fırsat vermelidir. Hastalar kontrolün kendisinde olduğunu bilmeli, karar vermeleri konusunda cesaretlendirilmelidir. Hemşire, hasta bireye olumlu aile ilişkisi kurması ve bunu devam ettirmesi konusunda yardımcı olmalıdır. Hasta kendisiyle benzer hastalığı olan kişilerle kaygı ve korkularını paylaşması açısından görüşmeye teşvik edilmelidir (Çetinkaya, 2019).

Hemşireler hastalara bakım planlarken ya da verirken hastanın kişisel özelliklerini, hastalığın başlangıcı ve seyrini, tedavisi boyunca yaşanabilecek komplikasyonları ve sosyal destek sistemlerini değerlendirerek her hastaya özgü bakım planı yapmalıdır. Hastaların sosyal ve duygusal problemlerinin belirlenmesi, bunları giderme yönünde girişimlerin planlanması oldukça önemlidir (Büyükbayram ve ark, 2021).

Hasta bireyler ile en uzun zaman geçiren hemşireler bakım, eğitim, danışmanlık ve rehber olma rollerini üstlenmektedir. Hemşireler yaptıkları gözlemler sonucu hastaya özgü sağlıklı yaşam şekli davranışlarını tanımlayarak, tedavinin planlanması ve sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesinde önemli bir göreve sahiptir (Dalak, 2010). Hemşirenin hastalara sağladığı sosyal destek ile hastanın içinde bulunduğu stresli ve olumsuz durumların biteceğine olan inancı yükselecektir (Çetinkaya, 2019). Olumlu aile ve hemşire ilişkisi bireye güç vererek hastalığa uyumunu kolaylaştırır. Bu sebeple hastalık durumunun düzelmesinde hemşire, hasta ve aile arasında bir bütünleşme olmalıdır (Tan ve ark, 2005).

2.6. Sosyal Destek Algısının Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi

Sosyal destek eksikliğinin, fizyolojik süreçler üzerinde doğrudan etkiyle ya da olumsuz sağlık davranışları yoluyla sağlığı etkileyerek anksiyete ve depresyon gibi olumsuz birçok duruma yol açtığı bilinmektedir. Düşük sosyal destek depresyon gelişimi ve sonucunu etkilediği için özellikle sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki oldukça önemlidir (Barth ve ark, 2010).

Kişilerin çaresizlik duygusuyla baş etmesinde çevreden aldığı sosyal desteğin önemi büyüktür. Bireyin bu sayede kendisine olan güveni artmaktadır. Sosyal destek algısının anksiyete doğuran faktörleri yok etmese bile, bireyin anksiyete seviyesinin en aza inmesinde yardımcı olur (Çetinkaya, 2019). Araştırmalar, daha yüksek sosyal destek düzeyleri ile daha iyi bir ruhsal sağlığın bağlantılı olduğunu ifade etmektedir (George ve ark, 1989; Seeman, 1996; Cohen ve ark, 2000; Moak ve Agrawal, 2010).

Kişilerin sosyal destek sayesinde aidiyet duygusunu yaşayarak benlik saygısı yükselirken, anksiyete ve depresyon yaşama sıklığı da azalmaktadır (Korkmaz ve Tel, 2010). Sosyal destekleri daha güçlü olan hastaların; yaşamdan daha fazla tat aldıkları, daha az sağlık ve daha az anksiyete ve depresyon problemi yaşadıkları bildirilmektedir (Çetinkaya, 2019).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kardiyoloji servisinde yatan hastaların algılanan sosyal destek, anksiyete ve depresyon seviyelerini belirlemek, bu değişkenlerin birbirleri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülmüştür. Bu doğrultuda aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kardiyoloji servisinde yatan hastaların anksiyete puan ortalaması nedir?
2. Kardiyoloji servisinde yatan hastaların depresyon puan ortalaması nedir?
3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puan ortalaması nedir?
4. Kardiyoloji servisinde yatan hastaların sosyodemografik özellikleri Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) puanları ile ilişki midir?
5. Kardiyoloji servisinde yatan hastaların sosyodemografik özellikleri ile ÇBASDÖ puanları ile ilişkili midir?
6. Kardiyoloji servisinde yatan hastaların HAD ölçek puanları ÇBASDÖ puanları ile ilişki midir?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şubat 2022 – Kasım 2022 tarih aralığında yürütülmüştür. Araştırma verileri Temmuz 2022- Eylül 2022 tarihleri arasında Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde yatmakta olan araştırmaya katılmaya gönüllü 260 hastadan toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme Cohen'in regresyon analizi için önerdiği etki büyüklüğü değerleri kullanılarak G*Power programı ile hesaplanmıştır. Buna göre regresyon analizinde, küçük etki büyüklüğü; $0.02 \leq f^2 < 0.15$, orta etki büyüklüğü; $0.15 \leq f^2 < 0.35$, büyük etki büyüklüğü; $0.35 \leq f^2$ olarak ifade

edilmektedir (Cohen, 1988). Buna göre 260 hasta için %95 güç, tip I hata;0,05 ile yapılan post hoc analizinde 0.20 orta etki büyüklüğü bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında veriler Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 1), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek 2) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu (EK 1)

Araştırma örnekleminin cinsiyet, yaş, boy, kilo, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, şu anda çalışıp çalışmadığı, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, yatış tanısı, ek hastalığı olup olmadığı, ek hastalığı varsa bunların neler olduğu kim ile yaşadığı, hastanede yanında refakatçi olup olmadığı, ne kadar süredir hastanede yattığı, sağlık durumunu nasıl algıladığı, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, sigara kullanma durumu gibi bilgileri içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan 18 sorudan oluşmaktadır (Ertaş ve Çelik, 2016; Akbulut, 2019; Sarıgül ve Kavurmacı, 2022; Tok ve ark, 2022).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 2)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek, Türkçe'ye Eker ve Arkar (1995) tarafından çevrilmiş geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Algılanan sosyal destek (ASD) ölçeği sosyal destek kaynaklarını tanımlamaya yarayan üç alt boyut ve 12 maddeden meydana gelen 7'li likert tipte bir ölçektir. Ölçek alt boyutları aile (3, 4, 8, 11), arkadaş (6, 7, 9, 12) ve özel bir insan (1, 2, 5, 10) dır. Aile ile örneğin anne, baba, eş, çocuk veya kardeş; özel bir insan ile flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu veya doktor kastedilmektedir. Ölçek madde puanları toplanarak toplam puan elde edilmektedir Ayrıca her alt boyutta yer alan madde puanları toplanarak o alt boyut için puan hesaplaması yapılmaktadır. Alt boyutların her birinden alınabilecek minimum puan değeri 4 maksimum değer ise 28, ölçek genel puanından alınabilecek minimum puan değeri 12, maksimum puan değerinin ise 84 olduğu bildirilmektedir. Ölçek puanının artması algılanan sosyal desteğin de arttığını göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlık kat sayıları ölçek genelinin 0,89, aile boyutunun 0,85, arkadaş boyutunun 0,88, özel bir insan boyutunun 0,92 olarak ifade edilmiştir

(Eker ve ark, 2001). Araştırmamızda ise ölçek iç tutarlılık kat sayısı Cronbach's Alpha değeri 0,931 bulunmuştur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (EK 3)

1983'te Zigmond ve Snaith'in geliştirdiği ve hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmeyi sağlayan ölçeğin Türkçe dilindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçeğin fiziksel hastalığı olan kişilerde depresyon ve anksiyete bulgularını tarama yönünden güvenilir olduğu bildirilmiştir. 7 maddesi anksiyete ve 7 maddesi depresyonu ölçen ölçek 14 maddeden oluşmakta ve 4'lü likert tiptedir. Ölçek toplam puanı hesaplanmamakta, anksiyete ve depresyon faktörleri ayrıca değerlendirilmektedir. Anksiyete alt ölçeğinin (HAD-A) kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeğinin (HAD-D) kesme puanı ise 7/8'dir. Bu puanların üzerinde puan alan kişiler risk altında şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek maddelerinin puanlaması her madde için farklılık göstermektedir. Derecelendirmelerinde şiddeti azalan ifadeler içeren maddeler (1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13) 3, 2, 1, 0 şeklinde, diğer maddeler (2, 4, 7, 9, 12, 14) 0'dan 3'e doğru puanlandırılmaktadır. Anksiyete alt ölçeği tek sayılı maddelerin (1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13.) puanları toplamından; depresyon alt ölçeği ise çift sayılı maddelerin (2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14.) puanlarının toplamından oluşmaktadır. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden minimum 0, maksimum 21 puan alınabilmektedir. Türkiye'deki hastalar için bu ölçeğin anksiyete alt ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlık kat sayısı 0.85, depresyon alt ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlık kat sayısı ise 0.78 şeklinde bildirilmiştir (Aydemir ve ark, 1997). Bu araştırmada ise anksiyete alt ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0.865, depresyon alt ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0.847 olarak tespit edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisinde yatan hastalarda belirtilen ölçüm araçları kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Veri toplama formunun doldurulması her bir hasta için yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür. Araştırma pandemi koşulları nedeniyle maske, mesafe, hijyen kurallarına dikkat edilerek yürütülmüştür. Hastaları çalışmayla ilgili bilgilendirdikten sonra araştırmamıza katılmayı kabul edenlere anket formu dağıtılmış, doldurulduktan

sonra geri alınmıştır. Okuma yazma bilmeyen veya anketi doldurmada zorlanan hastalara sorular okunarak yardımcı olunmuştur. Bu süreçte örneklem kapsamındaki hastalardan 276 hastaya ulaşılabilmiş, ancak 260 hastadan kullanılabilir veri elde edilebilmiştir. 16 hasta ankette yer alan bilgileri eksik doldurduğundan, bu anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma ile toplanan tüm verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v22.0 istatistik programı ile yapılmıştır. Araştırma kapsamında betimleyici istatistikler olan frekans, yüzde, standart sapma, ortalama değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklerin iç tutarlık kat sayıları Cronbach's Alpha değeri ile normallik varsayımı ise Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri göz önünde bulundurularak incelenmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Skewness-Kurtosis analizi sonuçları

HAD, ÇBASDÖ ve alt boyutları	Basıklık	Çarpıklık
HAD-A	-0,454	0,445
HAD-D	-0,152	0,618
ASD Genel	-0,709	-0,601
ASD-Aile	1,080	-1,002
ASD-Özel İnsan	-1,268	-0,501
ASD-Arkadaş	-0,978	-0,619

Literatüre bakıldığında, normallik varsayımını karşılayan değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri +1.5 ile -1.5, +2.0 ile -2.0 arasında olması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013; George ve Mallery, 2010). Bu araştırma değişkenlerinin basıklık değerleri incelendiğinde en düşük -0,152, en yüksek 1,080; çarpıklık değerleri incelendiğinde ise en düşük -0,501, en yüksek 0,618 olduğu görülmektedir (Tablo 3.1). Veriler normal dağılım gösterdiğinden analiz için parametrik yöntemlerden faydalanılmıştır.

Hastaların ölçek-alt ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Bu çalışmada korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006). Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların

gözden geçirilmesinde tek yönlü varyans analizi (Anova), t-testi ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmada etki büyüklüğünü hesaplamak için ise Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü bize grupların arasındaki farkın önemli kabul edilecek kadar büyük bir fark olup olmadığını kanıtlamaktadır. Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri ise 0.01: küçük; 0.06: orta; 0.14: büyük şeklinde değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark, 2018).

3.7. Etik İlkeler

Araştırmanın etik onayı Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek 4). Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde veri toplanabilmesi için kurum izni alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın veri toplama araçlarının kullanım izinleri e-mail yoluyla alınmıştır (Ek 6). Ayrıca katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile araştırma konusunda gerekli açıklamalar yapılarak araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan veri toplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kesitsel türde olması sadece yapılan örneklem için geçerlilik sunmakta olup genellenmesi mümkün olmamaktadır. Verilerin toplanması sırasında COVID-19 sayılarındaki artış nedeniyle kardiyooloji servisinin kapatılarak COVID-19 servisine dönüştürülmesi ve servisin dahiliye servisiyle birleştirilerek aynı kata taşınması hasta sayısında düşüşe ve veri toplamada zorluklara neden olmuştur.

4.BULGULAR

Bu bölümde Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yatan hastalardan (n=260) elde edilmiş olan istatistiksel veriler yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalıklarına dair özelliklerine yer verilmiştir. Ayrıca sosyodemografik değişkenlerle ÇBASDÖ ve HAD Ölçeği arasındaki ilişkileri gösteren bulgular bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklere göre dağılımları (n=260)

Sosyodemografik Özellikler	Min-Maks	Ort±Ss
Yaş (yıl)	25-92	63,43±13,71
BKİ (kg/m²)	16,33-76,1	28,07±5,74
	N	%
Yaş		
50 yaş ve altı	47	18,1
51 yaş -60 yaş	63	24,2
61 yaş -70 yaş	65	25,0
71 yaş -80 yaş	52	20,0
81 yaş ve üzeri	33	12,7
Cinsiyet		
Kadın	118	45,4
Erkek	142	54,6
BKİ		
Normal kilolu	75	28,8
Fazla kilolu	110	42,3
I.derece obez	52	20,0
II.derece obez	23	8,8
Medeni Durum		
Evli	205	78,8
Bekar	55	21,2
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	240	92,3
Hayır	20	7,7
Çocuk Sayısı		
1	35	14,6
2	111	46,2
3	53	22,1
4 ve üzeri	41	17,1
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	184	70,8
Ortaokul	25	9,6
Lise	33	12,7
Üniversite ve üstü	18	6,9

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları (n=260)
(Devamı)

Meslek		
İşçi ve memur	38	14,6
Emekli	93	35,8
Ev hanımı	95	36,5
Diğer*	34	13,1
Çalışma Durumu		
Evet	67	25,8
Hayır	193	74,2
Sosyal Güvence		
Evet	232	89,2
Hayır	28	10,8
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden düşük	106	40,8
Gelir ve gider eşit	139	53,5
Gelir giderden yüksek	15	5,8
Kiminle Yaşanıldığı		
Eş	103	39,6
Eş ve çocuk	99	38,1
Anne ve baba	15	5,8
Yalnız	29	11,2
Diğer**	14	5,4
Refakatçi Bulunma Durumu		
Evet	252	96,9
Hayır	8	3,1

*Çiftçi, dalgıç, esnaf, pazarcı, berber, serbest meslek

**Kardeş, yeğen, arkadaş, bakıcı

Tablo 4.1 incelendiğinde hastaların %45,4'ünün kadın, %54,6'sının ise erkek olduğu görülmektedir. Yaş ortalamasının $63,43 \pm 13,71$ olduğu, yaş gruplarının %25,0'lık bir oranla 61-70 yaş arasında ve %24,2'sinin 51-60 yaş arasında olduğu görülmüştür. Hastaların %78,8'inin evli olduğu ve çocuk sayılarına bakıldığında en yüksek oranda %92,3'ünün çocuk sahibi olduğu, %46,2'sinin ise 2 çocuğu olduğu bulunmuştur. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde en yüksek oranda, %70,8'inin ilkokul ve altı mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %74,2'lik oranla herhangi bir işte çalışmadığı, %36,5'inin ev hanımı, %35,8'inin emekli olduğu, %89,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %53,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Hastaların beden kitle indeksleri ortalamasının $28,07 \pm 5,74$ kg/m² olduğu, %42,3'ünün fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Hastaların %96,9'luk bir oranla büyük çoğunluğunun refakatçisi bulunduğu, %77,7 sinin eş ve/veya çocuk ile birlikte yaşadığı görülmüştür.

Tablo 4.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımları (n=260)

Hastalığa İlişkin Özellikler	N	%
Tanı		
Koroner Arter Hastalığı	142	54,6
Kalp Yetmezliği	51	19,6
Miyokard İnfarktüsü	25	9,6
Kalp Ritim Bozukluğu	29	11,2
Diğer*	13	5,0
Sağlık Durumu		
İyi	88	33,8
Orta	143	55,0
Kötü	29	11,2
Ek Hastalık Varlığı		
Evet	185	71,2
Hayır	75	28,8
DM		
Evet	85	45,9
Hayır	100	54,1
HT		
Evet	129	69,7
Hayır	56	30,3
KOAH		
Evet	13	7,0
Hayır	172	93,0
Diğer Hastalık**		
Evet	69	37,3
Hayır	116	62,7
Düzenli İlaç Kullanımı		
Evet	232	89,2
Hayır	28	10,8
Sigara Kullanımı		
Evet	80	30,8
Hayır	180	69,2
	Min-Maks	Ort±Ss
Hastanede Yatılan Gün Sayısı	1-9	1,9±1,39

*Pulmoner emboli, angina pectoris, akciğer ödemi,myokardit

**GİS hastalıkları, , sinir sistemi hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, renal sistem hastalıkları

Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; tanıları açısından %54,6'lık oranla büyük çoğunluğunda koroner arter hastalığı, %19,6'sında kalp yetmezliği, %9,6'sında miyokard infarktüsü, %11,2'sinde kalp ritim bozukluğu görülmektedir. Hastaların sağlık durumlarına yönelik ifadelerine bakıldığında, %11,2'sinin kötü, %55'inin orta, %33,8'inin iyi olarak tanımladığı görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunda (%71,2) kalp hastalığının yanında başka bir hastalığın da var olduğu görülmüştür. Kalp hastalarının %69,7'lik oranda en fazla hipertansiyon, %45,9 diyabet, %7 KOAH, %37,3 diğer hastalıklara sahip olduğu görülmektedir. Hastaların %89,2'lik büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullandığı ve %69,2'sinin

sigara kullanmadığı görülmektedir. Hastaların hastanede yatış süresi ortalaması $1,9\pm1,39$ (Min=1; Maks=9) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hastaların ölçek puanlarının dağılımı (n=260)

HAD, ÇBASDÖ ve alt boyutları	Ort±Ss	Min-Maks	Alpha
HAD-A	8,87±5,10	0-21	0,86
HAD-D	7,42±4,61	0-20	0,84
ASD- Genel	62,18±18,70	12-84	0,931
ASD- Aile	24,38±5,21	4-28	0,903
ASD- Özel İnsan	18,52±8,86	4-28	0,918
ASD- Arkadaş	19,28±8,25	4-28	0,907

Hastaların HAD-anksiyete alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması $8,87\pm5,10$, HAD-depresyon alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması $7,42\pm4,61$ 'dir. Hastaların anksiyete puan ortalaması kesme noktasının (10/11) altında ve anksiyete düzeylerinin düşük olduğu; depresyon puan ortalaması kesme noktasının (7/8) üstünde bulunduğundan depresyon açısından risk altında olduğu görülmektedir. Hastaların “algılanan sosyal destek genel” ortalaması $62,18\pm18,70$ olarak bulunduğundan algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyin üstünde olduğu saptanmıştır. “Aileden algılanan sosyal destek” ortalaması $24,38\pm5,21$, “özel bir insandan algılanan sosyal destek” puan ortalaması $18,52\pm8,86$, “arkadaştan algılanan sosyal destek” puan ortalaması $19,28\pm8,25$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HAD ve ÇBASD ölçek puanları

Sosyodemografik Özellikler		HAD-A	HAD-D	ASD-Genel	ASD-Aile	ASD- Özel İnsan	ASD-Arkadaş
	n	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş							
50 yaş ve altı	47	8,489±5,103	6,702±4,086	61,106±17,706	24,851±3,458	17,362±8,764	18,894±8,570
51 yaş- 60 yaş	63	8,778±4,963	7,397±4,279	62,794±17,893	23,778±6,688	19,032±8,580	19,984±8,123
61 yaş-70 yaş	65	7,923±5,032	6,477±3,993	65,954±17,007	25,508±3,961	19,908±8,551	20,539±7,389
71 yaş-80 yaş	52	8,615±4,716	7,692±4,988	60,885±19,711	24,385±4,975	18,250±9,505	18,250±8,466
81 yaş ve üzeri	33	11,879±5,272	9,939±5,640	57,212±22,426	22,667±6,243	16,909±9,160	17,636±9,276
F; p		3,681; 0,006	3,614; 0,007	1,370; 0,245	1,984; 0,097	0,934; 0,445	1,048; 0,383
Cinsiyet							
Kadın	118	10,009±5,049	8,119±4,845	63,305±19,472	24,025±5,603	19,424±8,772	19,856±8,699
Erkek	142	7,930±4,965	6,845±4,339	61,261±18,055	24,683±4,873	17,775±8,906	18,803±7,870
t; p		3,336; 0,001	2,235; 0,026	0,877; 0,381	-1,012; 0,312	1,497; 0,136	1,024; 0,307
BKİ							
Normal Kilolu	75	8,547±5,132	7,827±4,971	61,880±19,381	24,347±5,491	18,880±8,613	18,653±8,327
Fazla Kilolu	110	8,709±4,943	6,673±4,228	61,100±18,119	24,773±4,838	17,427±9,081	18,900±8,242
I. derece Obez	52	9,539±5,370	8,423±4,654	64,365±19,157	23,115±6,131	20,269±8,488	20,981±7,573
II.derece Obez	23	9,217±5,300	7,435±4,756	63,478±18,921	25,522±3,160	18,652±9,316	19,304±9,541
F; p		0,467; 0,705	2,001; 0,114	0,399; 0,753	1,606; 0,189	1,278; 0,282	0,957; 0,414
Medeni Durum							
Evli	205	8,698±5,011	7,088±4,429	63,337±17,687	24,742±4,539	18,907±8,693	19,688±8,094
Bekar	55	9,527±5,416	8,673±5,081	57,909±21,733	23,055±7,101	17,091±9,433	17,764±8,747
t; p		-1,072; 0,285	-2,282; 0,023	1,921; 0,092	2,144; 0,099	1,351; 0,178	1,539; 0,125
Çocuk Sahibi Olma							
Evet	240	8,888±5,015	7,342±4,609	62,879±18,371	24,650±4,795	18,754±8,847	19,475±8,181
Hayır	20	8,700±6,182	8,400±4,639	53,900±21,084	21,200±8,383	15,750±8,861	16,950±9,017
t; p		0,158; 0,875	-0,986; 0,325	2,076; 0,039	2,881; 0,084	1,459; 0,146	1,316; 0,189

Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HAD ve ÇBASD ölçek puanları (Devamı)

Çocuk Sayısı							
1	35	9,286±4,805	8,686±4,568	62,457±16,968	25,114±3,504	18,371±8,661	18,971±7,583
2	111	8,009±5,204	6,550±4,759	66,306±16,574	25,487±4,094	20,234±8,462	20,586±7,710
3	53	10,000±4,403	7,566±4,144	60,415±18,066	23,717±5,108	17,623±9,069	19,076±8,016
4 ve Üzeri	41	9,488±5,163	8,049±4,544	57,146±22,751	23,195±6,439	16,537±9,333	17,415±9,788
F; p		2,312; 0,077	2,495; 0,061	3,017; 0,031	3,252; 0,022	2,240; 0,084	1,648; 0,179
Eğitim Durumu							
İlkokul ve Altı	184	9,342±5,333	7,870±4,632	60,304±19,461	24,147±5,483	17,842±8,977	18,315±8,490
Ortaokul	25	8,200±3,862	7,160±3,837	68,560±14,263	25,040±4,632	20,480±8,622	23,040±6,017
Lise	33	7,879±5,260	6,364±5,011	64,394±17,038	25,212±3,551	19,242±9,097	19,939±8,254
Üniversite ve Üstü	18	6,833±2,749	5,167±3,869	68,556±16,368	24,389±5,873	21,444±6,998	22,722±6,267
F; p		2,068; 0,105	2,671; 0,048	2,480; 0,062	0,533; 0,660	1,500; 0,215	3,797; 0,011
PostHoc			1>4 (p<0.05)				
Meslek							
İşçi ve Memur	38	7,447±4,482	5,711±3,777	65,526±17,220	25,184±3,769	19,263±8,867	21,079±6,976
Emekli	93	7,871±5,171	7,376±4,467	61,172±18,518	24,516±5,126	18,000±9,073	18,656±8,075
Ev Hanımı	95	10,990±4,854	8,547±4,978	63,590±19,827	24,179±5,572	19,895±8,732	19,516±8,921
Diğer	34	7,294±4,394	6,324±4,043	57,324±17,068	23,706±5,885	15,294±8,040	18,324±8,130
F; p		9,595; 0,000	4,449; 0,005	1,447; 0,230	0,555; 0,645	2,500; 0,060	0,956; 0,414
PostHoc		3>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	3>1, 3>4 (p<0.05)				
Çalışma Durumu							
Evet	67	6,612±3,766	5,567±3,491	65,716±16,310	25,090±4,111	19,478±8,171	21,149±7,486
Hayır	193	9,658±5,273	8,067±4,782	60,964±19,353	24,140±5,538	18,192±9,093	18,632±8,430
t; p		-4,356; 0,000	-3,930; 0,000	1,800; 0,053	1,285; 0,200	1,023; 0,283	2,165; 0,031
Sosyal Güvence							
Evet	232	8,953±5,104	7,457±4,615	62,379±19,036	24,293±5,256	18,716±8,887	19,371±8,237
Hayır	28	8,214±5,109	7,143±4,648	60,607±15,880	25,143±4,904	16,929±8,692	18,536±8,540
t; p		0,723; 0,470	0,340; 0,734	0,473; 0,637	-0,814; 0,417	1,007; 0,315	0,505; 0,614

Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HAD ve ÇBASD ölçek puanları (Devamı)

Gelir Düzeyi							
Gelir Giderden Düşük	106	9,708±5,398	8,491±4,986	59,915±19,394	23,585±5,734	17,642±8,890	18,689±8,492
Gelir ve Gider Eşit	139	8,187±4,794	6,799±4,136	63,144±18,342	24,978±4,666	18,777±8,933	19,389±8,158
Gelir Giderden Yüksek	15	9,333±5,094	5,667±4,731	69,400±15,170	24,533±5,829	22,400±7,249	22,467±7,120
F; p		2,775; 0,064	5,381; 0,005	2,097; 0,125	2,171; 0,116	2,031; 0,133	1,405; 0,247
PostHoc			1>2, 1>3 (p<0.05)				
Kiminle Yaşanıldığı							
Eş	103	8,631±5,475	7,058±4,812	63,651±18,070	24,689±4,998	19,330±8,713	19,631±8,097
Eş ve Çocuk	99	8,566±4,596	7,394±4,490	63,091±18,354	25,091±4,123	18,394±9,041	19,606±8,204
Anne ve Baba	15	9,133±5,998	7,333±4,386	62,600±16,672	23,400±5,514	19,533±7,891	19,667±7,168
Yalnız	29	10,793±4,678	8,552±4,947	60,103±22,238	22,276±7,695	17,690±9,347	20,138±8,123
Diğer	14	8,571±5,316	8,071±3,474	48,929±16,754	22,571±6,223	14,143±8,411	12,214±9,040
F; p		1,201; 0,311	0,664; 0,618	2,101; 0,081	2,329; 0,057	1,189; 0,316	2,811; 0,026
Refakatçi Bulunma Durumu							
Evet	252	8,869±5,085	7,417±4,596	62,210±18,633	24,444±5,145	18,508±8,890	19,258±8,274
Hayır	8	9,000±5,928	7,625±5,397	61,500±22,188	22,500±7,329	19,000±8,669	20,000±8,211
t; p		-0,071; 0,943	-0,126; 0,900	62,210±18,633	24,444±5,145	18,508±8,890	19,258±8,274

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 4.4'e göre hastaların hastane anksiyete puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,681$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0,055$). Farkın nedeni incelendiğinde yaşı 80 üzeri olanların hastane anksiyete puanlarının tüm yaş gruplarının hastane anksiyete puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$). Hastaların hastane depresyon puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,614$; $p=0.007<0.05$; $\eta^2=0,054$). Farkın nedeni yaşı 80 üzeri olanların hastane depresyon puanlarının tüm yaş gruplarının hastane depresyon puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$).

Kadınların hastane anksiyete puanları ($x=10,009$), erkeklerin hastane anksiyete puanlarından ($x=7,930$) yüksek bulunmuştur ($t=3,336$; $p=0.001<0.05$; $d=0,416$; $\eta^2=0,041$). Yine kadınların hastane depresyon puanları ($x=8,119$), erkeklerin hastane depresyon puanlarından ($x=6,845$) daha yüksek bulunmuştur ($t=2,235$; $p=0.026<0.05$; $d=0,278$; $\eta^2=0,019$). Hastaların hastane anksiyete, hastane depresyon puanları BKİ değeri açısından incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evli olanların hastane depresyon puanları ($x=7,088$), bekarların hastane depresyon puanlarından ($x=8,673$) düşük bulunmuştur ($t=-2,282$; $p=0.023<0.05$; $d=0,347$; $\eta^2=0,020$). Hastaların hastane anksiyete puanları ise medeni durum açısından istatistiksel bir anlamlılık taşımamaktadır ($p>0.05$). Hastaların hastane anksiyete ve depresyon puanları ile çocuk sahibi olma durumları ve sahip oldukları çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların hastane depresyon puanları eğitim durumu açısından anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,671$; $p=0.048<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni incelendiğinde farkın eğitim durumu ilkokul ve altı olanların hastane depresyon puanlarının üniversite ve üstü olanların hastane depresyon puanlarından yüksek bulunması olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hastaların hastane anksiyete puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların hastane anksiyete puanları mesleklerine göre anlamlı biçimde değişmektedir ($F=9,595$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,101$). Farkın nedeni ev hanımlarının hastane anksiyete puanlarının işçi ve memur olanların, emekli olanların ve diğer meslek

sahiplerinin hastane anksiyete puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$). Hastaların hastane depresyon puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,449$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,050$). Farkın nedeni ev hanımlarının hastane depresyon puanlarının işçi ve memur olanların ve diğer meslek sahiplerinin hastane depresyon puanlarından yüksek olarak bulunmasıdır ($p<0.05$).

Çalışanların hastane anksiyete puanları ($x=6,612$), çalışmayanların hastane anksiyete puanlarından ($x=9,658$) düşük olarak bulunmuştur ($t=-4,356$; $p=0<0.05$; $d=0,618$; $\eta^2=0,069$). Hastalardan çalışanların HAD-depresyon alt ölçeği puanları ($x=5,567$), çalışmayan hastaların HAD-hastane depresyon alt ölçek puanlarından ($x=8,067$) düşük bulunmuştur ($t=-3,930$; $p=0<0.05$; $d=0,557$; $\eta^2=0,056$).

Hastaların hastane depresyon puanları gelir düzeyi açısından incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($F=5,381$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,040$). Bu fark, geliri giderden düşük olanların hastane depresyon puanlarının gelir gideri eşit olanların ve geliri giderden yüksek olanların hastane depresyon puanlarından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Hastaların hastane anksiyete puanları ise gelir düzeyine göre anlamlı şekilde değişmemektedir ($p>0.05$).

Hastaların hastane anksiyete ve hastane depresyon puanları sosyal güvencesine göre incelendiğinde puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Hastaların hastane anksiyete ve hastane depresyon puanları kiminle yaşadıkları açısından incelendiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaların hastane anksiyete ve hastane depresyon puanları refakatçi bulunma durumu açısından anlamlı bir değişiklik göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların algıladıkları sosyal destek incelendiğinde genel, aileden, özel bir insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarının hastaların yaşlarına, cinsiyetlerine, beden kütle indeksi değerlerine ve medeni hallerine göre anlamlı biçimde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Hastalardan çocuk sahibi olanların ASD-genel puanları ($x=62,879$), çocuk sahibi olmayan hastaların puanlarından ($x=53,900$) anlamlı biçimde yüksektir ($t=2,076$; $p=0.039<0.05$; $d=0,483$; $\eta^2=0,016$). Hastaların, aileden, özel bir insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanları çocuk sahibi olma durumu açısından anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$). Hastaların ASD-genel puanları sahip oldukları çocuk sayısı

açısından anlamlı şekilde değişmektedir ($F=3,017$; $p=0.031<0.05$; $\eta^2=0,037$). Bu değişim çocuk sayısı 2 olan hastaların ASD-genel puanlarının çocuk sayısı 4 ve üzerinde olan hastaların ASD-genel puanlarından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Hastaların ASD-aile puanları çocuk sayısı açısından anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($F=3,252$; $p=0.022<0.05$; $\eta^2=0,040$). Bunun nedeni incelendiğinde çocuk sayısı 2 olan hastaların ASD-aile puanlarının çocuk sayısı 3 ve üzeri olan hastalardan daha yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastaların özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek puanları çocuk sayısı grupları açısından incelendiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların ASD-arkadaş puanları eğitim durumuna açısından anlamlı bulunmuştur ($F=3,797$; $p=0.011<0.05$; $\eta^2=0,043$). Bunun nedeni ortaokul mezunlarının ASD-arkadaş puanlarının eğitim durumu ilkököl ve altı olanların ASD-arkadaş puanlarından, Üniversite ve üstü olanların puanlarının ise eğitim durumu ilkököl ve altı olanların puanlarından daha yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD-özel insan puanları eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş puanları meslekleri açısından değerlendirildiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Hastalardan çalışanların ASD-arkadaş puanları ($x=21,149$), çalışmayan hastaların ASD-arkadaş puanlarına göre ($x=18,632$) daha yüksektir ($t=2,165$; $p=0.031<0.05$; $d=0,307$; $\eta^2=0,018$). Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD-özel insan puanları ise çalışma durumu açısından anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş puanları sosyal güvencesi ve gelir düzeyi değişkenleri açısından incelendiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Hastaların ASD-arkadaş puanları kiminle yaşadıkları değişkenine göre anlamlı biçimde farklı çıkmıştır ($F=2,811$; $p=0.026<0.05$; $\eta^2=0,042$). Bu fark incelendiğinde, eş ile yaşayan hastaların ASD-arkadaş puanlarının diğer kişilerle yaşayan hastaların ASD-arkadaş puanlarından ve eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların ASD-arkadaş

puanlarının diğ er kişilerle yaşayan ASD-arkadaş puanlarından, anne ve baba ile yaşayan hastaların ASD-arkadaş puanlarının diğ er kişilerle yaşayan hastaların ASD-arkadaş puanlarından, yalnız yaşayan hastaların ASD-arkadaş puanlarının diğ er kişilerle yaşayan hastaların ASD-arkadaş puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD- zel insan puanları kiminle yaşadıkları açısından anlamlı bir değişim göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD- zel insan, ASD-arkadaş puanları refakatçi bulunma durumuna göre anlamlı bir değişim göstermemiştir ($p>0.05$).



Tablo 4.5. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre HAD ve ÇBASD ölçek puanları

Hastalığa Özellikler	İlişkin	HAD Anksiyete	HAD Depresyon	ASD-Genel	ASD-Aile	ASD- Özel İnsan	ASD-Arkadaş
	n	Ort ± SS	Ort ± SS				
Tanı							
Koroner Arter Hastalığı	142	8,711±4,975	7,078±4,319	61,430±17,698	24,268±5,408	18,479±8,580	18,683±7,981
Kalp Yetmezliği	51	9,608±5,028	9,137±4,829	58,020±22,112	23,333±5,939	16,843±9,735	17,843±9,162
Miyokard Enfarktüsü	25	8,120±5,988	6,880±5,028	69,320±16,196	25,280±3,814	20,840±8,045	23,200±7,018
Kalp Ritim Bozukluğu	29	8,138±5,276	6,517±5,089	61,448±18,992	24,931±4,682	17,690±9,707	18,828±8,848
Diğer	13	10,846±4,394	7,539±3,865	74,769±10,313	26,846±1,676	23,000±6,416	24,923±3,499
F; p		1,075; 0,369	2,380; 0,052	3,187; 0,014	1,535; 0,192	1,800; 0,129	3,665; 0,006
Sağlık Durumu							
İyi	88	7,591±5,370	5,636±4,021	64,534±16,193	25,171±4,224	19,057±8,442	20,307±7,640
Orta	143	8,916±4,525	7,832±4,364	62,643±19,672	24,315±5,596	18,972±8,954	19,357±8,363
Kötü	29	12,552±5,289	10,828±5,190	52,828±18,684	22,345±5,589	14,690±9,056	15,793±8,870
F; p		11,139; 0,000	16,932; 0,000	4,484; 0,012	3,285; 0,039	3,103; 0,047	3,331; 0,037
PostHoc		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)
Ek Hastalık Varlığı							
Evet	185	9,703±5,311	8,173±4,833	61,189±19,158	24,124±5,353	18,054±9,089	19,011±8,385
Hayır	75	6,827±3,864	5,573±3,382	64,653±17,406	25,027±4,841	19,680±8,238	19,947±7,949
t; p		4,253; 0,000	4,253; 0,000	-1,355; 0,177	-1,265; 0,207	-1,342; 0,181	-0,827; 0,409
Düzenli İlaç Kullanımı							
Evet	232	8,513±4,908	7,172±4,477	62,810±18,569	24,547±5,081	18,785±8,796	19,478±8,186
Hayır	28	11,857±5,752	9,500±5,239	57,036±19,353	23,036±6,173	16,357±9,318	17,643±8,812
t; p		-3,341; 0,001	-2,550; 0,011	1,547; 0,123	1,451; 0,148	1,371; 0,172	1,112; 0,267
Sigara Kullanımı							
Evet	80	8,363±4,879	7,188±4,072	65,100±16,198	24,950±4,655	19,600±8,172	20,550±7,529
Hayır	180	9,100±5,193	7,528±4,838	60,894±19,618	24,133±5,442	18,044±9,140	18,717±8,520
t; p		-1,076; 0,283	-0,549; 0,584	1,679; 0,072	1,166; 0,245	1,307; 0,174	1,658; 0,099

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 4.5'e göre hastaların hastane anksiyete ve hastane depresyon puanları tanıları açısından farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların hastane anksiyete puanları sağlık durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=11,139$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,080$). Farkın nedeni sağlık durumu orta olanların hastane anksiyete puanlarının sağlık durumu iyi olanların hastane anksiyete puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$). Sağlık durumu kötü olanların hastane anksiyete puanlarının sağlık durumu orta ve iyi olanların hastane anksiyete puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$). Hastaların hastane depresyon puanları sağlık durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=16,932$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,116$). Farkın nedeni sağlık durumu orta olanların hastane depresyon puanlarının sağlık durumu iyi olanların hastane depresyon puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$). Sağlık durumu kötü olanların hastane depresyon puanlarının sağlık durumu orta ve iyi olanların hastane depresyon puanlarından yüksek bulunmasıdır ($p<0.05$).

Ek hastalığı olanların hastane anksiyete puanları ($x=9,703$), ek hastalığı olmayanların hastane anksiyete puanlarından ($x=6,827$) yüksek bulunmuştur ($t=4,253$; $p=0<0.05$; $d=0,582$; $\eta^2=0,066$). Ek hastalığı olanların hastane depresyon puanları ($x=8,173$), ek hastalığı olmayanların hastane depresyon puanlarından ($x=5,573$) yüksek bulunmuştur ($t=4,253$; $p=0<0.05$; $d=0,582$; $\eta^2=0,066$).

Düzenli ilaç kullananların hastane anksiyete puanları ($x=8,513$), düzenli ilaç kullanmayanların hastane anksiyete puanlarından ($x=11,857$) düşük bulunmuştur ($t=-3,341$; $p=0.001<0.05$; $d=0,668$; $\eta^2=0,041$). Düzenli ilaç kullananların hastane depresyon puanları ($x=7,172$), düzenli ilaç kullanmayanların hastane depresyon puanlarından ($x=9,500$) düşük bulunmuştur ($t=-2,550$; $p=0.011<0.05$; $d=0,510$; $\eta^2=0,025$). Hastaların hastane anksiyete, hastane depresyon puanları sigara kullanımına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların ASD-genel puanları tanılarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,187$; $p=0.014<0.05$; $\eta^2=0,048$). Fark, tanısı miyokard infarktüsü olanların ASD-genel puanlarının tanısı koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği olan hastaların ASD-genel puanlarından, diğer tanıya sahip olanların ASD-genel puanlarının tanısı koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği olan hastaların ASD-genel puanlarından ve diğer tanıya sahip olan hastaların ASD-genel puanlarının tanısı kalp ritim bozukluğu olan hastaların ASD-genel puanlarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

($p<0.05$). Hastaların ASD-arkadaş puanları tanıları açısından anlamlı değişim göstermektedir ($F=3,665$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0,054$). Farkın nedeni tanı miyokard infarktüsü olan hastaların ASD-arkadaş puanlarının tanısı koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve kalp ritim bozukluğu olan hastaların ASD-arkadaş puanlarından, diğer tanıya sahip olan hastaların ASD-arkadaş puanlarının tanısı koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve kalp ritim bozukluğu olan hastaların ASD-arkadaş puanlarından, daha yüksek olmasıdır daha yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastaların ASD-aile, ASD-özel insan puanları tanıları açısından anlamlı bir değişim göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların ASD-genel puanları sağlık durumları açısından anlamlı şekilde değişmektedir ($F=4,484$; $p=0.012<0.05$; $\eta^2=0,034$). Bu değişim, sağlık durumu iyi ve orta düzeyde olan hastaların ASD-genel puanlarının sağlık durumu kötü olanların ASD-genel puanlarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Hastaların ASD-aile puanları sağlık durumları açısından anlamlı şekilde değişmektedir ($F=3,285$; $p=0.039<0.05$; $\eta^2=0,025$). Bu durum, sağlık durumu iyi olanların ASD-aile puanlarının sağlık durumu kötü ASD-aile puanlarından daha yüksek olmasındandır ($p<0.05$). Hastaların ASD-özel insan puanları sağlık durumları açısından anlamlı şekilde değişmektedir ($F=3,103$; $p=0.047<0.05$; $\eta^2=0,024$). Bu durumun nedeni sağlık durumu iyi ve orta düzeyde olan hastaların ASD-özel insan puanlarının sağlık durumu kötü olan hastaların ASD-özel insan puanlarından daha yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastaların ASD-arkadaş puanları sağlık durumları açısından anlamlı şekilde değişmektedir ($F=3,331$; $p=0.037<0.05$; $\eta^2=0,025$). Bu, sağlık durumu iyi ve orta düzeyde olan hastaların ASD-arkadaş puanlarının sağlık durumu kötü olanların ASD-arkadaş puanlarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$).

Hastaların ASD-genel, ASD-aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş puanlarında ek hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu ve sigara kullanımları açısından anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastane anksiyete depresyon ve algılanan sosyal destek puanları arasında korelasyon analizi

ÇBASDÖ ve alt boyutları		HAD-Anksiyete	HAD-Depresyon
ASD-Genel	r	-0,360**	-0,434**
	p	0,000	0,000
ASD-Aile	r	-0,298**	-0,378**
	p	0,000	0,000
ASD-Özel İnsan	r	-0,280**	-0,341**
	p	0,000	0,000
ASD-Arkadaş	r	-0,328**	-0,378**
	p	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Hastaların hastane anksiyete depresyon ve algılanan sosyal destek boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile ortaya konulmuştur. Tablo 4.6’da analiz sonuçları verilmiştir. Hastane anksiyete, hastane depresyon, ASD-genel, ASD-aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş puanları arasında korelasyon sonuçlarına göre; ASD-genel ile hastane anksiyete arasında $r=-0.36$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-genel ile hastane depresyon arasında $r=-0.434$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-aile ile hastane anksiyete arasında $r=-0.298$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-aile ile hastane depresyon arasında $r=-0.378$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-özel insan ile hastane anksiyete arasında $r=-0.28$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-özel insan ile hastane depresyon arasında $r=-0.341$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-arkadaş ile hastane anksiyete arasında $r=-0.328$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$), ASD-arkadaş ile hastane depresyon arasında $r=-0.378$ negatif yönlü zayıf ($p=0,000<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Tablo 4.7. Algılanan sosyal desteğin hastane anksiyete üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Katsayılar	Edilmemiş Standart Katsayılar	Edilmiş t	P	%95 Aralığı	Güven
	B	SE	β		Alt	Üst
Sabit	14,986	1,028		14,574	0,000	12,961 17,010
ASD-Genel*	-0,098	0,016	-0,360	-6,207	0,000	-0,129 -0,067
ASD-Aile **	-0,195	0,062	-0,200	-3,156	0,002	-0,317 -0,073
ASD-Özel İnsan**	-0,019	0,050	-0,034	-0,386	0,700	-0,118 0,079
ASD-Arkadaş**	-0,141	0,054	-0,229	-2,643	0,009	-0,247 -0,036
*Bağımlı Değişken=Hastane Anksiyete, $R=0,360$; $R^2=0,127$; $F=38,525$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,551						
**Bağımlı Değişken=Hastane Anksiyete, $R=0,379$; $R^2=0,134$; $F=14,349$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,574						

Tablo 4.7’de belirtildiği gibi ASD-genelin hastane anksiyete boyutu üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan regresyon analizi anlamlı olarak bulunmuştur ($F=38,525$; $p=0,000<0.05$). Hastane anksiyete düzeyindeki toplam değişimin %12,7’si ASD-genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,127$). Algılanan sosyal destek genel hastane anksiyete düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,360$). ASD-Aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş boyutlarının hastane anksiyete boyutu üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan regresyon analizi anlamlı olarak bulunmuştur ($F=14,349$; $p=0,000<0.05$). Hastane anksiyete düzeyindeki toplam değişimin %13,4’ü ASD-Aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,134$). ASD-Aile boyutunun hastane anksiyete düzeyini azalttığı ($\beta=-0,200$), ASD-özel insan boyutunun hastane anksiyete düzeyini etkilemediği ($p=0.700>0.05$), ASD-arkadaş boyutunun ise hastane anksiyete düzeyini azalttığı($\beta=-0,229$) bulunmuştur.

Tablo 4.8. Algılanan sosyal desteğin hastane depresyon üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Katsayılar	Edilmemiş Standart Katsayılar	Edilmiş t	P	%95 Aralığı	Güven
	B	SE	β		Alt	Üst
Sabit	14,077	0,898		15,680	0,000	12,309 15,844
ASD-Genel*	-0,107	0,014	-0,434	-7,738	0,000	-0,134 -0,080
ASD-Aile **	-0,236	0,054	-0,267	-4,388	0,000	-0,341 -0,130
ASD-Özel İnsan**	-0,037	0,044	-0,071	-0,853	0,395	-0,123 0,049
ASD-Arkadaş**	-0,126	0,046	-0,226	-2,718	0,007	-0,218 -0,035
*Bağımlı Değişken=Hastane Depresyon, $R=0,434$; $R^2=0,185$; $F=59,875$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,809						
**Bağımlı Değişken=Hastane Depresyon, $R=0,459$; $R^2=0,201$; $F=22,763$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,848						

Tablo 4.8'e göre ASD-genelin hastane depresyon boyutu üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan regresyon analizi anlamlı olarak bulunmuştur ($F=59,875$; $p=0,000<0.05$). Hastane depresyon düzeyindeki toplam değişimin %18, ASD-genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,185$). ASD-genel hastane depresyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,434$). ASD-Aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş boyutlarının hastane depresyon boyutu üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan regresyon analizi anlamlı olarak bulunmuştur ($F=22,763$; $p=0,000<0.05$). Hastane depresyon düzeyindeki toplam değişimin %20,1'i ASD-Aile, ASD-özel insan, ASD-arkadaş tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,201$). ASD-Aile boyutunun hastane depresyon düzeyini azalttığı ($\beta=-0,267$), ASD-özel insan hastane depresyon düzeyini etkilemediği ($p=0.395>0.05$), ASD-arkadaşın hastane depresyon düzeyini azalttığı bulunmuştur ($\beta=-0,226$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde kardiyoloji servisinde yatan hasta bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini saptamak, algılanan sosyal desteğin anksiyete ve depresyon ile ilişkisini incelemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan tüm hastaların %45,4'ünün kadın cinsiyette, %54,6'sının erkek cinsiyette olduğu görülmektedir. Hastaların yaş ortalamaları $63,43 \pm 13,71$ olup, %18,1'i 50 yaş altı, %24,2'si 51-60 yaş arası, %57,7'si ise 60 yaş üstü grupta yer almaktadır. Kalp hastalıkları 50 yaş ve altında daha az görülürken, 60 yaş üzerindeki grupta daha fazla görülmesinin sebebi yaştan artıka görülme sıklığının da artmasından kaynaklanmaktadır (Çalışkan,2021). Ayrıca kalp hastalıklarının 60 yaş üstü grupta daha fazla görülmesi, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus artışıyla ilişkili bir faktör olabilmektedir (Kalp Damar Hastalıkları Önleme Programı, 2015-2020). Koçkara'nın (2019) araştırmasında hastaların %67,1'i erkek ve yaş ortalaması $60,67 \pm 13,06$ olarak belirlenmiştir. Uslu'nun (2011) kalp yetmezliği olan hastalar ile yaptığı çalışmada örneklem grubunun %56,7 oranla erkek, yaş ortalamalarının $60,9 \pm 12,42$ bulunması, Kutlu ve arkadaşlarının (2016) kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmasında da hastaların %60,4'ünün erkek ve yaş ortalamasının $63,5 \pm 13,8$ belirlenmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların BKİ ortalaması $28,07 \pm 5,74$ 'tür. Hastaların %28,8'inin normal kilolu, %42,3'ünün fazla kilolu, %20'sinin I. derece obez, %8,8'inin II. derece obez olduğu saptanmıştır. Kalp hastalarının kollar, bacaklar ve vücudun genelinde şişkinlik olması, büyük çoğunluğunun 60 yaş üstü olması sebebiyle aktivitelerde yavaşlama ve kısıtlama olması, yine büyük çoğunluğunun emekli ve ev hanımı olması sebebiyle daha sedanter hayat yaşaması sebebiyle hastaların BKİ'sinin fazla çıktığı düşünülebilir. Beden kitle indeksinin artmasıyla kalp hastalıklarının da doğru orantılı şekilde arttığı görülmektedir (Çalışkan, 2021). Tok ve ark (2022) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun fazla kilolu saptanması, Çalışkan (2021)

alışmasında hastaların BKİ ortalamasının $25,8\pm4,1$ olarak bulunması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların %78,8 gibi büyük bir oranla çoğunluğunun evli olduğu ve %77,7'sinin eş ve/veya ocuk ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yapılan çoğu araştırmada da benzer sonuçlar görülmektedir (Demirbaş ve Kaya, 2022; Saritaş ve Aktura, 2020; Kutlu ve ark, 2016). Hastaların büyük kısmının evli olmasının Türk toplumunun aile yapısına uygun olduğu söylenebilir. Kronik hastalardaki gibi kalp hastalarında da sosyal desteğin önemli olduğu, hastaların başta aile olmak üzere arkadaşlar ve sağlık profesyonellerinin kendileri ile ilgilenmediğinde sosyal izolasyon duygusu yaşadıkları bilinmektedir (Dalak, 2010). Bu durumda hastaların büyük çoğunluğunun aile bireyleri ile birlikte yaşıyor olmasının, anksiyete ve depresyon düzeyini azaltacağı düşünülmektedir.

Hastaların ocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında %92,3 gibi büyük çoğunluğunun ocuk sahibi olduğu ve %46,2'sinin 2 ocuk sahibi olduğu saptanmıştır. İlhan 'ın (2019) alışmasında da benzer şekilde hastaların %80 oranla büyük çoğunluğunun ocuk sahibi olduğu bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %70,8'inin ilkokul/altı mezunu veya okuma yazma bilmediği, %22,3'ünün ortaokul ve lise mezunu olduğu, %6,9'unun niversite ve üstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi arttığında bireyin sağlık ile ilgili algısının farklılaşabileceği bunun da anksiyete ve depresyon düzeyini azaltabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul/altı mezunu veya okur yazar olmaması, eğitimin dolaylı yoldan anksiyete ve depresyon düzeyini değiştirebileceğini göstermektedir. İlhan'ın (2019) alışmasında %65 oranla hastaların çoğunluğunun ilkokul/altı mezunu veya okuma yazma bilmediği görülmüştür. Hastaların eğitim düzeyleri açısından araştırmamızın sonuçları İlhan'ın (2019) araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan tüm hastaların %35,8'inin emekli ve %36,5'inin ev hanımı oldukları; %74,2'sinin ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Bu bulgu hastaların çoğunluğunun 60 yaş ve üstü olmasından dolayı emekli ya da ev hanımı olmasıyla ifade edilebilir. Araştırmamızın sonuçlarına paralel şekilde Buldan'ın

(2017) çalışmasında çalışmayan hastaların oranının %87,4, hastaların %35,3'ünün emekli %47,9'unun ev hanımı olduğu bildirilmektedir.

Çalışmaya katılan tüm hastaların %40,8'inin geliri giderden azken, %53,5'inin geliri giderine eşit ve %5,8'inin geliri giderinden fazladır. Demirbaş ve Kaya (2022) çalışmasında hastaların gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda hastaların %89,2 oranla çoğunluğunun sağlık güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanabileceğinin bir göstergesi de büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olmasıdır. Sağlık güvenceleri olmayan hastaların tanı ve tedavi için harcanan masrafları karşılamaları epey güç olduğundan; hastanın sağlık güvencesinin olması, tanı ve tedavi aşamasında son derece önemlidir.

Hastaların hastanede kaldığı süre içinde %96,9'unun refakatçisinin olduğu saptanmıştır. Sarıgül ve Kavurmacı'nın (2022) çalışmasında da benzer şekilde hastaların %80,1'inin refakatçisinin olduğu bildirilmiştir.

Hastaların yatışla ilgili tanılarına bakıldığında %54,6'sının koroner arter hastalığı, %19,6'sının kalp yetmezliği, %11,2'sinin kalp ritim bozukluğu, %9,6'sının miyokard infarktüsü olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da koroner arter hastalığı yüksek oranlarda görülmektedir (Çetinkaya, 2019; Sizgen, 2019). Hastaların sağlık durumlarına bakıldığında hastaların %55'inin orta, %33,8'inin iyi, %11,2'sinin kötü olarak tanımlandıkları görülmektedir.

Hastaların %71,2'sinde kalp hastalığı ile birlikte başka bir hastalığa da rastlanmaktadır. %69,7 oranda en çok hipertansiyonun ve %45,9 oranda DM'un eşlik ettiği saptanmıştır. Bunun yanı sıra kalp hastalıkları ile birlikte görülen diğer hastalıkların KOAH, endokrin sistem hastalıkları, GİS hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları ve renal sistem hastalıkları olduğu ortaya çıkmıştır. Tekin'in (2016) araştırmasında hastaların %68'nin kalp hastalığı dışında başka bir hastalığı olduğu bildirilmiştir. Ahraz'ın (2018) çalışmasında hastalarının büyük bir kısmının kronik hastalığının olduğu ve ilk sırada da hipertansiyonun bulunduğu bildirilmiştir. Birçok çalışma sonuçlarında da hipertansiyon ve DM'un kalp hastalıklarına eşlik ettiği gözlenmektedir (Pınar ve ark, 2017; Polat, 2018; Karagöz, 2019). Hayatın uzunca bir dönemini kapsayan kronik hastalıkların sürekli olarak tıbbi bakım ve tedavi

gerektirmesi, kişinin dengesini sarsması nedeniyle kalp hastalığı ile ikinci bir kronik hastalığın birlikte var olmasının anksiyete ve depresyon gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %89,2 oranla büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Literatürde kalp hastalarının büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullandıkları gözlenmektedir (Uslu, 2011; Çaloğlu, 2012). Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre hastaların büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullanımı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek anksiyete ve depresyon düzeyini azaltması açısından olumlu bir sonuç olarak kabul edilir.

Çalışmaya katılan hastaların %30,8'inin sigara kullandığı, %69,2 oranla büyük çoğunluğunun kullanmadığı saptanmıştır. Çetinkaya (2019) çalışmasında olguların %66'sının sigara kullanmadığı görülmektedir. Çalışma bulgularımız Çetinkaya (2019)'un çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

5.2. Katılımcıların HAD Puanlarının Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmamızda olguların anksiyete puan ortalaması ($8,87 \pm 5,1$) kesme noktasının (10/11) altında olduğundan anksiyete düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların depresyon puan ortalaması ise ($7,42 \pm 4,6$) kesme noktasının (7/8) üstünde olduğundan depresyon açısından risk altında olduğu bulunmuştur. Buldan'ın (2017) çalışmasında da çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak HAD-A ölçeği puan ortalamaları $8,05 \pm 2,45$ bulunurken; HAD-D ölçeği ortalama puanı $6,24 \pm 2,43$ saptanmıştır. Çalışmamızda HAD-A ölçek puanının eşik değerin altında bulunmasının sebebi olarak, örneklemimizin büyük çoğunluğunun yaşlılardan oluşması ve %96,9'unun yanında refakatçisinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşlı bireylerin refakatçilerinden almış oldukları maddi ve manevi destekten ötürü, hastalığın ve hastaneye yatış sürecinin neden olduğu anksiyete ve depresyon ile daha kolay baş edebildikleri düşünülmektedir.

Araştırmamızda yapılan istatistiksel analizler neticesinde hastane anksiyete ve depresyon puanının yaşa göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Hastaların yaşları arttıkça anksiyete ve depresyon puanları da artmaktadır. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaş arttıkça arttığı

sonucuna ulaşılmıştır (Bahar ve Taşdemir, 2008; Uszko-Lencer ve ark., 2017; Chialà ve ark., 2018). Çalışmamızda da benzer şekilde anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yaş arttıkça artmış olduğu gözlenmektedir. Yaş ile birlikte kronik hastalıklarla ve kalp hastalıkları ile karşılaşma riskinin artması, yaşlı bireylerin üretkenliklerinin azalması ve sosyal izolasyon gibi faktörler olabilir.

. Yapılan istatistiksel analizler neticesinde, anksiyete ve depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır. Araştırmamızda, kadınlarda HAD-A ve HAD-D puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Oflaz ve Varol (2010), cinsiyetle anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark olduğunu, kadın hastaların anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının erkek hastalardan yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise miyokard infarktüs hastalarında hastane anksiyete ve depresyon puanlarının cinsiyete göre değiştiği ve kadınların anksiyete ve depresyon puanlarının erkeklerinkinden yüksek olduğu ifade edilmiştir (Serpytis ve ark, 2018). Çalışma bulgumuz, bu sonuçla paralellik göstermektedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da kadınların anksiyete puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (Ertaş ve elik, 2016; Akkaya ve ark, 2018; Argder ve ark, 2020). Lichtman ve arkadaşları (2014)'nın koroner arter hastalığı olan kişilerle yaptıkları çalışmalarında kadınların depresyon puanlarının erkeklerinkinden yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonuç, kadınlarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının erkeklere oranla iki kat daha çok görülmesiyle açıklanabilmektedir (zcan ve Gürhan, 2016). alışan kadınların iş dışında ev işleri, ocuk bakımı gibi ek mesaieleri, onlara çok daha fazla sorumluluk yüklemekte ve streslerinin artmasına sebep olmaktadır.

Çalışmamızda hastaların hastane anksiyete puanları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermezken; hastane depresyon puanları medeni duruma göre anlamlı bulunmuştur. Evli olanların hastane depresyon puanları bekarların hastane depresyon puanlarından daha düşük çıkmıştır. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada medeni durumun kalp hastalarında anksiyete ve depresyon puanında anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı ifade edilmektedir (Cekirdekci ve Bugan, 2019). Demirbaş ve Kaya (2022) yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer şekilde evli olanların hastane depresyon puanlarını bekarlara göre daha düşük bulmuşlardır. Bekar olan bireylerin sosyal destek

kaynaklarının az olması, yalnızlık yaşamaları ve bu bireylere toplumun bakış açısı gibi durumlar depresyon gelişimine sebep olabilmektedir.

Hastaların hastane anksiyete puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken, hastane depresyon puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların hastane depresyon puan ortalamalarının üniversite ve üstü olanların hastane depresyon puan ortalamalarından yüksek olmasıdır. Benzer şekilde yapılan başka çalışmalarda da eğitim düzeyi düşük olan hastalarda depresyon puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Okanlı ve ark, 2006; Tutuk ve Altun, 2014; Aydemir ve ark, 2015). Bu durumda düşük eğitim düzeyinin depresyon için risk faktörü olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada hastaların hastane anksiyete ve depresyon puanlarının meslekleri açısından anlamlı değişim gösterdiği bulunmuştur. Ev hanımlarının işçi, memur ve diğer meslek sahibi olanlara göre hastane anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek çıkmıştır. Uslu'nun (2011) çalışmasında da benzer şekilde ev hanımlarının hastane anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Akkaya ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da ev hanımlarının hastane anksiyete puanı yüksek bulunmuştur. Kadınların ev içindeki sorumluluklarının daha çok olması, kendilerini sorumluluklarını sürdürmek mecburiyetinde hissetmeleri ve buna uygun davranmaya çalışmaları, bunun getirdiği stres, maddi konularda eşe bağımlılık gibi faktörler anksiyete ve depresyon yaşamalarında bir etken olabilir.

Çalışan hastaların hastane anksiyete ve depresyon puanı, çalışmayanların hastane anksiyete ve depresyon puan ortalamalarından düşük çıkmıştır. Özer ve arkadaşları (2009)'nın miyokard enfarktüsü hastalarda yapmış oldukları çalışmalarında benzer şekilde çalışmayan hasta grubunda anksiyete ve depresyon puanlarını daha yüksek bulmuştur. Yine Akçalı ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları bir araştırmada çalışmayan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyini anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Çalışmayan hasta grubunda anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olması, bu gruptaki bireylerin, üretkenliklerini kaybetme, sosyal çevreden uzak kalma, hasta olduklarında maddi ihtiyaçlarını nasıl karşılayacakları ve ekonomik masraflarının artacağı konusunda kaygı duymalarına bağlanabilir.

Hastaların hastane anksiyete puanları gelir düzeyi açısından anlamlı bir değişim göstermezken, hastane depresyon puan ortalamaları ise gelir düzeyi açısından anlamlı farklılık göstermektedir. Geliri giderden düşük olanların hastane depresyon puanlarının geliri gidere eşit olanlar ve geliri giderden yüksek olanların hastane depresyon puanlarından yüksektir. Kelleci ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada bu araştırmaya benzer şekilde geliri giderden düşük olanların hastane depresyon puanlarının geliri gidere eşit olanlar ve geliri giderden yüksek olanların hastane depresyon puanlarından yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Akkaya ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise gelir düzeyi düşük olan hastalarda hem anksiyete hem de depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Bu durum maddi durumu düşük olan hastalarda hastaneye yatış ile birlikte iş kaybı, tanı ve tedavi masraflarını nasıl karşılayacağı endişesi gibi faktörlerle ilişkili olabilir.

Hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puan ortalaması arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Sağlık durumunu “iyi” olarak ifade eden hastaların ölçek puan ortalamaları sağlık durumunu “orta” ve “kötü” olarak ifade eden hastalardan daha düşük bulunmuştur. Uslu’nun (2011) araştırmasında hastaların sağlık durumlarını algılamalarıyla hastane anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir. Bunu sebebi olarak anksiyete ve depresyon düzeyi yükseldikçe hasta bireylerin sağlıklarıyla ilgili olumsuz algılarının artması düşünülebilir.

Kalp hastalığına ek olarak başka hastalığı olan hastaların hastane anksiyete ve depresyon puanları, ek hastalığı olmayanların hastane anksiyete ve depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kronik hastalıkları bulunan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (DeJean ve ark, 2013; Buldan, 2017; İlhan, 2019). Mevcut hastalığın yanı sıra başka bir kronik hastalığın varlığı bireyin yaşam kalitesini düşürerek yaşam biçimini değiştirebileceği gibi beraberinde sebep olduğu fiziksel, ekonomik, emosyonel, ve psikososyal sorunlar sebebiyle anksiyete ve depresyon düzeyini arttırabilir.

İlaçlarını düzenli kullanan hastaların, kullanmayanlara göre hastane anksiyete ve depresyon puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde kalp hastaları ile yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyetenin ilaç uyumunu olumsuz etkilediği ve ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların depresyon ve anksiyete

gibi ruhsal hastalıklara yakalanma riskinin daha fazla olduğu görülmektedir (Rieckmann ve ark, 2006; Sin ve ark, 2016; Jha ve ark, 2019). Uslu'nun (2011) çalışmasında da anksiyete ve depresyon puanıyla düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İlaç tedavisine uyumun; semptomların verdiği sıkıntıyı azaltarak bireyin yaşama bakışını olumlu yönde etkilediğini, yaşamdan beklentisini ve yaşam kalitesini yükselttiğini, sonuçta da anksiyete ve depresyon seviyesini azalttığını söyleyebiliriz.

5.3. Katılımcıların ÇBASDÖ Puanlarının Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Bu araştırmada ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $62,18 \pm 18,70$ olarak bulunmuştur. Hastaların algıladıkları sosyal desteğin ise orta düzeyin üstünde olduğu saptanmıştır. Demir-Barutçu'nun (2011) yaptığı çalışmada araştırmamıza paralel olarak hasta bireylerin algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyden yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ÇBASDÖ alt boyut puan ortalamaları ise; aileden $24,38 \pm 5,21$, arkadaşan $19,28 \pm 8,25$ ve özel insandan $18,52 \pm 8,86$ 'dır. Bu sonuçlar ışığında sosyal desteğin en yüksek aileden algılandığı, arkadaşan algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyin üstünde olduğu ve özel bir kişiden algıladıkları sosyal desteğin ise diğerlerine göre daha az ve orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ülkemizde aile temelli kültür yapısının olması, kentleşmenin artması ile sosyal ilişkilerde azalma yaşanması, insanların birbirlerine güven duymaması, örneklem büyük kısmının emekli ve ev hanımı olması gibi faktörlerin bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Araştırmada hastaların sosyal desteği en yüksek aileden algılaması; çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun evli ve eş/ çocuklarıyla beraber yaşaması sebebiyle olabileceği düşünülebilir. Yine araştırma kapsamında özel insandan alınan sosyal destek puanının aile ve arkadaşan alınan sosyal destek puanına göre düşük olmasını örneklemimizi daha çok yaşlı bireylerin oluşturmasına bağlayabiliriz. Akbulut'un (2019) hipertansiyonlu hastalar ile yaptığı bir araştırmada çalışmamızla benzer şekilde hastaların algıladıkları algılanan sosyal destek puan ortalamasının $62,65 \pm 21,81$ olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek sosyal desteğin aileden algılandığı ve yüksek olduğu, arkadaşan ve özel bir insandan algıladıkları desteğin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Akçalı ve arkadaşlarının (2009) epilepsi hastaları ile yaptığı çalışmada

ise hasta grubunun arkadaş desteği anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu bulgu çalışma bulgumuzla çelişmektedir. Epilepsi hastalarının etiketlenme, arkadaşlarının yanında nöbet geçirme korkusu ve birçok psikososyal sorun yaşaması arkadaşlık ilişkilerinde daha yetersiz kalmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda hastaların algılanan sosyal destek genel puanları ve arkadaştan algılanan sosyal destek genel puanları tanıya göre anlamlı farklılık göstermektedir. Özellikle tanısı myokard infarktüsü olan hastaların algılanan sosyal destek genel puanları yüksek bulunmuştur. Kardiyovasküler hastalığı olan kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada MI geçiren kişilerin sosyal destek ihtiyacının daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Arthur, 2006). Bunun sebebinin hastaların MI sonrası özbakım ve fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış nedeniyle; stres, endişe, güçsüzlük ve ölüm korkusu ile birlikte daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duymasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çocuk sahibi olanların genel algılanan sosyal destek puanları, çocuk sahibi olmayanlarınkinden daha yüksektir. Yine hastaların algılanan sosyal destek genel puanları ve aileden algılanan sosyal destek puanları çocuk sayısına göre değişmektedir. Çocuk sayısı 2 olanların genel algılanan sosyal destek puanları ve aileden algılanan sosyal destek puanlarının çocuk sayısı 4 ve üzeri olanlarınkinden daha yüksektir. Algılanan sosyal desteğin çocuk sayısı arttıkça azalmasının nedeni olarak çocuklar arasında anne babaya kimin bakım vereceği konusunda anlaşmazlıklar yaşanmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Karagöz'ün (2019) kalp yetmezliği olan hasta bireylerde yapmış olduğu çalışmasında ise araştırmamızdan farklı olarak çocuk varlığına göre hasta bireylerin ÇBASDÖ aile ve genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ifade edilmiştir.

Hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları eğitim düzeyi açısından değişmektedir. Eğitim düzeyi ortaokul, üniversite ve üstü mezunlarının arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarının, ilkokul ve altı olanların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Sarı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında çalışmamıza paralel olarak, hastaların eğitim düzeyine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan hasta bireylerin algıladıkları sosyal desteğin, ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip olan hasta bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu

yüksek olan hastaların algılamış oldukları sosyal desteğin daha yüksek olması dikkat çekmektedir. Bu sonuç eğitim durumunun yüksek olmasının sosyal destekten daha çok yararlanmaya katkı sağlamış olabileceğini düşündürmektedir. Öğrenim durumu yüksek olan bireylerin girişkenlikleri, iletişim ve sosyalleşme özelliği daha gelişmiş olabileceğinden dolayı algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksek çıkmış olabilir.

Herhangi bir işte çalışan hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları, çalışmayanların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından daha yüksektir. Çalışan bireylerin sosyal çevresinin artması, eğitim durumlarının yüksek olması ve çalışma hayatının kendine özgü disiplini içinde bilinçlenerek sosyal destek kaynaklarından daha fazla yararlandıkları söylenebilir. Bizim bulgumuzdan farklı olarak Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada hastaların çalışma durumunun ÇBASDÖ puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir. Bunun nedeni çalışmanın farklı bir grupta yapılması, örneklem grubunun az ve yaş grubunun daha düşük olması olabilir.

Hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarının kiminle yaşadıkları açısından değiştiği görülmektedir. Eşi ile/ eş ve çocuğuyla, anne-babasıyla ya da yalnız yaşayan hastaların ölçek puanları “diğerleri (arkadaş, akraba, bakıcı vb.)” ile yaşayan hastaların puanlarından yüksektir. Dalak’ın (2010) çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde örneklem kapsamına alınan bireylerin büyük çoğunluğunun eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Yine eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan kişilerde ÇBASDÖ alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Özellikle akraba, bakıcı ya da arkadaş gibi diğer kimselerle birlikte yaşayan hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olmasının sebebi bu kimselerin destek ihtiyacını karşılayabilecek duygusal yakınlıkta olmamaları ancak yalnız da olmadıkları için çevreleri tarafından yalnız olan kişilere göre daha az ziyaret edildikleri düşünülebilir.

Hastaların algılanan sosyal destek genel puanları ile aileden, arkadaştan ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanları sağlık durumlarını ifade ettikleri düzey açısından farklılık göstermektedir. Sağlık durumu iyi olanların algılanan sosyal destek puanları sağlık durumu kötü olanların algılanan sosyal destek puanlarından yüksektir. Dalak’ın (2010) araştırmasında bulgumuza paralel olarak bireylerin sağlık algılamaları incelendiğinde sağlık durumunu “iyi” olarak ifade eden bireylerde

ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalarda sağlık durumunu “iyi” olarak algılamanın tedavi sürecini hızlandırma adına motivasyon oluşturabileceği, sağlıklarını yükseltmek için daha çok çaba sarf edecekleri ve sosyal destek kaynaklarından daha iyi faydalanmak isteyecekleri söylenebilir.

5.4. Katılımcıların Algıladıkları Sosyal Destek ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kalp hastalarının anksiyete düzeylerinin düşük olduğu, depresyon açısından risk altında olduğu ve algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyin üstünde olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, hastaların genel algılanan sosyal destekle hastane anksiyete ve depresyon puanları arasında negatif zayıf yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde genel algılanan sosyal destek ile hastane anksiyete ve depresyon arasındaki neden sonuç ilişkisini saptamak için yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur. Bu durumda algılanan sosyal desteğin hastane anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı ifade edilebilir. Kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada sosyal destek puanı yüksek olan kişilerin anksiyete ve depresyon puanının daha düşük olduğu görülmektedir (Turner ve ark, 2010). Korkmaz ve Tel’in (2010) KOAH’lı hastalar ile yapmış oldukları çalışmalarında benzer şekilde sosyal destek puanı azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Kalp hastalığı olan yaşlı bireyler ile yürütülen bir çalışmada sosyal desteğin az oluşu depresyonun yordayıcısı olarak bulunmuştur (Krishnan ve ark, 1998). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise yalnız yaşayan ya da sevgilileri, sınıf arkadaşları ya da arkadaşlarıyla kötü ilişkileri olan, sosyal desteği az olan öğrencilerin daha yüksek depresyon ve kaygı puanları olduğu ifade edilmiştir (Shao ve ark, 2020). Çoşkun ve Akkaş’ın (2009) çalışmada, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, kaygı düzeyinde düşüş görülmüştür. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada sosyal desteğin artırılmasının depresyon ve anksiyetenin iyileşmesine yardımcı olduğu bulunmuştur (Gonzalez-Saenz de Tejada ve ark, 2017). Erdoğan’ın (2015) kanser hastaları ile yapmış olduğu çalışmada algılanan sosyal destek ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bizim hasta grubumuzdan farklı olarak postpartum dönemdeki kadınlar ile yapılan bir çalışmada ise sosyal desteğin

postpartum depresyon ve anksiyeteye karşı koruyucu olduğu ve sosyal desteğin tüm boyutlarının depresyon ve anksiyete ile negatif yönlü ilişkisi olduğu bulunmuştur (Arnold ve Kalibatseva, 2021). Sosyal destek hastaların hastalıklarıyla baş etme mekanizmalarını güçlendirerek psikolojileri üzerine olumlu etki göstermekte, anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmaktadır.

Çalışma kapsamında ÇBASDÖ'ün alt boyutlarına bakıldığında aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek hastane anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmakta iken özel insandan algılanan sosyal destek hastane anksiyete ve depresyon düzeyini etkilememektedir. Büyükbayram ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, sosyal destek puan ortalamasının orta düzeyde bulunduğu ve hastaların en çok da aile bireylerinden destek aldıkları bunu arkadaş ve özel kişi desteğinin izlediği saptanmıştır. Ülkemizde aile üyelerinin hastaların bakımını üstlenmesi, aile ilişkilerine önem vermesi; ailenin, hastalar için ilk baştaki sosyal destek sağlayıcıları olduğunu göstermektedir. Ailenin yanı sıra yeterli sosyal destek algısı açısından arkadaş desteğine de ihtiyaç vardır. Birbirine yakından bağlı kişilerden oluşan arkadaş çevresi yalnızlık duygusunu, stres, anksiyete ve depresyonu azaltmada yararlı olabilir.

Çalışmamızda hastane anksiyete ve depresyon ile hastanede yatılan gün sayısı arasında pozitif çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre hastanede yatış süresi arttıkça HAD puanının arttığı görülmektedir. Hastaların hastane ortamında yatış süresi arttıkça sağlık harcamalarında artma, kendisine ne yapılacağı, iyileşip iyileşemeyeceğini bilmeme, hastalıkla ilgili korku duyma, bakım veren aile üyesine yük olduğu düşüncesinin anksiyete ve depresyona neden olabileceği düşünülebilir. Oflaz ve Varol'un (2010) çalışmasında çalışmamıza paralel olarak hastaların hastanede yatma süresi arttıkça anksiyete ve depresyon puanının yükseldiği gözlenmektedir. Yeşilbursa ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastaların hastanede yatış süresi ile anksiyete ve depresyon ölçek skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bahar ve Taşdemir'in (2008) çalışmasında ise hastanede daha uzun yatan yatanların depresyon puan ortalamalarını yüksek olarak belirlemişlerdir.

Genel olarak literatür bulguları çalışmamızı desteklemektedir. Bazı çalışmalarda ise farklı sonuçların çıkması örneklem grubunun, hastanelerin/servislerin, yaş ortalamasının ya da araştırmada kullanılan yöntemlerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kardiyoloji servisinde yatan hastalar ile yapılan çalışmamızda hastaların yaş ortalamasının ($63,43 \pm 13,71$) yüksek olduğu, %54,6'sının erkek, %78,7'sinin evli, %92,3'ünün çocuk sahibi, %70,8'inin eğitim düzeyi ilkokul ve altı, %74,2'sinin bir işte çalışmadığı, %35,8'inin emekli, %36,5'inin ev hanımı, %53,5'inin gelir giderinin eşit, %77,7'sinin eş/ eş ve çocuk ile yaşadığı ve %96,9'unun refakatçisinin olduğu bulunmuştur. Yine hastaların çoğunluğunun (%54,6) koroner arter hastası, %55'inin sağlık durumu orta, %71,2'sinin ek hastalığı olduğu, %89,2'sinin düzenli ilaç kullandığı ve %69,2'sinin sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda, hastaların anksiyete düzeylerinin düşük, depresyon açısından risk altında ve algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyin üstünde olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların algıladıkları sosyal desteğin anksiyete ve depresyonu etkilediği görülmüştür. Hastalarının algıladıkları sosyal destek arttıkça, anksiyete ve depresyon düzeyi azalmaktadır. ÇBASDÖ'nin alt boyutlarına bakıldığında ise aileden ve arkadaşan algılanan sosyal destek hastane anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmakta iken özel insandan algılanan sosyal destek hastane anksiyete ve depresyon düzeyini etkilememektedir.

Çalışmamızda yaşlı, kadın, ev hanımı, bir işte çalışmama, sağlık durumunun kötü olması, ek hastalığı olma, düzenli ilaç kullanmama ve hastanede yatış süresinin uzaması gibi faktörler hastane anksiyete ve depresyon puanını artırmaktadır. Bekar, eğitim seviyesi düşük ve geliri giderinden az olan hastaların ise depresyon düzeyi yüksektir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olan ve sağlık durumu iyi olan hastaların genel ile aileden algılanan sosyal destek puanları daha yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek olan, bir işte çalışan, ailesiyle veya yalnız yaşayan ve sağlık durumu iyi olan hastaların arkadaşan algılanan sosyal destek puanları yüksektir. Özel insandan algılanan sosyal destek puanı ise sadece sağlık durumu iyi olan hastalarda yüksektir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde kalp hastalarının tedavi ve bakım aşamasında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hasta bireylerin fiziksel durumları yanında anksiyete ve depresyon düzeylerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Anksiyete ve depresyon açısından riskli olan kişilerin erken dönemde tespit edilmesi, hastanın sosyal destek kaynaklarının farkına varabilmesi ve hastalara bu kaynakları etkin kullanmayı öğrenebilmesi konusunda yardımcı olunmalıdır.

- Kardiyovasküler hastalıklarda hipertansiyon değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer aldığından ve çalışmamızda da yüksek oranda görüldüğünden bu konuda hasta eğitimleri, tarama ve izlemleri arttırılmalıdır.

- Araştırmaya katılan kalp hastalarının yaş ortalamalarının yüksek ve erkeklerin sıklığı kadınlara göre daha fazla olduğundan sağlık ekibi kalp izlem ve taramaları konusunda ileri yaş grubu ve erkek hastalara özellikle önem vermelidir.

- Yaşlı bireylerde kalp hastalığı riskinin artması ve sosyal etkileşimde azalma sonucu anksiyete ve depresyon düzeyi artacağından psikolojik destek sağlanmalı, anksiyete ve depresyonla baş etme eğitimleri verilmeli, sosyal destek düzeylerini arttırmaya yönelik önlemler alınmalı ve sosyal destek konusunda ulusal/bölgesel düzenlemeler yapılmalıdır.

- İlaçlarını düzenli kullanan kalp hastalarında HAD puanları düşük bulunduğundan hastalar kalp hastalıkları ve ilaç kullanımı (ilaç saati, aç/tok olma durumu, ilacın yarıda kesilmemesi vs) konusunda bilgilendirilmelidir. Yaşlı hastalarda ilaçlarını kullanırken unutma ya da karıştırma ihtimaline karşın hatırlatıcı düzenlemeler (ilaç kutusu, ilaç hatırlatma cihazı vs) kullanılmalıdır.

- Çalışmamızda hastanede yatış süresi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bu bulgu hastalık süresinin uzaması ve kronikleşmesinin etkileri açısından incelenmesi gereken bir konu olabilir. Özellikle yatış süresi uzun olan hasta gruplarında anksiyete ve depresyona yönelik girişimler planlanmalıdır. Ayrıca akut tedavinin hastanede yapılarak hastaların en kısa sürede taburcu edilmesi, evde tedavi planlanarak, evde bakım hizmetlerinin takip etmesi sağlanmalıdır.

- Eğitim düzeyi düşük olan hastalarda verilen bilgilerin anlaşılma ya da hatalı yorumlanması gibi riskler ve bunların yaratabileceği duygusal tepkiler ayrıca

incelenmelidir. Bu hastalarda daha anlaşılır olabilmesi için farklı yöntemlerle (video, broşür, yazı puntolarının büyütülmesi, görsel içerikli eğitim, tekrarlı eğitim vs) eğitimler verilebilir.

- Yöneticilere, hastalara psikolojik destek verilmesi amacıyla hastanelerin servis, acil, yoğun bakım gibi alanlarında ruh sağlığı alanında uzman hemşire ve KLP hemşiresi görevlendirilmesi yapılması önerilebilir. Hemşirelerin fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlara da duyarlı olmaları sağlanmalıdır.

- Kalp hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyinin azaltılması için hasta ve yakınlarına sosyal desteğin öneminin anlatılması, ailelerin bakıma katılmalarının sağlanması gereklidir.

- Çalışmamızda aile dışında arkadaştan algılanan sosyal desteğin de hastane anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı görüldüğünden hastalar bu yönde desteklenmelidir. Yeteri kadar sosyal desteğe sahip olmayan hasta bireylerin sosyal destek kaynaklarının sayı ve nitelik olarak arttırılması sağlanmalıdır. Örneğin; hastalar için grup etkinlikleri planlanabilir ve destek grupları oluşturulabilir.

- Kalp hastalarının sosyal destek kaynaklarını etkili şekilde kullanılması sağlanarak anksiyete ve depresyon düzeyini azaltılması böylece iyileşme sürecinin hızlandırılması, hastanede yatış süresini kısılması, hastalarda mortalite ve morbidite oranını azalması sağlanabilir.

- Farklı yaş ve hastalık tanılı bireylerde sosyal desteğin anksiyete ve depresyon ile ilişkisinin incelenmeli ve boylamsal çalışmalara yer verilmelidir.

- Kalp hastalarında anksiyete ve depresyona neden olan durumların ayrıntılı olarak araştırılması için niteliksel çalışmalar planlanmalıdır.

Yapılacak çalışmalarda bu önerilerin göz önünde bulundurulmasının hem hastalar hem de literatür açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Abbasi, M., Yazdi, K., Kavosi, A., Azimi, H. R., Mehrbakhsh, Z. (2021). The Relationship between Perceived Social Support and Self-Care Behaviors in Patients with Ischemic Heart Disease. *International Archives of Health Sciences*, 8(2).
- Ahrmaz, M. (2018). Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akbulut, G. (2019). Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akçali, A., Altındag, A., Geyik, S., Cansel, N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(3), 91.
- Akdağ, A. (2001). Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akkaya, S., Polat, C., Hüseyin, E. D. E., Öztürk, Ö. (2018). Koroner Anjiyografi Laboratuvarına Sevki Yapılan Hastalarda; Depresyon, Anksiyete ve Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti İlişkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 40-45.
- Allabadi, H., Alkaiyat, A., Alkhayyat, A., Hammoudi, A., Odeh, H., Shtayeh, J., Taha, M., Schindler, C., Zemp, E., Haj-Yahia, S., & Probst-Hensch, N. (2019). Depression and anxiety symptoms in cardiac patients: a cross-sectional hospital-based study in a Palestinian population. *BMC Public Health*, 19(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6561-3>
- Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Derneği*, 10:63-8.
- Argüder, E., Kılıç, H., Civak, M., Kacar, D., Kaya, G., Yılmaz, A., ... & Karalezli, A. (2020). Covid-19 Enfeksiyonu Nedeniyle Hastanede Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(4), 971-981.
- Arnold, M., & Kalibatseva, Z. (2021). Are "Superwomen" without social support at risk for postpartum depression and anxiety?. *Women & Health*, 61(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Arslandaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2):87-97.
- Arthur H. M. (2006). Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5 Suppl 1), S2–S9. <https://doi.org/10.1097/00005082-200609001-00002>

- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Aydemir, T., Çetin, Ş. (2019). Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4 (3), 109-115.
- Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., Gündüz, H. (2015). Kronik Solunum ve Kalp Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Sakarya Med J*, 5(4):199-203.
- Bahar, A., Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 9-17.
- Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 227-239.
- Barrera M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413–445.
- Barth, J., Schneider, S., Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(3), 229-238.
- Batmaz, M., Yazıcı, H. G. (Ed.). (2021). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Brummett, B. H., Mark, D. B., Siegler, I. C., Williams, R. B., Babyak, M. A., Clapp-Channing, N. E., & Barefoot, J. C. (2005). Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 40–45.
- Bugajski, A., Fraizer, S. K., Moser, D. K., Lennie, T. A., Chung, M. (2019). Psychometric Testing of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Patients with Comorbid COPD and Heart Failure. *Heart & Lung*, 48:193-197.
- Buldan, Ö. (2017). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Büyükbayram, Z., Ayık, D. B., İl, D.A. (2021). Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3):134-143.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N. (2018). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*, Ankara: Pegem Akademi.
- Can, M. M. (Ed.). (2021). *Kalp ve Damar Hastalıklarında Aciller*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Can, V., Değer, S., Turgut, O.O., Yılmaz, A., Karadaş, F. (2003). Kardiyoloji Kliniği Koroner Anjiyografi Vakalarının Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4):183-186.
- Cekirdekci, E. I., & Bagan, B. (2019). Level of Anxiety and Depression in Cardiac Syndrome X. Medical principles and practice: international journal of the

- Celano, C. M., Villegas, A. C., Albanese, A. M., Gaggin, H. K., Huffman, J. C. (2018). Depression and anxiety in heart failure: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 175.
- Cengizhan, Ş. (2018). Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Eğitiminin Durumluluk, Sürekli ve Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Chialà, O., Vellone, E., Klompstra, L., Ortali, G. A., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2018). Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. *Heart & Lung : the journal of critical care*, 47(5), 465–470. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.07.010>
- Cohen S., Gottlieb B., Underwood L. (2000). Social relationships and health. In Cohen S., Underwood L., Gottlieb B. (Eds.), *Social Support Intervention and Measurement* (pp. 3–25). New York, NY: Oxford University Press.
- Coşkun, Y., Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.
- Çalışkan, G. (2021). Kırsalda Yaşayan Erişkinlerde On Yıllık Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çaloğlu, A. (2012). Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çam, O., Engin, E. (Ed.). (2021). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çelik B. N. (2021) Kalp Yetmezliği Olan Hastaların D Tipi Kişilik Özellikleri ve Psikolojik Sağlamlıkları. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çetin, G. (2021). Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çetinkaya, S. (2019). Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çevik, S., Sarıtaş, S. Ç. (2020). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlık Anksiyetesinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 16-22.
- Çıtak, E. A., Hiçdurmaz, D. (Ed.). (2020). *Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and

- qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(16), 1–33.
- Dekker, R. L., Lennie, T. A., Doering, L. V., Chung, M. L., Wu, J-R., Moser, D. K. (2014). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 168-176.
- Demir Barutcu, C. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Demirbaş, E., Kaya, Y. (2022). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3).
- den Uijl, I., Ter Hoeve, N., Sunamura, M., Stam, H. J., Lenzen, M. J., van den Berg, V. J., Boersma, E., & van den Berg-Emons, R. J. G. (2020). Health-related quality of life and cardiac rehabilitation: Does body mass index matter?. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(7), jrm00083. <https://doi.org/10.2340/16501977-2702>
- Durna, Z. (Ed.). (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Edem, E. (Ed.). (2020). *Vakalarla Kardiyoloji*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1):17-25.
- Enç, N. (Ed.). (2019). *Kardiyovasküler Hemşirelik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erdemir, F. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erdoğan, H. (2015). Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete ve Stres ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Erkan, Ş. T. (2021). Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Erol, S. (2020). Hekimlerdeki Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığının Üniversite ve Devlet Hastanesine Göre Ölçümü ve Yorumu. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Ertaş, M., Çelik, G. O. (2016). Pacemaker Takılan Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 13-18.
- Eski, Ö., Pınar, R. (2005). Kardiyovasküler Problemi Olan Yaşlılarda İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(3), 141-147.
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 Update, 10th Edition, Pearson, Boston.
- George, L. K., Blazer D. G., Hughes D. C., Fowler N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *The British Journal of Psychiatry*, 154, 478–485.
- Gonzalez-Saenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., Escobar, A., & CARESS-CCR Group (2017). Association

- between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(9), 1263–1269. <https://doi.org/10.1002/pon.4303>
- Gökdağlı, N. (2014). Algılanan Sosyal Destek ve Duygusal Zekanın Depresyon Üzerindeki Etkileri: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gustad, L. T., Laugsand, L. E., Janszky, I., Dalen, H., Bjerkeset, O. (2014). Symptoms of anxiety and depression and risk of heart failure: the HUNT Study. *European Journal of Heart Failure*, 16(8), 861-870.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., Baltes, B. B. (2007). The relationship between self reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133–144.
- Hammash, M. H., Crawford, T., Shawler, C., Schrader, M., Lin, C. Y., Shewekah, D., & Moser, D. K. (2017). Beyond social support: Self-care confidence is key for adherence in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7), 632-637.
- Holmen, K., Furukawa, H. (2002). Loneliness, Health and Social Network Among Elderly People- A Follow-up Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35:261-274.
- İlhan, P. (2019). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jeong, Y., Yu, H., Hwang, B. (2022). Self-Care Behaviors Mediate the Impacts of Social Support and Disease Knowledge on Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Clinical Nursing Research*, 10547738221092864.
- Jha, M. K., Qamar, A., Vaduganathan, M., Charney, D. S., & Murrough, J. W. (2019). Screening and Management of Depression in Patients With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(14), 1827–1845. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.041>
- Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd.
- Karagöz, E. (2019). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karataş, T. (2014). Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and Treatment of Depression in Patients with Chronic Medical Illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13:7-23.
- Kelleci, M., Ata, E. A. (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3):105-110.

- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2009). Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12(2), 90-8.
- Kırlı, S. (2000). *Anksiyete Bozukluklarının Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi*. Bursa: Psikiyatri ve Sanat Yayınevi.
- Koçkara, T. (2019). Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Korkmaz, T., Tel, H. (2010). KOAH' lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 13: 2.
- Kozan, Ö., Keleş, İ. (Ed.). (2014). *AHA Klinik Kardiyak Danışman* (3. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Krishnan, K. R., George, L. K., Pieper, C. F., Jiang, W., Arias, R., Look, A., & O'Connor, C. (1998). Depression and social support in elderly patients with cardiac disease. *American Heart Journal*, 136(3), 491–495. [https://doi.org/10.1016/s0002-8703\(98\)70225-x](https://doi.org/10.1016/s0002-8703(98)70225-x)
- Kutlu, R., Işıklar, D., Gök, H., Demirbaş, N. (2016). Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Dergisi*, 24(4):672-679.
- Küçüköğlu, S. (Ed.). (2017). *Kardiyolojide Semiyoloji* (2. Baskı). Ankara: Hipokrat Kitabevi.
- Lakey, B., Orehek, E., Hain, K. L., Vanvleet, M. (2010). Enacted Support's Links to Negative Affect Isolated from Trait Influences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 132–142.
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., Freedland, K. E., Jaffe, A. S., Leifheit-Limson, E. C., Sheps, D. S., Vaccarino, V., Wulsin, L., & 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>
- Moak, Z. B., Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, 32, 191-201.
- Nanda, N. C., Keser, N. (2019). *Kadınlarda Kalp Hastalıkları*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Oflaz, F., Varol, F. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1):1-7.

- Okanlı, A., Özer, N., Akyl, R. Ç., Koçkar, Ç. (2006). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 38-44.
- Öz, F., Demiralp, M. (Ed.). (2014). *Psikososyal Hemşirelik*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Özcan, C. T., Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Özer, Z. C., Şenuzun, F., Tokem, Y. (2009). Miyokard Enfarktüsülü Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(8):557-562.
- Pınar, N., Topaloğlu, M., Özer, C., Alp, H. (2017). Kardiyoloji Hastalarında Bitkisel Ürün Kullanımı. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(7), 614-622.
- Polat, S. (2018). Kalp Yetersizliği Nedeniyle Kardiyoloji Kliniği'nde Tedavi Gören Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Sorun Çözme Becerilerine Yaşam Kalitesine ve Depresyon Puanlarına Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Rieckmann, N., Gerin, W., Kronish, I. M., Burg, M. M., Chaplin, W. F., Kong, G., Lespérance, F., & Davidson, K. W. (2006). Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(11), 2218–2222. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.07.063>
- Salık, S. (2019). Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sarı, D., Eşer, İ., Khorshid, L. (2011). Yeni Yatan Hastaların Algıladığı Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 1-9.
- Sarıgül, E., Kavurmacı, M. (2022). Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 212-219.
- Sarıtaş, S. Ç., Aktura, S. Ç. (2020). Bilinçli Farkındalık, Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastane Anksiyete-Depresyon Düzeyini Etkiler Mi?. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 1-6.
- Sayın, C. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Seeman T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442–451.
- Serpytis, P., Navickas, P., Lukaviciute, L., Navickas, A., Aranauskas, R., Serpytis, R., Deksnys, A., Glaveckaitė, S., Petrulionienė, Z., & Samalavicius, R. (2018). Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(5), 676–683. <https://doi.org/10.5935/abc.20180161>

- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., Kong, L., & Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC psychology*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>
- Sin, N. L., Kumar, A. D., Gehi, A. K., & Whooley, M. A. (2016). Direction of Association Between Depressive Symptoms and Lifestyle Behaviors in Patients with Coronary Heart Disease: the Heart and Soul Study. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(4), 523–532. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9777-9>
- Sizgen, F. (2019). Kardiyoloji Servisinde Yatan Hastalarda İlaç Kullanım Değerlendirmesi ve Olası Medikasyon Sorunlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). Using Multivariate Statistics. 6th edn Boston. Ma: Pearson.
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2).
- Tanrıverdi, D. (Ed.). (2021). *Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Tekin, H. (2016). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algısı ve Bakımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Turner, A., Phillips, L., Hambridge, J. A., Baker, A. L., Bowman, J., & Colyvas, K. (2010). Clinical outcomes associated with depression, anxiety and social support among cardiac rehabilitation attendees. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(7), 658–666. <https://doi.org/10.3109/00048671003646751>
- Tutuk, S. P. M., Altun, Ö. Ş. (2014). KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(6), 169.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>.
- Uslu, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakım Verenlerin Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Uszko-Lencer, N. H. M. K., Mesquita, R., Janssen, E., Werter, C., Brunner-La Rocca, H. P., Pitta, F., Wouters, E. F. M., & Spruit, M. A. (2017). Reliability, construct validity and determinants of 6-minute walk test performance in patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 240, 285–290. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.02.109>
- Uzday, T. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 1-11.
- Ülkü, S. T., Ünsar, S. (2022). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumlarının Belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 2022;13(32):159-166.

- Vangelisti, A. L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 39–51.
- Won, M. H., Son, Y-J. (2017). Perceived Social Support and Physical Activity Among Patients With Coronary Artery Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 39(12):1606-1623.
- Yağlı, N. V., İnce, D. İ., Sağlam, M., Kütükçü, E. Ç., Arıkan, H. (2015). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete ve Depresyonu Belirleyen Faktörler. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 26(1), 40-46.
- Yalom, I. D. (Ed.). (2016). Depresyon Terapisi (3. Basım). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yesilbursa, D., Aydınlar, A., Karaagac, K., Ucar, H., Akturk, Y., Yetgin, Z. A. (2014). The Comparison of Depression and Anxiety Levels in Patients with Acute Coronary Syndrome. Akut Koroner Sendrom Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(5): 390-3.
- Yetgin, Z.A. (2010). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda, Stabil Koroner Arter Hastalığı Olan ve Koroner Arter Hastalığı Olmayan Hastalarda Kendini Değerlendirme Formları ile Ölçülen Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yıldız, M. (Ed.). (2017). *Kardiyovasküler Hastalıklar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yiğit, F. (2018). Kardiyoloji Polikliniğine Çarpıntı veya Göğüs Ağrısı Yakınması ile Başvuran 18-25 Yaş Aralığındaki Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çag Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

8.EKLER

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

Kardiyoloji servisinde yatan hastalarda algılanan sosyal desteğin anksiyete ve depresyon ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışma kapsamında iki ölçek ve bir demografik veri toplama formu kullanılacaktır. Bu çalışma bir anket formuyla gerçekleştirileceğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Anket formunu tamamlamanız ortalama 15 dk sürecektir. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmada isminiz yer almayacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak olup gizli tutulacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

- 1.Hastalık tanısı:
- 2.Yaşınız:
- 3.Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
4. Boy: Kilo:
5. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
6. Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır
- Evet ise çocuk sayısı:
7. Eğitim durumunuz: () İlkokul ve altı () Ortaokul () Lise () Üniversite () Diğer:
8. Mesleğiniz: () İşçi () Memur () Emekli () Ev Hanımı () Diğer:
9. Şu anda çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
10. Sosyal güvenceniz var mı? () Evet () Hayır
11. Gelir düzeyiniz: () Gelir giderden düşük () Gelir ve gider eşit () Gelir giderden yüksek
12. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?
13. Hastanede yanınızda refakatçi bulunuyor mu? () Evet () Hayır
14. Size göre sağlık durumunuz nasıl? () İyi () Orta () Kötü
15. Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz? (gün olarak ifade ediniz)
16. Kalp hastalığına eşlik eden herhangi bir ek hastalığınız var mı? () Hayır () Evet
17. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
18. Sigara kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet (süre/günlük miktar).....

EK 2: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet. Her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		1	2	3	4	5	6	7
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir							
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK 3: HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu ankette her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğiniz en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1.Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.	☐ Çoğu zaman	☐ Birçok zaman	☐ Zaman zaman, bazen	☐ Hiçbir zaman
2.Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.	☐ Aynı eskisi kadar	☐ Pek eskisi kadar değil	☐ Yalnızca biraz eskisi kadar	☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3.Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.	☐ Kesinlikle öyle olduğunda da şiddetli	☐ Evet, ama çok da şiddetli değil	☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor	☐ Hayır, hiç öyle değil
4.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	☐ Her zaman olduğu kadar	☐ Şimdi pek o kadar değil	☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil	☐ Artık hiç değil
5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.	☐ Çoğu zaman	☐ Birçok zaman	☐ Zaman zaman, ama çok sık değil	☐ Yalnızca bazen
6.Kendimi neşeli hissediyorum.	☐ Hiçbir zaman	☐ Sık değil	☐ Bazen	☐ Çoğu zaman
7.Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.	☐ Kesinlikle	☐ Genellikle	☐ Sık değil	☐ Hiçbir zaman
8.Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.	☐ Hemen hemen her zaman	☐ Çok sık	☐ Bazen	☐ Hiçbir zaman
9.Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.	☐ Hiçbir zaman	☐ Bazen	☐ Oldukça sık	☐ Çok sık
10.Dış görünüşüme ilgimi kaybettim	☐ Kesinlikle	☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum	☐ Pek o kadar özen göstermeye biliyorum	☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11.Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.	☐ Gerçekten de çok fazla	☐ Oldukça fazla	☐ Çok fazla değil	☐ Hiç değil
12.Olacakları zevkle bekliyorum.	☐ Her zaman olduğu kadar	☐ Her zamankinden biraz daha az	☐ Her zamankinden kesinlikle daha az	☐ Hemen hemen hiç
13.Aniden panik duygusuna kapılıyorum.	☐ Gerçekten de çok sık	☐ Oldukça sık	☐ Çok sık değil	☐ Hiçbir zaman
14.İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.	☐ Sıklıkla	☐ Bazen	☐ Pek sık değil	☐ Çok seyrek

EK 4: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.05.2022-111

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN 'ın 2022-59 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 09.05.2022 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-5 sayılı toplantısında Dr. Öğr. Üyesi . Didem AYHAN danışmanlığında Hem. Bilge ER tarafından yürütülmesi planlanan 2022-59 başvuru sayılı " **Kardiyoloji Servisinde Yatan Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisi** " konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Toplam 1 sayfadan oluşan bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi uyarınca güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

e-imzalıdır

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN
Komisyon Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN

Dr. Öğr. Üyesi AYHAN

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak sorgulaması {VALURL} adresinden yapılabilir.



EK 5: KURUM İZNİ



T.C
BALIKESİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BALIKESİR
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
18/07/2022 12:42 - E-51829602 - 604.01.02 - 2907



Sayı : E-51829602-604.01.02
Konu : Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN
Bilimsel Araştırma İzni

BALIKESİR BANDIRMA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 03/06/2022 tarihli ve 44767171-799-E-44767171-799-52 sayılı yazı..

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN "*Kardiyoloji Servisinde Yatan Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi*" konulu bireysel araştırma başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Talepleri İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, komisyon kararı ekte sunulmuştur.

Onaylanan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na riayet edilmesi, Maske-Mesafe, temizlik kurallarına dikkat edilmesi ve yapılacak çalışma sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na gönderilmesi, kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi ve ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

C. D. ALKAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Değerlendirme Formu (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 5e55587d-15d6-426c-9844-e73ce25604d9 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Hizmetleri Birimi Bilgi için: Ceyda DURAN ALKAN

Telefon: Faks No: 0266 241 5815

e-Posta: ceyda.duranalkan@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
balikesir.kamusaglik@saglik.gov.tr Dahili:1319

HEMŞİRE

Telefon No: (0 266) 245 95 95



EK 6: ÖLÇEK İZİNLERİ

Re: Ölçek İzni

9.06.2022 Per 10:15

1 ek (16 KB)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.docx

Sayın Bilge Er,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynaktan bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Eker, D., H. Arkan ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: >

Kime: >

Gönderilenler: 8 Haziran Çarşamba 2022 14:49:52

Konu: Ölçek İzni

DIKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.

Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

Ege Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, e-posta yoluyla kullanıcı ve şifre bilgisi istememektedir.

Lütfen hiçbir koşulda parolanızı linklere tıklayıp yazmayınız!

Merhabalar hocam,

Ben Bilge Er. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde de hemşire olarak görev yapmaktayım. Çalışmakta olduğum hastanede yatan hastalar ile yapacağım tez çalışmamda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Re: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanım izni

2.06.2022 Per 19:40

Sayın Bilge Er

Araştırmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.

Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Celal Bayar
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

>, 2 Haz 2022 Per, 15:27 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar hocam,

Ben Bilge Er. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde de hemşire olarak görev yapmaktayım. Çalışmakta olduğum hastanede yatan hastalar ile yapacağım tez çalışmamda Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılar.

9.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Bilge Er
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Amasya Lisesi
Lisans	: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta Seviye
MESLEKİ DENEYİM	
21.01.2010-28.06.2010 Sultanbeyli Devlet Hastanesi / Karma Servis 01.07.2010-24.05.2013 İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi/ Hematoloji Servisi 04.06.2013-(Devam ediyor) Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Göğüs Hastalıkları Servisi/ Genel Cerrahi Servisi/ Kardiyoloji Servisi	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	
YAYINLARI	