

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

SİMA ANNAÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Sima ANNAÇ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı'nın

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI


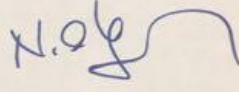
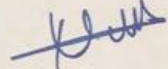
Prof. Dr. Nuran TOSUN

GAZİANTEP


2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Sima ANNAÇ tarafından hazırlanan "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı tez, 19.06.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Dr. Öğr. Üyesi Nurten ÖZEN İstinye Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÜR

Tezimin fikir ve yapım aŐamasındaki çok değerli katkıları ve gösterdiği büyük sabır ve özveri, ayrıca tüm içtenliği ile beni destekleyen, yanımda olan, emeğine ve yüreğine hayran olduğum sevgili hocam Sayın Prof. Dr. Nuran TOSUN'a,

Yüksek lisans eğitimimde tanıdığım ve hayranı olduğum, mesleki geliŐimime katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nermin OLGUN'a,

Eğitimim süresince bana destek olan tüm Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün değerli ğretim yeleri ve elemanlarına,

Yüksek lisans eğitimi ile ilgili kaygılarım varken beni destekleyen, motive eden, birlikte çalıŐtıđım sevgili meslektaŐım Mehmet BARAN'a,

Birlikte büyüyüp, geliŐtiđimiz, birlikte faydalı olduğumuz ve görev yaptığım, sevgili meslektaŐlarım, Koroner Yoğun Bakım nitesinin değerli hemŐirelerine,

Çalışmaya katılan tüm hastalarımıza,

Tüm alıŐma hayatım ve yüksek lisans eğitimim süresince, desteklerini ve anlayışlarını esirgemeyen sevgili aileme,

Sonsuz teŐekkür ederim.

Sima ANNA

ÖZET

Sima Annaç Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Gaziantep 2018

Bu çalışma, Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma 01 Haziran - 01 Aralık 2017 tarihleri arasında, gerekli kurumsal izinler alınarak, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi. Araştırma, en az bir ay önce KAH tanısı konulan, 18 yaş ve üzeri, mental hastalığı ve iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 202 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu”, “SYBDÖ II”, “Euro QoL-5D Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği VAS” kullanıldı. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS for Windows Version 15.00 paket programı kullanılarak, Korelasyon analizi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t test) ve ANOVA testleri ile yapıldı. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalamaları (117,01±18,85) ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks (0,61±0,29) ve VAS skor ortalamalarının (60,24±14,26) düşük olduğu belirlendi. Hastaların en az uyguladıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışının fiziksel aktivite/egzersiz olduğu görüldü. Hastaların EQ-5D indeks ve Visual Analog Skala skorları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, SYBDÖ II puanları artarken EQ-5D indeks ve VAS skorlarının da arttığı belirlendi. Cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma ve ekonomik durum ile tanı sürelerinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumlarını ve yaşam kalitelerini etkilediği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Sonuç olarak, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları arttıkça yaşam kalitelerinin de yükseldiği belirlendi.

Anahtar sözcükler: koroner arter hastalığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Sima Annac Investigation Of Healthy Lifestyle Behaviors And Quality Of Life In Individuals With Coronary Artery Disease, Nursing Master's Degree Program With Thesis Gaziantep 2018

This study is a descriptive and cross-sectional study designed to investigate healthy lifestyle behaviors and quality of life in individuals with Coronary Artery Disease (CAD). The research was carried out between 01 June and 01 December 2017 in Gaziantep University Şahinbey Research and Training Hospital Cardiology Department with the necessary institutional permissions. The study was conducted with 202 patients aged 18 years and over who were diagnosed with CAD at least one month before, who had no mental and communication problems and were willing to participate in the study. "Patient Information Form", "Healthy Lifestyle Behavior Scale II", "EuroQol-5D Quality of Life Scale" were used for the data collection. Statistical analysis of the data obtained from the study was performed using the SPSS for Windows Version 15.00 package program, Correlation, Two Independent Sample t test and ANOVA tests. It was determined that the mean scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II ($117,01 \pm 18,85$), the EQ-5D Quality of Life Scale index ($0,61 \pm 0,29$) and VAS score ($60,24 \pm 14,26$) were low. It has been shown that the least applied healthy lifestyle behavior of the patients was physical activity/exercise. It was determined that there was a significant positive correlation between the EQ-5D index and VAS scores of the patients and the mean scores of the Healthy Lifestyle Behavior Scale II, and that the EQ-5D index and VAS scores were increased while the Healthy Lifestyle Behavior Scale II scores increased. It has been found that gender, level of education, working and economic status and duration of diagnosis affect patients' healthy lifestyle behaviors and quality of life, and the difference was statistically significant. As a result, it was determined that the quality of life of the patients increased as the conditions of healthy lifestyle behaviors increased.

Key words: coronary artery disease, healthy lifestyle behavior, quality of life, nursing

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TESEKKÜR.....	1
ÖZET.....	11
ABSTRACT.....	111
İÇİNDEKİLER.....	1V
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	V1
TABLolar DİZİNİ.....	V11
SEMBOL- KISALTMALAR.....	V111
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Koroner Arter Hastalığı Nedir?	4
2.2. Epidemiyoloji	4
2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	5
2.4. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	6
2.5. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi	9
2.6. Koroner Arter Hastalıklarında Hemşirenin Rolü	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	13
3.3. Araştırmanın Örnekleme	13
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	13

3.5. Verilerin Toplanması.....	13
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
4.BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
7.KAYNAKLAR.....	38
8. EKLER.....	45
EK-1. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitü Yönetim Kurulu Toplantı Tutanağı	
EK-2. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onay Formu	
EK-3. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Kararı	
EK-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Bölüm Onayı	
EK-5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Onam/Rıza Formu	
EK-6. Hasta Bilgi Formu	
EK-7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
EK-8. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-9. İntihal Raporu	
EK-10. Özgeçmiş	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı çalışmamın tarafınca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

10.06.2018

Sima Armaç



TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1 Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri (N=202).....	17
Tablo 2 Hastaların Tıbbi Özellikleri (N=202).....	19
Tablo 3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki (SYBDÖ II) Maddelere Verilen Cevapların Dağılımı (N=202).....	20
Tablo 4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki (SYBDÖ II) Alt Group ve Toplam Puan Ortalamaları (N=202).....	23
Tablo 5 Hastaların Sosyo- Demografik ve Tıbbi Özellikleri İle SYBDÖ II Toplam Puan Ortalamaları (N=202).....	24
Tablo 6 EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerine Verilen Cevapların Dağılımı (N=202).....	26
Tablo 7 EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları (N=202).....	26
Tablo 8 Hastaların Sosyo- Demografik ve Tıbbi Özellikleri İle EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması (N=202).....	27
Tablo 9 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinde (SYBDÖ II) ve EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (N=202).....	29

SEMBOL - KISALTMALAR

AHA: Amerikan Kalp Birliği

AMI: Akut Myokard Infarktüsü

AP: Angina Pektoris

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESC: (European Society Of Cardiology) Avrupa Kardiyoloji Derneği

EUROASPIRE : European Action on Secondary and Primary Prevention by Interventionto Reduce Events

EQ-5D : (EuroQol-5D) AvrupaYaşam Kalitesi Ölçeği

HDL: (High Density Lipoprotein)Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

KVS: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: (Low Density Lipoprotein) Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

MI: Myokard Infarktüsü

SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USAP: Unstabil Angina Pektoris

VAS: Visual Analog Skala

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Koroner Arter Hastalığı (KAH), en sık görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Miyokardı besleyen koroner arterlerin daralma veya tıkanması ile miyokardın kan akımının kısmi yada tam kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla nedeni ateroskleroz olan KAH'ın klinik ortaya çıkışı genellikle sessiz iske mi, kararlı anjina pektoris, kararsız anjina pektoris, miyokard infarktüsü (MI), kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm şeklindedir (1-4).

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm dünyada önde gelen ölüm nedeni olup 2020 yılına kadar görülme oranının %28,9'dan %36,3'e yükseleceği beklenmektedir (3,5). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine göre KVH ilk 10 ölüm nedeni arasında ilk sırada yer almaktadır (6). Her yıl Avrupa'da 4 milyon kişi KVH hastalıklar nedeniyle ölmekte, bu sayı tüm ölümlerin %45'ini oluşturmaktadır (7). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre, ülkemizde dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümler %40,4 ile birinci sırada olup bunun %39,6'sını iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (8). Kardiyovasküler hastalıklar arasında KAH en yaygın görüleni olup yüksek mortalite ve morbidite oranlarıyla ilişkilidir (3). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2012 verilerine bakıldığında, ülkemizde yılda yaklaşık 420.000 koroner olay meydana gelmekte, bunların 120.000'i KAH olarak karşımıza çıkmaktadır (9, 10).

Toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam sürelerindeki artışa bağlı olarak gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde KAH sayısı ve buna bağlı hastalık yükü artmaktadır (11). KAH, insan yaşamına getirdiği kısıtlamalardan dolayı bireylerin bedensel ve ruhsal sağlığını çok yönlü olarak etkilemektedir. Bu hastalar sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmakta, tekrarlanan yatışları olmakta ve bu hastalık ile birlikte yaşam mücadelesine başlamaktadırlar (6). KAH olan bireylerin yaşam tarzı değişikliği yapmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaları tedavinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır. DSÖ, tüm KVH'a bağlı ölümlerin dörtte üçünden fazlasının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile önlenebileceğini ve yaşam kalitesinin artırılabilirliğini belirtmektedir (3,6). KAH'ın büyük bir kısmı, sağlıksız diyet, fiziksel aktivite ve alkol kullanımı gibi davranışsal risk faktörlerinin azaltılması ile engellenebilir. Sağlıklı olmayan yaşam biçimi davranışları; hipertansiyon, fazla kilo veya obezite, diyabet ve kan

lipitlerinde yükselme gibi metabolik ve fizyolojik değişikliklere yol açmakta ve kardiyovasküler sistemde hasarlara neden olmaktadır (11).

Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Kuru ve ark. (12)'nin yaptığı araştırmada, hastaların sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi konularında olumlu sağlık davranışları sergilerken, beslenme konusundaki sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarının yetersiz olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, tanı süresi gibi faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirtilmiştir. Konu ile ilgili bir diğer çalışmada ise; fiziksel aktivite, beslenme ve sağlık sorumluluğu başta olmak üzere hastaların genel sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama oranlarının iyi durumda olduğunu ifade edilmiştir (13). Wang ve ark. (14)'nin KVH hastalığı bulunan 10 bin kişi ile yaptığı çalışmada, hastaların %40'ının fiziksel olarak aktif olduğunu ve hastaların sadece üçte birinin diyet önerilerine uyduğunu ortaya koymuştur.

Koroner arter hastalıkları, bireylerin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için yaşam kalitelerini de doğrudan etkilemektedir (15, 16). KAH olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler; fiziksel sağlıkta bozulma, fiziksel fonksiyonda ve sosyal fonksiyonda azalma, ruhsal sağlığın bozulması, çalışma uyumunda zorlanma, sosyal destek ve yaşamdan memnuniyette azalmalar olarak sıralanabilir (15, 17-19). Hastaların özellikle yürüme, merdiven çıkma, eğilip-doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmaları, fonksiyonel bağımlılıklarının olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları nedeniyle yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (20). Hastaların öz-bakım ve sağlık davranışlarının yaşam kalitesi üzerinde önemli ve olumlu rol oynadığı gösterilmiştir (16, 21).

Hemşirelerin; KAH bulunan bireylerin eğitimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma, farkındalık oluşturma ve tedaviye uyumlarını arttırmada sorumlulukları vardır. Bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmelerine yardımcı olmak için en önemli ve etkili yöntemlerden birisi eğitimidir (22). KAH olan bireylere eğitim planlamasında; hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları ve yaşam kalitesinin etkilenen boyutlarının objektif ölçüm yöntemleriyle değerlendirilmesi öncelikli uygulama olmalıdır. Böylece mevcut sorunlar ve problem alanları doğru saptanarak, hasta bakım ve eğitim uygulamaları eksiksiz ve doğru şekilde planlanabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı Nedir?

Koroner Arter Hastalığı, en sık görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Miyokardı besleyen koroner arterlerin daralma veya tıkanması ile miyokardın kan akımının kısmi ya da tam kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla nedeni ateroskleroz olan KAH'nın klinik ortaya çıkışı genellikle sessiz iskemi, kararsız anjina pektoris, kararlı anjina pektoris, miyokard infarktüsü (MI), kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm şeklindedir (1-4). Ateroskleroz nedeniyle miyokardın kan akımının azalması iskemiye ve göğüs ağrısına (anjina pektoris) neden olur. KAH belirti ve bulguları, koroner arterlerdeki daralmanın olduğu bölgeye ve derecesine göre değişiklik gösterir. Koroner arterlerdeki tam tıkanma ve kan akımının kesilmesi sonucu ST segment elevasyonlu akut MI meydana gelir. Kısmi tıkanma ve yeterli koroner dolaşım varsa kararsız anjina pektoris veya non ST segment elevasyonlu Mİ görülür. Hastalarda retrosternal göğüs ağrısı, nefes darlığı, hazımsızlık, bulantı-kusma, yorgunluk, terleme, baş dönmesi gibi semptomlar ortaya çıkar (1, 2, 23).

2.2. Epidemiyoloji

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde ilk sırada yer alan ölüm nedenidir. DSÖ, KAH'a bağlı ölümlerin önümüzdeki yirmi yılda kadınlarda %120, erkeklerde %137 oranında artacağını öngörmektedir(6). Her yıl Avrupa'da 4 milyon kişi KVVH hastalıklar nedeniyle ölmekte, bu sayı tüm ölümlerin %45'ini oluşturmaktadır. Avrupa'da kadınlarda KVVH nedeniyle ölümler (%49) erkeklerden (%40) daha yüksektir (7).

Ülkemizde KVVH ilgili en kapsamlı araştırma olan "Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEK HARP) çalışmasında 1990-2010 yılları arasında tüm ölümlerin %43'ünün KVVH'ına bağlı olduğu görülmüştür. Ülkemizde yılda yaklaşık 420.000 koroner olay meydana gelmekte, bunların 120.000'i KAH bulunan hastalarda akut olayın tekrarı, 180.000'i yeni KAH, 120.000'i sessiz olay şeklindedir. TEKHARF çalışması sonuçlarına göre ülkemizde erişkinlerde yıllık KAH mortalitesi erkeklerde binde 5.2, kadınlarda binde 3.2 olarak belirlenmiştir. Prevalans Karadeniz ve Marmara Bölgelerinde bu ortalamaların üzerinde iken, Akdeniz, Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde ortalama değerlerin altındadır. KAH mortalitesi açısından ülkemiz, Avrupa ülkeleri arasında erkeklerde üçüncü, kadınlarda ise birinci sırada yer almaktadır (24).

2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

KAH ile ilgili risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olarak ikiye ayrılır.

Değiştirilemez Faktörler: Irk, yaş, cinsiyet, genetik faktörlerdir.

Değiştirilebilir Faktörler: Hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom, obezite, yüksek kolesterol, sigara içmek, fiziksel inaktivite ve strestir (1, 23 , 25, 26).

Bunların dışında koagülasyon eğilimini arttıran faktörler; fibrinojen, plazminojen aktivatör inhibitörleri, hiper homosisteinemi, lipoprotein yüksekliği ve enflamasyon göstergeleri ateroskleroz gelişiminde önemli rol oynamaktadır (27).

Hipertansiyon KAH'ın %35'inden sorumlu olup kan basıncı normal olan bireylere göre risk 2-3 kat daha yüksektir (2). Hipertansiyon, yüksek kolesterol, diyabet ve metabolik sendrom, ilaç tedavisi, diyet ve kilo verme ile kontrol altına alınabilir. Sigara içmek, obezite ve fiziksel inaktivite aynı zamanda davranışsal risk faktörleri olup sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının kazanılması ile tamamen düzeltilebilir. Değiştirilebilir risk faktörlerine müdahale ile sağ kalımda artışların sağlanabileceği bildirilmektedir (28).

Hastaların yaşam tarzı ve risk faktörleri konusunda Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (European Society of Cardiology, ESC) yürüttüğü EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) çalışmaları, kılavuzlar ile günlük pratik arasında büyük farklılıklar olduğunu ve KAH'da değiştirilebilir risk faktörlerinin yüksek oranlarda bulunduğu gösterilmiştir. 2006–2007 yıllarında 22 Avrupa ülkesinde yapılmış olan çalışmalara ülkemiz de dahil olmuştur. Türkiye kolundaki en önemli sonuçlardan biri koroner olaylarda yaşın genç olmasıdır. Bunun nedenlerinden biri sigara tüketiminin hâlâ yüksek olması, diğeri de obezite, diyabet ve hiperlipidemi gibi risk faktörlerinin fazla olmasıdır. Kadınlar obezite, hipertansiyon ve diyabet açısından daha olumsuz bir tablo sergilemektedir. Kolesterol yüksekliği olan hasta oranı hem kadınlarda hem de erkeklerde Avrupa ile karşılaştırıldığında ülkemizde daha yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon ülkemizde önemli risk faktörlerinden birisi olup, KAH bulunan bireylerde %55.2'den %45'e bir düşüş göstermekle beraber hâlâ ideal bir kontrol mevcut değildir. Avrupa genelinde bu oran %42.7 olarak saptanmıştır. Ayrıca KAH olan bireylerde diyabet sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir (29).

Yapılan çalışmalarda psikososyal risk faktörlerinin de kalp hastalığının gelişiminde etkili olduğu belirtilmiştir. Bunların arasında en sık bildirilen risk faktörleri; depresyon, umutsuzluk, akut-kronik stres, aile içi çatışmalar, iş stresi, kişilik örüntüleri, düşmanlık, sosyal destek yetersizliği, yalnız yaşama ve düşük sosyoekonomik durumdur (25, 30, 31). KAH'da hasta ile ilgili risk faktörlerinin uzun vadede ve çok yönlü ele alınması, yaşam süresi ve yaşam kalitesini artırmada büyük önem taşımaktadır (16, 32-34).

2.4. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam biçimi, fiziksel sağlığı etkilemesi muhtemel olan belirli davranış ve yaşam şekillerini tanımlayan bir terimdir (35). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük yaşam aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (12, 13, 16, 36).

Öz yeterlilik, sağlık davranışlarının yönetiminde ve kontrolünde önemli rol oynamakta, kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi özellikle kronik hastalığı olan bireylerde önem kazanmaktadır (37). KAH gibi yaşam boyu tedavi gerektiren kronik bir hastalıkta klasik yaklaşım her ne kadar ilaç tedavisi olsa da sağlıklı yaşam biçiminin hastalık seyrinde önemli bir unsur olduğu bilinmektedir. KAH olan bireylerin önerilen yaşam tarzı değişikliklerini yapmaları tedavinin önemli bir basamağını oluşturduğundan, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu hastalar için çok önemlidir (12, 16, 18, 25, 32, 38). DSÖ, tüm KVH'a bağlı ölümlerin dörtte üçünden fazlasının sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireylerde önlenebileceğini ve yaşam kalitesinin artırılabilirliğini belirtmektedir (3, 6).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğunu alma, fiziksel aktivite-egzersiz, beslenmenin, manevi gelişimin, kişiler arası ilişkilerin ve stresin yönetimidir (12, 16, 39). Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitede bulunma, sigarayı bırakma, stresten uzak durma gibi sağlık davranışları bir yaşam biçimidir ve yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu yaşam biçimi davranışları sayesinde birçok hastalık önlenebilir veya başlama yaşı geciktirebilir (40).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi iyilik halinden kendini ne kadar sorumlu hissettiğidir. Bireyin kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgi toplaması ve gerektiğinde bir uzman yardımı alması onun sorumluluk alma düzeyini gösterir. Kişisel

sağlık sorumluluğu artırılarak sağlığın korunması ve hastalık öz yönetimi sağlanabilir (39, 41).

Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitenin birey tarafından ne düzeyde gerçekleştirildiğini ifade eder (42, 43). Sağlıklı yaşamın en önemli öğelerinden birisi fiziksel aktivite olmasına rağmen, tüm dünyada insanların yarısından fazlasının fiziksel olarak inaktif olduğu ve sedanter yaşam tarzını sürdürdüğü belirtilmektedir. Sedanter yaşam, uzun vadede vücuttaki yağ artışını hızlandıracağından, bu kişilerin aşırı kilolu ve obez olma riski taşıdıkları, buna bağlı olarak diyabet, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve KAH gibi hastalıkların da ortaya çıkabileceği bilinmektedir (43). Sağlığı iyileştirmek ve korumak için, 18–65 yaşlarındaki tüm yetişkinlerin, haftada beş gün en az 30 dakika boyunca orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite (yürüyüş, büyük kas gruplarını çalıştıran dinamik egzersizler) yapmaları önerilmektedir (4, 28, 38).

Fiziksel aktivite; kalp ritmini düzenler, damar direncini azaltır, kan basıncını düşürür, damar yapısının elastikiyetini artırır, yüksek kolesterol ve trigliserid düzeyini düşürür, pıhtı oluşum riskini azaltan fibrinolitik etkiyi artırır, sigara bağımlılığında kurtulmayı kolaylaştırır, zihinsel sağlığa da olumlu etkiler yapar (44).

Beslenme; bireyin öğünlerini düzenlemesi, öğünler için sağlıklı yiyecek seçimlerinde bulunması gibi değişiklikleri kapsar (45). Beslenme alışkanlıklarının daha fazla meyve, sebze ve tahıl tüketecek şekilde değiştirilmesi kronik hastalıkların önlenmesinde etkin ve pratik bir yaklaşımdır. Sağlıklı beslenme ile KAH'na yol açan risk faktörlerinden obezite, diyabet, metabolik sendrom, dislipidemi ve hipertansiyon gelişimi geciktirilebilir veya azaltılabilir. İdeal vücut ağırlığının korunması, aşırı kalori ve tuz tüketilmesinin önlenmesi, hayvansal yağların azaltılarak bitkisel yağların tercih edilmesi, taze sebze, meyve, liften zengin yiyecekler ve balığın daha çok tüketildiği bir diyetin uygulanması, alkol alımının bırakılması veya kısıtlanması KAH riskini azaltmaktadır (4, 32, 43).

Manevi gelişim; bireyin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanır. Manevi gelişim, bireyin yaşamdaki amaçları için çalışması ve iyilik durumuna yönelik gücünü en üst düzeye çıkarmasını kapsar (39).

Kişilerarası ilişkiler; nedensel gereklilikler dışında başkalarıyla kurulan anlamlı ilişkileri ifade eder. Anlamlı bir ilişki kurabilmek etkili iletişimi kullanmayı gerektirir (39). Sosyal bir varlık olan insan için, iletişim kurmak ve diğer insanlarla ilişki içinde olmak

kaçınılmaz bir ihtiyaç olup, olumlu ilişkiler kurmanın öznel iyi oluşu pozitif yönde etkilediğine yönelik bulgular mevcuttur (46).

Stres yönetimi; stres yaratan durumların ortaya çıkarılması, bunların kontrol edilebilmesi ve gerilimi azaltmak için fiziksel, psikolojik ve sosyal kaynaklarının belirlenip harekete geçirilebilmesidir. Stres yönetimi; yaşam tarzı, düşünceler, duygular ve sorunlarla olumlu olarak baş edebilme şeklidir (39, 43).

Sigara; tüm dünyada bir milyardan üzerinde sigara içicisi olduğu, sigara kullanımının KVVH'nın %10'nuna neden olduğu, sigara içenlerde AMI ve kardiyak ölüm riskinin içmeyenlere oranla erkeklerde 2.7, kadınlarda 4.7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sigarayı bırakmanın kalp hastalıklarına bağlı mortaliteyi azalttığı kesin olarak kanıtlanmıştır (2, 11).

Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Kuru ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hastaların sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi konularında olumlu sağlık davranışları sergilerken, beslenme konusundaki sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarının yetersiz olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, tanı süresi gibi faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirtilmiştir (12). Konu ile ilgili bir diğer çalışmada; fiziksel aktivite, beslenme ve sağlık sorumluluğu başta olmak üzere hastaların genel sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama oranlarının iyi durumda olduğunu ifade edilmiştir (13). Küçükberber ve ark. (16)'nın çalışmalarında, sosyoekonomik durumu iyi olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumunun daha iyi olduğunu, kadınların stres yönetiminde erkeklere göre daha yetersiz olduğunu göstermiştir.

Wang ve ark. (14)'nin KVS hastalığı bulunan 10 bin kişi ile yaptığı çalışmada, hastaların %40'ının fiziksel olarak aktif olduğu ve hastaların sadece üçte birinin diyet önerilerine uyduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada kentsel bölgelerde yaşayan hastaların fiziksel aktivite dışındaki diğer sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının, düşük gelirli bölgelerde yaşayan hastalardan daha iyi olduğu görülmüştür. Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association, AHA), kadınların fiziksel aktivite yapma durumunun (%47) erkeklerden (%53.2) daha düşük olduğunu, öz bildirime dayanan bu sonuçların gerçek durumu az düzeyde yansıttığını belirtmektedir (38).

2.5. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi; bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır. Yaşam kalitesi, bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir. Bir diğer ifadeyle yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyeti ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavramdır (47).

Kronik hastalıkların fonksiyonel güçsüzlüğe ve fiziksel iyilik halinde bozulmalara yol açması, bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olur (20, 48, 49). KAH da bireylerin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir (15, 16).

Koroner Arter Hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler; fiziksel sağlıkta bozulma, fiziksel ve sosyal fonksiyonda azalma, ruhsal sağlığın bozulması, çalışma uyumunda zorlanma, sosyal destek ve yaşamdan doyum almada azalmalar olarak sıralanabilir (15, 17-19). Hastaların özellikle yürüme, merdiven çıkma, eğilip-doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmaları, fonksiyonel bağımlılıklarının olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları nedeniyle yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (20, 50).

Bireyler KAH'a bağlı sorunlar dışında; anksiyete, stres, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk gibi ciddi problemler de yaşamaktadır. Kişisel kontrol kaybı, öz-bakım aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik veya isteksizlik, ölüm korkusu gibi nedenlerden dolayı hastaların yaşam kalitesi düşmektedir. Bunların saptanması ve üstesinden gelinebilmesi için hastalara yaşam kalite ölçekleri uygulanmalıdır. Ölçeklerden elde edilen veriler ışığında hastalığın neden olabileceği fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemleri düzeltebilmek, hastalığın tekrar etme riskini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla planlanmalar yapılmalıdır (48-54).

Koroner Arter Hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda, hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı (20, 50), kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu (16, 20), eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitelerinin iyileştiği (16, 55), düşük sosyoekonomik durumdaki hastalarda yaşam kalitesinin de

düştüğü belirtilmektedir (16, 17). Ayrıca KAH dışında başka kronik hastalık bulunan hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (16).

Yapılan çalışmalarda öz-bakım ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve düzeltilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği bildirilmektedir (16, 21). KAH bulunan hastalara verilen eğitim ve danışmanlık girişimleri sonucunda hastaların diyetle olan uyumları ile fiziksel aktivite uyumlarının olumlu yönde etkilendiği, yaşam kalitesi alt boyutlarında anlamlı artış olduğu ortaya konmuştur (32). MI geçiren hastalarda sağlık inanç modeli uygulamasının davranış değişikliğine etkisini inceleyen bir çalışmada, hastaların diyet, fiziksel aktivite ve hastalık farkındalıklarında artış görülmüştür (56). Koroner arter bypass cerrahisi geçiren hastalarda yapılan bir diğer çalışmada da hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça yaşam kalitelerinin iyileştiği belirtilmiştir (18).

2.6. Koroner Arter Hastalıklarında Hemşirenin Rolü

Hemşirelik; insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, toplumun sağlığının kalitesi ile ilgilidir ve bireylerin en iyi düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Hemşireler, özellikle yüksek risk içeren ve belirlenen hedefleri gerçekleştirmede zorlanan bireylerde hastalığı kontrol altına almak üzere 'bakım lideri' olarak görev yapmakta, uygun liderlik ve motivasyonla bakım ekibini yönetmektedir (57). Global bir sağlık problemi olan KAH'ın önlenmesinde, birey ve toplumun sağlık sonuçlarının düzeltilmesi ve güçlendirilmesinde hemşirenin çok önemli sorumlulukları vardır (10, 22, 57-59, 61).

Koroner arter hastalığının ortaya çıkışını geciktirilmesinde ve komplikasyonların azaltılmasında; toplumda farkındalık yaratma, bireyleri eğitme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ve hastaların tedaviye uyumunu sağlamada hemşirenin önemli görevleri vardır (2, 22, 49, 60). Bakım lideri hemşireler, bireyin kendi bakımını yönetmesinde hasta ve yakınlarına destek olmalı, hastalığına ve tedaviye uyumlarını artırmalıdır. Özellikle düzenli ilaç kullanma, diyet kontrolü, kilo yönetimi, uygun ve düzenli fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması gibi konularda verilen eğitim hastaların hastalığa uyumlarını kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (34, 57). Hemşire, hastalarla sağlık ekibi üyeleri arasında bağlantıyı sağlayarak bakımı organize etmeli ve olası sorunların ve gereksinimlerin erken fark edilmesini sağlamalıdır.

Joanna Briggs Enstitüsü tarafından 2009'da yayınlanan, 22 randomize kontrollü çalışmaya dayanan, "Erişkinlerde Kardiyovasküler Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşire Liderliğinde Girişimler" adlı raporda, hemşire liderliğinde kliniklerde, kalp hastalığı olan ya da bilinen kardiyovasküler risk faktörü bulunan hastalar kadar, sağlıklı bireylerdeki risk faktörlerinin de azaltılabildiği ifade edilmektedir. Hemşirelik girişimlerinin, hastaların kan basıncını ve kolesterolünü düşürmede, beslenme değişikliği yapmada ve fiziksel aktivitelerini artırmada etkili olduğu; diyet değişikliği ve kolesterol düzeyleri üzerine de uzun dönem yararları olduğu belirtilmektedir. Raporda; sağlığı geliştirme ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitiminin önemi vurgulanmaktadır (61, 62).

Hemşirelerin KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek ve yaşam kalitelerini arttırmadaki rolleri (1, 2, 25, 34, 60).

-Hastanın Değerlendirilmesi: Hastanın öyküsünün alınması ve fizik muayene ile başlar. Hastanın öyküsü alınırken; tıbbi geçmişi, mevcut ve önceki kardiyovasküler tanıları ve tedavileri, diğer hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve kardiyovasküler risk profili değerlendirilir. Bu kapsamda hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir.

-Beslenme Eğitimi/Danışmanlığı: Hastanın mevcut yeme alışkanlıkları değerlendirilerek, diyetisyenle işbirliği yapılarak, hasta ve yakınlarına önerilen diyet değişiklikleri konusunda eğitim ve danışmanlık verilir. Beslenme önerileri hastaların kültürel tercihleri ile yakından ilgili olursa uyum daha kolay sağlanır. Ayrıca hastanın total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit düzeyleri ve kan şekeri ölçümleri değerlendirilir.

-Kilo Yönetimi: Hastaya uygun diyet, fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz ile birlikte davranışsal program düzenlenerek, toplam kalori alımının azaltılması ve enerji tüketiminin artırılması amaçlanır.

-Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Eğitimi/Danışmanlığı: Hastanın fiziksel aktivite düzeyi ve aktivite düzenleme gereksinimleri belirlenir. Yaşı, cinsiyeti ve günlük yaşam tarzına göre yapabileceği uygun fiziksel aktiviteler belirlenir. Fiziksel aktivitelerin günlük yaşam tarzına adaptasyonu önerilir. Zaman içerisinde fiziksel aktivite düzeyinin kademeli olarak artırılması sağlanır. Ayrıca egzersiz testi parametreleri (kalp atım hızı ve ritmi, semptomlar, ST-segment değişimleri, algılanan efor ve egzersiz kapasitesi) değerlendirilerek güvenli egzersiz yapması konusunda eğitim verilir.

- **Kan Basıncı Yönetimi:** Kan basıncı ölçümleri uygun şekilde yapılır, hipertansiyon ile ilgili ilaç kullanımını sorgulanır ve değerlendirilir. Bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun yaşam tarzı değişiklikleri yönünde bilgilendirilir.

- **Sigara ve Alkol Yönetimi:** Hastanın sigara ve alkol kullanma durumu değerlendirilir. Hasta ve hasta yakınlarına eğitim, destek ve danışmanlık hizmeti, gerektiğinde farmakolojik yaklaşım planlanabilir.

- **Psikososyal Yönetim:** Hasta yakınlarının hastaya sosyal destek düzeyini artırmak için eğitim verilir, gerekli profesyonel yönlendirmeler yapılır.

Hastalara uygun eğitim planlamasında; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları ve yaşam kalitesinin etkilenen boyutlarının objektif ölçüm yöntemleriyle değerlendirilmesi öncelikli uygulama olmalıdır. Böylece mevcut sorunlar ve problem alanları doğru saptanarak, hasta bakım ve eğitim uygulamaları eksiksiz ve doğru şekilde planlanabilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01 Haziran - 01 Aralık 2017 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Bölümde, 28 yataklı Kardiyoloji Kliniği, 9 yataklı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, 2 Anjiyografi Laboratuvarı, Poliklinik, Ekokardiyografi, Efor Testi ve Holter Laboratuvarı bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Belirlenen tarihler arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda; takip edilen 1477 hasta içerisinde en az bir ay önce KAH tanısı konulan, 18 yaş ve üzeri, mental hastalığı ve iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 202 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırma süresince ayrılan hasta olmadı.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulundan (Etik Kurul No: 2017/05, Tarih: 02.05.2017)ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulundan izin alındı (EK-2, EK-3). Araştırmaya katılan hastalar araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı konusunda bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alındı. Araştırma kapsamında hastalardan alınan bilgiler gizli tutuldu ve hiçbir şekilde isim belirterek açıklanmadı. Bu bilgiler farklı bir araştırma ve uygulamada kullanılmadı. Araştırmaya katılmaları için hastalardan herhangi bir ücret istenmedi ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ek bir ücret ödenmedi. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasıyla yapıldı, katılmayı kabul ettikten sonra hastalara vazgeçme hakkı tanındı. Araştırma için ek bir maliyet gerekmedi.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Görüşme öncesinde hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alındı. Her hasta için

ortalama görüşme süresi 30 dakika oldu. Görüşmeler hasta yatağında iken uygun zamanlarda yapıldı.

Verilerinin toplanması amacıyla; “Hasta Bilgi Formu”(EK-6),“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (EK-7), “EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği” (EK-8) kullanıldı.

-Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan form, hastayla ilgili sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler)ve hastalık bilgilerini, (tanı süresi, kullandığı ilaçlar, diğer hastalıkları, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, ailede kalp hastalığı öyküsü, BKİ, kan basıncı) içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II): Ölçeğin ilkversiyonu Walker ve ark. (1987) tarafından, Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline dayanarak, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 48 madde ve altı alt ölçekten oluşmuştur. Ölçek 1996 yılında yine Walker ve ark. tarafından revize edilmiş ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak adlandırılmıştır. Revize edilen ölçek 52 madde ve altı alt faktörden oluşmaktadır. Alt faktörler; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach alfa değeri, genelölçek için 0.94, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasındadır. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. (39) tarafından yapılmış, Cronbach alfa değeri 0.94, alt faktörler için ise 0.64 ve 0.80 arasında bulunmuştur. Bu araştırmada geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. (39) tarafından yapılan ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ kullanılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bu altı faktör manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51) ve stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47). Ölçek 1-4 arası puanlanan Likert tipi ölçektir(1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=sık sık, 4=düzenli olarak). Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Her bir alt ölçeğin puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünden alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin tamamı veya alt ölçeklerinden alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi iyilik halinden kendini ne kadar sorumlu hissettiğidir. Bireyin kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgi

toplama ve gerektiğinde bir uzman yardımı alması onun sorumluluk alma düzeyini gösterir. Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitenin birey tarafından ne düzeyde gerçekleştirildiğini ifade eder. Beslenme; bireyin öğünlerini düzenlemesi, öğünler için yiyecek seçimlerinde bulunması gibi değişiklikleri kapsar. Manevi gelişim; bireyin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanır. Kişilerarası ilişkiler; nedensel gereklilikler dışında başkalarıyla kurulan anlamlı ilişkilerdir. Stres yönetimi; stres yaratan durumların ortaya çıkarılması, bunların kontrol edilebilmesi için fiziksel, psikolojik kaynaklarının belirlenip harekete geçirilebilmesidir (39). Bu çalışmada SYBDÖ II için genel ölçek Cronbach alfa değeri 0.83, alt faktörler için ise 0.67 ve 0.87 arasında bulunmuştur.

- **EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği:** EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan Euro Qol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 60'ı aşkın dile çevrilmiştir. EQ5D ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Süt ve Ünsar (34) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır.

EQ-5D indeks ölçek: Hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı / rahatsızlık (pain / discomfort) ve endişe / depresyon (anxiety / depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçeneğlidir. Sonuç olarak ölçekle 243 olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir.

EQ-5D Visual Analog Skala (VAS) ölçek: Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel kıyaslama ölçeğidir. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir.

EQ-5D indeks skor hesabında Süt ve Ünsar (34)'ın çalışmalarında belirttikleri katsayılar kullanılarak indeks skor hesaplanmıştır.

Bu çalışmada EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği, için Cronbach alfa değeri 0.75 bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS for Windows Version 22.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, ABD) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümlle belirlenen değişkenler için ise ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Ölçümlle belirlenen veya hesaplanan değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile sayısal olarak incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla Korelasyon analizi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t test) ve ANOVA testleri kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” konusunda yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=202)

Sosyodemografik özellikler		Sayı	%
Yaş Ort ± ss= 60,26 ± 10,74 (min=36, max=91)	36-50	33	16,3
	51-64	103	51,0
	65 ve üzeri	66	32,7
Cinsiyet	Kadın	65	32,7
	Erkek	137	67,8
Medeni Durum	Evli	192	95,0
	Bekar	10	5,0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	34	16,8
	Okuryazar	15	7,4
	İlköğretim	89	44,1
	Ortaöğretim	53	26,2
	Yükseköğretim	11	5,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	64	31,7
	Çalışmıyor	138	68,3
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	85	42,0
	Gelir gidere eşit	111	55,0
	Gelir giderden fazla	6	3,0
Sosyal Güvence	Var	189	93,6
	Yok	13	6,4
Yaşadığı Yer	İl	172	85,2
	İlçe	13	6,4
	Köy	17	8,4
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Eş	65	32,2
	Eş ve Çocuk	117	57,9
	Akraba	9	4,5
	Yalnız	11	5,4

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri verildi. Yaş ortalamaları $60,26 \pm 10.74$ yıl ve %51.0’i 51-64 yaş grubundaydı. Hastaların %67.8’inin erkek, %95.0’inin evli ve %44,1’inin ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Çoğunluğunun çalışmadığı (%68,3), %42,0’sinin gelir durumunun yetersiz olduğu ve tamamına yakınının (%93,6) sosyal güvencesi olduğu görüldü. Hastaların %85,2’sinin il merkezinde, %57,9’unun eş ve çocukları ile birlikte yaşadıkları belirlendi.



Tablo 2. Hastaların Tıbbi Özellikleri (N=202)

Tıbbi Özellikler		Sayı	%
Tanı*	Mİ	107	53,0
	USAP	50	24,8
	AP	45	22,2
Tanı Süresi (Ort ± ss= 4.24 ± 3.37) (min=1, max=22)	1-3 yıl	103	51,0
	4 yıl ve üzeri	99	49,0
Diğer Hastalık Bulunma Durumu	Var	128	63,4
	Yok	74	36,6
Diğer Mevcut Hastalıklar**	Diyabet	105	82,0
	Hipertansiyon	72	56,2
	Astım	2	1,6
Hastalık ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	89	44,1
	Hayır	113	55,9
Eğitim Alınan Sağlık Personeli**	Hekim	84	94,3
	Hemşire	17	19,1
Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü	Var	79	39,1
	Yok	123	60,9
Hastalığına Yönelik İlaç Kullanma Durumu	Evet	124	61,4
	Hayır	78	38,6
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)	18,5-24,9 (Normal)	36	18,8
	25-29,9 (Fazla Kilolu)	111	55,0
	30 ve Üzeri (Obez)	55	27,2
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	(Ort ± ss= 129,96± 22,40) (min=86,max=220, median=130)		
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	(Ort ± ss= 72,83± 11,94) (min=50,max=115, median=72)		

*Mİ: Miyokardİnfarktüsü, USAP: UnstabilAnginaPectoris, AP: AnginaPectoris

**N katlanmıştır.

Tablo 2’de hastaların tıbbi özellikleri verildi. Hastaların %53,0’ünün Mİ geçirdiği, %51,0’inin tanı süresinin 1-3 yıl arasında olduğu, %63,4’ünde KAH dışında başka kronik hastalık bulunduğu ve bunun da büyük çoğunluğunu (%82,0) diyabetin oluşturduğu belirlendi. Hastaların yarısından fazlası (%55,9) hastalığı ile ilgili eğitim almadığını, eğitim alanların %94,3’ü hekim tarafından eğitim verildiğini ifade etti. BKİ’ye göre hastaların %55,0’inin fazla kilolu ve %27,2’sinin obez olduğu görüldü. Hastaların sistolik kan basıncı ortalaması 129,96± 22,40mmHg, diyastolik kan basıncı ortalamaları 72,83± 11,94 mm Hg olarak bulundu.

Tablo 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki (SYBDÖ II) Maddelere Verilen Cevapların Dağılımı (N=202)

Ölçek Madde No	Ölçek Maddeleri	Hiçbir zaman (1) Sayı (%)	Bazen (2) Sayı (%)	Sık sık (3) Sayı (%)	Düzenli olarak (4) Sayı (%)
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	22 (10,9)	121 (59,9)	41 (20,3)	18 (8,9)
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	29 (14,3)	67 (33,2)	85 (42,1)	21 (10,4)
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım	6 (3,0)	91 (45,0)	76 (37,6)	29 (14,4)
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	137 (67,8)	45 (22,3)	13 (6,4)	7 (3,5)
5	Yeterince uyurum	20 (9,9)	83 (41,1)	66 (32,7)	33 (16,3)
6	Olumlu yönde geliştiğimi ve değiştiğimi hissedirim	18 (8,9)	138 (68,3)	39 (19,3)	7 (3,5)
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	3 (1,5)	75 (37,2)	93 (46,0)	31 (15,3)
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	40 (19,9)	72 (35,6)	57 (28,2)	33 (16,3)
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitaplar okurum	60 (29,7)	104 (51,5)	30 (14,8)	8 (4,0)
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik,dans, vb)	126 (62,4)	50 (24,7)	18 (8,9)	8 (4,0)
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	48 (23,8)	109 (54,0)	35 (17,3)	10 (4,9)
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	10 (5,0)	64 (31,7)	76 (37,6)	52 (25,7)
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	4 (2,0)	78 (38,6)	87 (43,1)	33 (16,3)
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim	28 (13,9)	129 (63,9)	34 (16,8)	11 (5,4)
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	8 (4,0)	122 (60,4)	50 (24,8)	22 (10,9)
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım, yürürüm	102 (50,5)	73 (36,1)	20 (9,9)	7 (3,5)
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	9 (4,4)	89 (44,1)	86 (42,6)	18 (8,9)
18	Geleceğe umutla bakarım	15 (7,4)	104 (51,5)	57 (28,2)	26 (12,9)
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	20 (9,9)	101 (50,0)	61 (30,2)	20 (9,9)
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	12 (5,9)	82 (40,6)	86 (42,6)	22 (10,9)
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	33 (16,3)	123 (60,8)	32 (15,8)	14 (6,9)
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	155 (76,7)	36 (17,8)	6 (3,0)	5 (2,5)
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	25 (12,4)	109 (54,0)	57 (28,2)	11 (5,4)
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	9 (4,5)	94 (46,5)	77 (38,1)	22 (10,9)
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	7 (3,5)	86 (42,6)	80 (39,6)	29 (14,3)
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	8 (4,0)	83 (41,1)	84 (41,5)	27 (13,4)
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	9 (4,5)	115 (56,9)	49 (24,2)	29 (14,4)
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	162 (80,2)	35 (17,3)	4 (2,0)	1 (0,5)

Ölçek Madde No	Ölçek Maddeleri	Hiçbir zaman (1) Sayı (%)	Bazen (2) Sayı (%)	Sık sık (3) Sayı (%)	Düzenli olarak (4) Sayı (%)
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	71 (35,1)	93 (46,0)	30 (14,9)	8 (4,0)
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	29 (14,4)	108 (53,5)	52 (25,7)	13 (6,4)
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım	7 (3,5)	84 (41,6)	81 (40,0)	30 (14,9)
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	10 (5,0)	75 (37,1)	78 (38,6)	39 (19,3)
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	57 (28,2)	108 (53,5)	30 (14,8)	7 (3,5)
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim vb.)	90 (44,6)	82 (40,6)	17 (8,4)	13 (6,4)
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	47 (23,3)	119 (58,9)	27 (13,4)	9 (4,4)
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	51 (25,3)	132 (65,3)	16 (7,9)	3 (1,5)
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	31 (15,3)	131 (64,9)	34 (16,8)	6 (3,0)
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	9 (4,5)	121 (59,9)	56 (27,7)	16 (7,9)
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	24 (11,9)	126 (62,4)	39 (19,3)	13 (6,4)
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	134 (66,3)	45 (22,3)	15 (7,4)	8 (4,0)
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	94 (46,5)	83 (41,1)	17 (8,4)	8 (4,0)
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	9 (4,5)	85 (42,0)	80 (39,6)	28 (13,9)
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	38 (18,8)	116 (57,4)	38 (18,8)	10 (5,0)
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirten etiketleri okurum	82 (40,6)	72 (35,7)	34 (16,8)	14 (6,9)
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	124 (61,3)	67 (33,2)	8 (4,0)	3 (1,5)
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	156 (77,2)	32 (15,9)	13 (6,4)	1 (0,5)
47	Yorulmaktan kendimi korurum	19 (9,4)	86 (42,6)	68 (33,6)	29 (14,4)
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	3 (1,5)	18 (8,9)	41 (20,3)	140(69,3)
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	5 (2,5)	63 (31,2)	62 (30,7)	72 (35,6)
50	Kahvaltı yaparım	5 (2,5)	22 (10,9)	55 (27,2)	120(59,4)
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	17 (8,4)	118 (58,4)	27 (13,4)	40 (19,8)
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	21 (10,4)	112 (55,5)	35 (17,3)	34 (16,8)

Tablo 3'te hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki (SYBDÖ II) maddelerin her birine verdikleri cevaplar gösterildi. Hastaların çoğunluğunun fiziksel aktivite uygulamalarını yapmadığı belirlendi (düzenli bir egzersiz programı yapma, haftada en az 3 kez 20 dakika egzersiz yapma, boş zamanlarında eğlendirici fizik aktivitelerde bulunma, haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yapma). Bunun dışında hastaların %61,3'ünün bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılmadığı belirlendi.



Tablo 4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamaları (N=202)

Ölçek Alt Grupları	Ortalama±ss	Min-Max
Manevi Gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52)	22,74±4,41	12-36
Kişiler Arası İlişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49)	22,64± 4,22	13-36
Beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50)	22,71± 3,50	10-33
Sağlık Sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51)	19,64± 4,43	11-33
Stres Yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47)	17,50± 3,60	10-31
Fiziksel Aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46)	11,76± 4,29	8-28
SYBDÖ II Toplam Puan	117,01± 18,85	80-186

Tablo 4’te hastaların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)”alt grup ve toplam puan ortalamaları verildi. Ölçek toplam puan ortalaması 117,01 ± 18,85’dir. Manevi gelişim alt grup puan ortalamaları en yüksek (22,74 ± 4,41), fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları en düşüktür (11,76± 4,29).

Tablo 5. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile SYBDÖ II Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=202)

Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler	SYBDÖ II Ortalama \pm ss	Test	P
Yaş Grupları 36-50 (n=33) 51-64 (n=103) 65 ve üzeri (n=66)	118,81 \pm 19,54 119,62 \pm 18,43 112,06 \pm 18,45	F= 3,499*	p=0,032
Cinsiyet Kadın (n=65) Erkek (n=137)	108,33 \pm 11,91 121,13 \pm 20,13	t= -4,743**	p<0,001
Eğitim Durumu Okuryazar değil (n=34) Okuryazar (n=15) İlköğretim (n=89) Ortaöğretim (n=53) Yükseköğretim (n=11)	103,17 \pm 12,42 109,06 \pm 15,84 118,61 \pm 17,59 120,28 \pm 15,24 142,00 \pm 28,97	F=13,221*	p<0,001
Çalışma Durumu Çalışıyor (n=64) Çalışmıyor (n=138)	123,60 \pm 19,88 113,96 \pm 17,60	t= -3,475**	p= 0,001
Ekonomik Durum Gelir Giderden Az (n=85) Gelir Gidere Eşit (n=111) Gelir Giderden Fazla (n=6)	112,64 \pm 17,25 118,89 \pm 17,72 144,33 \pm 18,85	F= 9,943*	p<0,001
Tanı Süresi 1-3 yıl (n=103) 4 yıl ve üzeri (n=99)	121,33 \pm 19,97 112,53 \pm 16,55	t= 3,400**	p= 0,001
Hastalığı ile İlgili Eğitim Alma Durumu Evet (n=89) Hayır (n=113)	122,24 \pm 20,88 112,90 \pm 16,01	t= 3,600*	p<0,001

*ANOVA

**İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-test)

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenlere yönelik sonuçlar Tablo 5’de verildi. SYBDÖ II toplam puan ortalaması 65 ve üzeri yaş grubundaki hastalarda en düşük (112,06 \pm 18,45) bulundu. Yaş gruplarının SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05), farkın 51-64 yaş ile 65 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Erkek hastaların SYBDÖII toplam puan ortalamaları ($121,13 \pm 20,13$) kadın hastalardan ($108,33 \pm 11,91$) daha yüksek olup, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının yükseldiği, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Eğitim grupları arasındaki farkın okuryazar olmayan ve yükseköğretim düzeyindeki eğitim gruplarından kaynaklandığı belirlendi.

Çalışan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ($123,60 \pm 19,88$) çalışmayan hastalardan ($113,96 \pm 17,60$) daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Ekonomik durumları kötü olan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Farkın her üç gelir grubundan kaynaklandığı belirlendi.

Hastaların tıbbi özellikleri ile SBYDÖ II toplam puan ortalamaları arasında tanı süresi ve hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu bakımından fark bulundu. Tanı süresi 1-3 yıl olan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ($121,33 \pm 19,97$), tanı süresi 4 yıl üzerinde olan hastalardan ($112,53 \pm 16,55$) daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastalığı ile ilgili eğitim alan grubun SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ($122,24 \pm 20,88$) eğitim almayan hastalardan ($112,90 \pm 16,01$) daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Tablo 6. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerine Verilen Cevapların Dağılımı (N=202)

	Problem yok		Biraz problem var		Ciddi (majör) problem var	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hareket	74	36,6	126	62,4	2	1,0
Öz Bakım	135	66,8	59	29,2	8	4,0
Olağan Aktiviteler	96	47,5	91	45,0	15	7,5
Ağrı/Rahatsızlık	68	33,7	121	59,9	13	6,4
Anksiyete/Depresyon	81	40,1	103	51,0	18	8,9

Tablo 6’da hastaların EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların dağılımları gösterildi. Buna göre hastaların %62,4’ü hareketle, %59,9’u ağrı/rahatsızlıkla, %51,0’i anksiyete/depresyon ile ilgili biraz problem yaşadığını ifade etti. Hastaların %66,8’i öz bakım, %47,5’i olağan aktiviteler ile ilgili problem yaşamadığını belirtti.

Tablo 7. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları (N=202)

	Ortalama \pm ss	Median	Min – Maks
EQ-5D İndeks Skor	0,61 \pm 0,29	0,65	-0,59 - 1,00
EQ-5D VAS Skor	60,24 \pm 14,26	60	10 – 100

Tablo 7’de belirtildiği üzere, hastaların EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks skor ortalaması 0,61 \pm 0,29 ve VAS skor ortalaması 60,24 \pm 14,26 olarak belirlendi.

Tablo 8. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeksi ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması (N=202)

Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler	EQ-5D İndex Skor Ortalama ± ss	Test p	EQ-5D VAS Skor Ortalama ± ss	Test p
Cinsiyet Kadın (n=65) Erkek (n=137)	0,50 ± 0,31 0,67 ± 0,26	t= -3,921* p<0,001		
Eğitim Durumu Okuryazar değil (n=34) Okuryazar (n=15) İlköğretim (n=89) Ortaöğretim (n=53) Yükseköğretim (n=11)	0,48 ± 0,35 0,42 ± 0,24 0,66 ± 0,26 0,65 ± 0,25 0,75 ± 0,25	F=5,152** p= 0,001		
Çalışma Durumu Çalışıyor (n=64) Çalışmıyor (n=138)	0,74 ± 0,20 0,55 ± 0,30	t= -4,629* p<0,001	65,00 ± 14,69 58,04 ± 13,55	t= -3,304* p=0,001
Ekonomik Durum Az (n=85) Eşit (n=111) Fazla (n=6)	0,54 ± 0,30 0,66 ± 0,26 0,74 ± 0,27	F= 4,539** p= 0,012		
Birlikte Yaşadığı Kişiler Eş (n=65) Eş ve çocuk (n=117) Akraba (n=9) Yalnız (n=11)	0,58 ± 0,32 0,66 ± 0,25 0,29 ± 0,32 0,61 ± 0,26	F= 5,066 p= 0,002		
Tanı Süresi 1-3 yıl (n=103) 4 yıl ve üzeri (n=99)	0,67 ± 0,27 0,55 ± 0,30	t= 2,782* p= 0,006	63,98 ± 13,23 56,36 ± 14,31	t= 3,928* p<0,001

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-test)

**ANOVA

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeksi ve VAS Skorları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenlere yönelik sonuçlar Tablo8’ de verildi. Erkek hastaların EQ-5D İndeks skor ortalaması (0,67 ± 0,26) kadın hastalardan (0,50 ± 0,31) daha yüksek olup, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001).

İlköğretim ve üzeri eğitim seviyesi olan hastaların EQ-5D İndeks puan ortalamalarının okuryazar olmayan ve okuryazar eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,05). Farkın okuryazar, ilköğretim ve yükseköğretim gruplarından kaynaklandığı belirlendi.

Çalışan hastaların EQ-5D İndeksi ve VAS skor ortalamaları çalışmayan hastalardan daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001, p<0,05). Geliri giderinden az olan hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,05). Farkın geliri az olan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Akraba yanında yaşayan hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamalarının çok düşük ($0,29 \pm 0,32$), eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamalarının daha yüksek ($0,66 \pm 0,25$) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Farkın akraba yanında yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Hastaların tıbbi özellikleri ile EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi ortalamaları arasında yalnızca tanı süresi bakımından fark bulundu. Tanı süresi 1-3 yıl olan hastaların EQ-5D İndeks ve VAS skor ortalamaları, tanı süresi 4 yıl üzerinde olan hastalardan daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$, $p<0,001$).



Tablo 9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve EQ 5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (N=202)

EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)	
	r	P
EQ-5D İndeks Skor	0,182	0.009
EQ-5D VAS Skor	0,310	p<0.001

Tablo 9’da EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks ve VAS skorları ile SYBDÖ II toplam puanları arasındaki korelasyonlar verildi. EQ-5D indeks skor ve SYBDÖ II toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,182$; $p<0,05$). Ayrıca EQ-5D VAS skor ve SYBDÖ II toplam puanları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,310$; $p<0,001$). Buna göre SYBDÖ II puanları artarken, EQ-5D İndex ve VAS skorları artış göstermekteydi.

5. TARTIŞMA

Koroner Arter Hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

Çalışmada hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının $117,01 \pm 18,85$ olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Bu sonuç hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istendik düzeyde olmadığını, puan ortalamalarının benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlardan daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Küçükberber ve ark. (16)'nın yaptıkları çalışmada kalp hastalarında SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının $127,45 \pm 20,51$, Savaşan ve ark. (13)'nin çalışmasında KAH olan bireylerde SYBDÖ II toplam puan ortalamasının 128 ± 22 , Kuru ve Piyal'ın (12) yine KAH olan hastalarla yaptığı çalışmada puan ortalamalarının $153,22 \pm 22,31$ olduğu gösterilmiştir. Kalp hastaları ile yapılan benzer çalışmalarda hastalarının SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının, bizim çalışmamızdaki hastaların puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmalardaki hasta gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle Kuru ve Piyal'ın (12) çalışmasındaki hastaların yarısından fazlası yükseköğretim ve üzeri eğitim seviyesinde, Küçükberber ve ark. (16)'nın çalışmasındaki hastaların üçte biri lise ve üzeri eğitim seviyesinde olup, bizim çalışmamızdaki hastaların eğitim seviyelerinden daha yüksektir. Eğitim seviyesi arttıkça hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama oranlarının da artması dikkate alındığında, çalışmamızdaki hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların SYBDÖ II alt gruplarından manevi gelişim puan ortalamalarının en yüksek ($22,74 \pm 4,41$), fiziksel aktivite alt grup puan ortalamalarının ise en düşük ($11,76 \pm 4,29$) olduğu bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğu fiziksel aktivite ile ilgili uygulamaları hiç yapmadığını belirtmişlerdir (Tablo 3 ve Tablo 4). Konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda da benzer şekilde hastaların egzersiz alt grubundan en düşük ve manevi gelişim alt grubundan en yüksek puanları aldıkları gösterilmiştir (12, 13, 18, 42). Ahn ve ark. (21) KAH olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların en az uyguladıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışının egzersiz/aktivite olduğu belirtilmiştir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında da erişkin ve yaşlı popülasyonunda fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu gösterilmiş olup (63), çalışmamızın sonuçlarının Türk toplumundaki fiziksel inaktivite eğilimini yansıttığı ve bireylerin aktivite/egzersiz için yeterli imkan yaratmadıkları söylenebilir.

Hastaların fiziksel aktivite puan ortalamalarının oldukça düşük olması ve hastaların çoğunluğunun (%61,3) bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim almamalarının da, genel puan ortalamalarının düşük olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hastaların manevi puan ortalamalarının en yüksek olmasının, genel olarak toplumun inanç ve kadercilik anlayışlarını yansıttığını söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçların tartışılması da toplam puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Buna göre 65 ve üzeri yaş grubundaki hastaların toplam puan ortalamalarının en düşük ($112,06 \pm 18,45$) olduğu ve yaş grupları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Benzer olarak Kuru ve Piyal (12) ile Küçükberber ve ark.(16)'nın yaptıkları çalışmalarda da 60 yaş ve üzeri hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları en düşük olarak saptanmış ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (12, 16). Savaşan ve ark. (13)'nin yaptığı çalışmada ise yaş grupları ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan erkek hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ($121,13 \pm 20,13$) kadın hastalardan ($108,33 \pm 11,91$) daha yüksek olup, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5). Konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda da, çalışmamıza benzer şekilde erkek hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (12, 13, 16, 18, 43). Bizim çalışmamızın sonucundan farklı olarak Fang ve ark. (45) hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumlarını değerlendirdiği çalışmalarında, kadınların fiziksel aktivite haricinde diğer önerilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumlarının daha iyi olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda KAH olan bireylerde eğitim seviyeleri arttıkça SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının yükseldiği, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda da, benzer şekilde eğitim seviyesi yüksek olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (12, 16, 18, 20). Çalışmayan ve ekonomik durumu kötü olan hastaların SYBDÖ II puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Küçükberber ve ark. (12) ile Kuru ve Piyal'ın (16) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Wang ve ark.(14) kentsel ve kırsal alanda yaşayan KVH bulunan kişilerle yaptıkları çalışmalarında, kırsal kesimde yaşayan düşük gelirli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme oranının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada, ileri yaş grubundaki, eğitim düzeyi düşük, kadın cinsiyetteki, çalışmayan ve ekonomik durumu kötü olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada güçlük yaşadıkları, eğitim ve takip desteğine daha fazla ihtiyaç duydukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda tanı süresi kısa (1-3 yıl) ($121,33 \pm 19,97$) ve hastalığı ile ilgili bilgi almış olan ($122,24 \pm 20,88$) hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Benzer olarak, Kuru ve Piyal'ın (12) çalışmasında tanı süresi 2 yıldan az olan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Küçükberber ve ark. (16)'nın çalışmasında ise hastalığı ile ilgili eğitim alan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastaların tanı süreleri uzadıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumlarının ve bilgilerin azaldığı, eğitimlerin devamlılığı ve belirli periyodlarla tekrarlanması önemli olduğu değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada KAH olan bireylerin yaşam kaliteleri EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların %62,4'ü hareket, %59,9'u ağrı/rahatsızlık, %51,0'i anksiyete/depresyon ile ilgili biraz problem yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların %66,8'i öz bakım, %47,5'i ise olağan aktiviteler ile ilgili problem yaşamadığını belirtmiştir. Hastaların EQ-5D İndeks skor ortalaması $0,61 \pm 0,29$ ve EQ-5D VAS skor ortalaması $60,24 \pm 14,26$ olarak belirlenmiştir. Elde edilen ölçek puanları, hastaların yaşam kalitelerinin genel olarak düşük olduğunu göstermektedir. EQ-5D ölçeği kullanılarak KAH'da yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlarla karşılaşmıştır. De Smedt ve ark. (55)'nin Avrupa Bölgesinde 8745 KAH hastası ile yaptığı çalışmada, birçok ülkede hastaların EQ-5D indeks ve VAS skor ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kahyaoğlu Süt ve Ünsar'ın çalışması (34) ile Mert ve ark. (33)'nin çalışmalarında da KAH hastalarının EQ-5D İndeks ve VAS skor ortalamalarının bizim çalışmamızdaki hasta grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada hastaların genel yaşam kalitelerinin daha düşük bulunması, çalışmanın yapıldığı bölgedeki hasta grubunun özelliklerinden ve farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca EQ-5D ölçeğinde hastaların büyük bir kısmının (%62,4) hareket ile ilgili problemler yaşadığını ifade etmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından aktivite/egzersizi en az oranda uygulamaları ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile EQ-5D İndeks ve VAS skor ortalamaları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçların tartışılması

da indeks puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Erkek hastaların yaşam kalitesi indeks puan ortalaması ($0,67 \pm 0,26$) kadın hastalardan ($0,50 \pm 0,31$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Kahyaoğlu Süt ve Ünsar (34)'ın çalışmasında da benzer şekilde erke hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamaları kadın hastalardan daha yüksek olarak belirtilmiştir. Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılmış olan benzer çalışmalarda da, erkek hastaların yaşam kalitesinin kadın hastalardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (12, 13, 17, 18, 51). Kadınların duygusal tepkilerinin, immobilitate ve sosyal sınırlılıklarının erkeklerden daha fazla ve eğitim seviyelerinin daha düşük olmasının yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebildiği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi indeks puan ortalamalarının yükseldiği bulunmuştur (Tablo 8). Kahyaoğlu Süt ve Ünsar (34)'ın çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olan hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamaları, Mert ve ark. (33)'nın çalışmasında da eğitim düzeyi yüksek hastaların VAS skor ortalamaları kadın hastalardan daha yüksek olarak belirtilmiştir. Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılmış olan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya konmuştur (16, 20, 51). Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlıklarını ve yaşam şekillerini daha iyi yönetebildikleri, dış faktörlerden daha az etkilendikleri, bilinçli başatme mekanizmaları geliştirilebildikleri, maddi olanaklarının ve sosyal durumlarının daha iyi olduğu, dolayısıyla yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda çalışan hastaların EQ-5D indeks ve VAS skor ortalamaları çalışmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Kahyaoğlu Süt ve Ünsar (34)'ın çalışmasında çalışan hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamaları, Mert ve ark. (33)'nın çalışmasında da çalışan hastaların İndeks ve VAS skor ortalamaları çalışmayan hastalardan daha yüksek olarak gösterilmiştir. Yine bu sonuca paralel olarak çalışmamızda ekonomik durumu kötü olan hastaların EQ-5D İndeks skor ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılmış olan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya konmuştur (16, 51, 64). Çalışan hastaların daha iyi gelir düzeyine sahip olabilecekleri düşünülerek, maddi yeterliliğin yaşamdan doyum almayı olumlu yönde etkilediği ve yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir.

Bu çalışma sonuçlarından bir diğeri de akraba yanında yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin çok düşük olduğu, eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğudur. KAH ve KVH olan bireylerde yapılan benzer çalışmalarda da eşi ve çocukları ile yaşayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (16,

33, 51, 64). Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların duygusal, maddi ve manevi yönden daha çok destek görmeleri yaşam kalitelerinin artmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda hastaların tıbbi özellikleri ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçek puan ortalamaları arasında yalnızca tanı süresi bakımından fark bulunmuştur (Tablo 8). Tanı süresi 1-3 yıl olan hastaların yaşam kalitesi indeks ve VAS skor ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuçlarımıza paralel olarak Akgül (65) tezinde hastalık tanı süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Bireylerin hastalık süresi uzadıkça, hastalığa bağlı görülen komplikasyonlar sebebiyle de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Hastalığın seyri ve nasıl yönetileceği konularında verilecek eğitimler bireylerin bilinçlenmelerine yardımcı olurken yaşam kalitelerinde iyileşme sağlayacaktır.

Çalışmamızda SYBDÖ II puanları ile EQ-5D index ve VAS skorları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı görülmüştür. Küçükberber ve ark. (16) kalp hastalarında yaptıkları çalışmada benzer olarak, KAH olan bireylerin SYBDÖ II puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin ana boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Ahn ve ark. (37) çalışmalarında hastaların risk faktörlerini azaltıcı yönde öz bakım davranışları arttıkça, yaşam kalitelerinin de arttığını belirtmişlerdir. Kurçer ve Özbay (32), KAH hastalarında eğitim ve danışmanlığın fiziksel aktivite ve diyetle uyumu arttırdığını, yaşam kalitesinde pozitif yönde artış olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmesinin, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceğini göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Koroner Arter Hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

✓ Hastaların yaş ortalamaları $60,26 \pm 10,74$ yıl olup %51'i 51-64 yaş grubundaydı.

✓ Hastaların %67,8'inin erkek, %95'inin evli ve %44,1'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlendi.

✓ Çoğunluğunun çalışmadığı, %42,0'sinin gelir durumunun az olduğu ve tamamına yakınının sosyal güvencesi olduğu görüldü. Hastaların %85,2'sinin il merkezinde, %57,9'unun eş ve çocukları ile birlikte yaşadıkları belirlendi.

✓ Hastaların %53,0'ünün MI geçirdiği, %51,0'inin tanı süresinin 1-3 yıl arasında olduğu, %63,4'ünde KAH dışında başka kronik hastalıkları bulunduğu ve bunun da büyük çoğunluğunu diyabetin oluşturduğu belirlendi.

✓ Hastaların yarısından fazlasının (%55,9) hastalığı ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alanların %94,3'ünün hekimden bilgi aldığı belirlendi. Hastaların %55,0'inin fazla kilolu ve %27,2'sinin obez olduğu belirlendi.

✓ Hastaların sistolik kan basıncı ortalaması $129,96 \pm 22,40$ mm Hg diyastolik kan basıncı ortalamaları $72,83 \pm 11,94$ mmHg olarak bulundu.

✓ Hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının düşük olduğu ($117,01 \pm 18,85$) bulundu.

✓ SYBDÖII'ye göre hastaların çoğunluğunun fiziksel aktivite/egzersiz uygulamalarını yapmadığı, en az uygulanan sağlık davranışının fiziksel aktivite/egzersiz olduğu belirlendi.

✓ SYBDÖ II manevi gelişim alt grup puan ortalamaları en yüksek ($22,74 \pm 4,41$),fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları en düşük ($11,76 \pm 4,29$) olarak belirlendi.

✓ SYBDÖ II toplam puan ortalaması 65 ve üzeri yaş grubundaki hastalarda en düşük bulundu.

✓ Erkek hastaların SYBDÖII toplam puan ortalamaları kadın hastalardan daha yüksek olarak belirlendi.

✓ Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının yükseldiği belirlendi.

✓ Çalışan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları çalışmayan hastalardan daha yüksek bulundu. Geliri giderinden az olan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi.

✓ Tanı süresi 1-3 yıl olan hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları, tanı süresi 4 yıl üzerinde olan hastalardan daha yüksek bulundu.

✓ Hastalığı ile ilgili eğitim alan grubun SYBDÖ II toplam puan ortalamaları eğitim almayan hastalardan daha yüksek bulundu.

✓ Hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks skor ortalaması $0,61\pm 0,29$ ve EQ-5D VAS skor ortalaması $60,24\pm 14,26$ olarak belirlendi.

✓ EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre hastaların %62,4'ü hareketle, %59,9'u ağrı/rahatsızlıkla, %51,0'i anksiyete / depresyon ile ilgili biraz problem yaşadığını belirtti. Hastaların %66,8'i öz bakım, %47,5'i olağan aktiviteler ile ilgili problem yaşamadığını belirtti.

✓ Erkek hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeks skor ortalaması kadın hastalardan daha yüksek bulundu.

✓ İlköğretim ve üzeri eğitim seviyesi olan hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeks skor ortalamalarının okuryazar olmayan ve okuryazar eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi.

✓ Çalışan hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi indeks ve EQ-5D VAS skor ortalamaları çalışmayan hastalardan daha yüksek bulundu. Ekonomik durumu kötü olan hastaların ise EQ-5D Yaşam Kalitesi indeks skor ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi.

✓ Akraba yanında yaşayan hastaların EQ-5D indeks skor ortalamalarının çok düşük, eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların EQ-5D indeks skor ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

✓ Tanı süresi 1-3 yıl olan hastaların EQ-5D indeks ve EQ-5D VAS skor ortalamaları, tanı süresi 4 yıl üzerinde olan hastalardan daha yüksek bulundu.

✓ Hastaların EQ-5D indeks ve EQ-5D VAS skorları ile SYBDÖ II toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Hastaların SYBDÖ II puanları artarken, EQ-5D indeks ve EQ-5D VAS skorlarının da artış gösterdiği belirlendi.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

✓ Kardiyoloji birimlerinde, hemşirenin vaka yöneticisi olduğu multidisipliner ve alanında eğitim almış bir sağlık ekibi tarafından, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik hasta eğitimlerin planlanması ve yürütülmesi,

✓ KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimler planlanırken, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, yaşlı bireylere, kadınlara, eğitim düzeyi ve ekonomik durumu düşük hastalara, hastalığı ile ilgili yeterli eğitim almayan ve tanı süresi 3 yıldan uzun olan hastalara daha yoğun eğitim ve takip desteği sağlanması,

✓ Hastalar tarafından en az uygulanan ve yaşam kalitesini en fazla etkileyen sağlıklı yaşam biçimi davranışı olan fiziksel aktiviteye yönelik eğitimlere ağırlık verilmesi,

✓ Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, kadın hastaların, eğitim düzeyi ve ekonomik durumu zayıf hastaların, yalnız ya da akraba yanında yaşayanların, tanı süresi 3 yıldan uzun olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olmasından dolayı bu gruplara daha fazla destek sağlanması,

✓ KAH olan bireylerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları arttıkça yaşam kalitelerinin de artacağı konusunda bilinçlendirilmeleri, buna yönelik eğitim programlarının etkinliğini değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Martinez LG., Bucher L. (2005) Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome, *Medical Surgical Nursing*, Discover Books, USA. 784-785.
2. Badır A., Korkmaz FD. (2014). Koroner Arter Hastalıkları, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üçüncü Baskı, İstanbul, Akademisyen Kitapevi. 431-445, 2014
3. ESC Klavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2012; 40: 126-128
4. Montalestcot G. (2014). ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma*. 6: 96-100
5. Hamm WC. (2011). Israrcı ST Segment Yükselmesi Belirtileri Göstermeyen Hastalarda Akut Koroner Sendromların Tedavi Kılavuzları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 39 (3): 73-128
6. World Health Organisation (WHO). The 10 leading causes of death in the world, 2000-2012, [http:// www.who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs310/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/), [10.10.2017]
7. Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P., Wickramasinghe K., Rayner M., Nichols M. (2015). Cardiovascular Disease in Europe : Epidemiological Update, *European Heart Journal*, 37: 3232-3245,
8. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014. www.tuik.gov.tr. Pre Haber Bültenleri, [10.10.2017]
9. Onat A., Karakoyun S., Akbaş T., Özpamuk KF., Karadeniz Y., Çakır H. ve ark. (2015). TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı: *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 43(4): 326-332
10. Özkan AA. (2013) Akut koroner sendromlar: *Epidemiyoloj Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. (43) 1: 1-3
11. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) <https://www.tkd.org.tr/.../Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-prog...>, [10.10.2017]

12. Kuru N., Piyal B. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'ne Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.11(3): 287-298
13. Savaşan A., Ayten M., Ergene O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4(1): 1-6
14. Wang C.,Wei L., Yin L., Bo J., Peng Y., WangY., on behalf of the PURE ChinaInvestigators. Comparison of healthy life style behavior samong individuals with and without cardiovascular diseases from urban and ruralareasin China: A cross-sectional study, 2017 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181981>. [10.11.2017]
15. Morys JM., Bellwon J., Höfer S., Rynkiewicz A. (2016) .Gruchała M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardialin farction and with ischemic heart failure. *Arch Med Sci*. 12 (2): 326–333
16. Küçükberber N., Özdilli K.,Yorulmaz H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi: *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 11: 619-626
17. Ghasemi E., Aliha JM., Bastani F., Haghani H., Samiei N. (2014). Quality of Life in Women with Coronary Artery Disease. *Iran Red Crescent Med J*.16 (7): 10188
18. Dirimeşe E., Korkmaz FD., Alcan AO.(2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. (5): 2
19. Demir Ş., Özer Z. (2014). Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji Dergisi*. (21): 182-191
20. Erdem N., Ergüney S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8: 3
21. Ahn S.,Song R., Choi SW. (2015). Effects of Selfcare Health Behaviors on Quality of Life Mediated by Cardiovascular Risk Factors Among Individuals with Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. *Asian Nursing Research*. 158-163

22. International Council of Nurses (ICN). Delivering Quality : Nurses Leading Chroniccare. International Nurses Day 2010. Geneva: ICN; 2010, <http://www.icn.ch/publications/2010-delivering-quality-serving-communities-nurses-leading-chronic-care/> [12.10.2017]
23. Ovayolu N., Ovayolu Ö. (2016). Akut Koroner Sendrom. Ovayolu Ö., Ovayolu N. (Ed). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar Kitabı*. Adana: Çukurova Nobel tıp Kitapevi. 88-89
24. Onat A., Karakoyun S., Akbaş T., Özpamuk KF., Karadeniz Y., Çakır H. ve ark.(2015) TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 43(4): 326-332
25. Piepoli MF., Hoes AW., Agewal S., Albus. Brotons C., Catapano AL., Cooney MT., Corra V., Cosyns B., Deaton C. (2016). Showmore, Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Euorepean Heart Journal*. 37 (29): 231152381
26. Eckel RH. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <http://circ.ahajournals.org/>. [10.03.2017]
27. Tanrıverdi B., Tetik SŞ.(2017). Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara Eczacılık Dergisi* . (21): 1-9
28. Türkmen E., Badır A., Ergün A.(2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3: 2
29. Tokgözoğlu ve ark. (2017) EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin koroner arter hastalarında yaşam tarzı, risk faktörleri ve tedavi yaklaşımı üzerine çalışması: Türkiye verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 45(2): 134-144
30. Yıldırım NK., Öztürk S. (2016). Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 7(2): 60-68
31. Albus C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Ann Med*. 42(7): 487-94

32. Kurçer MA., Özbay A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı, eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi.*, 11: 107-113
33. Mert KU., Mert GÖ., Dural M., Ünalır A. (2016). Akut ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi (EQ5D). *MN Kardiyoloji Dergis.* 4: 182-191
34. Kahyaoğlu Süt H., Ünsar S. (2011). EQ - 5D Hastalarda Yaşam Kalitesinin Geçerliliği. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi.* 11(2): 156-62
35. Lyons AC, Chamberlain K, 2006. Health Psychology: A critical introduction. USA, NY:Cambridge University Press. [assets.cambridge.org/.../9780521808989_front_matter.pdf](https://assets.cambridge.org/9780521808989_front_matter.pdf). [19.01.2018]
36. Bozhüyük A., Özcan S., Kurdak H., Akpınar E., Saatçı E., Bozdemir N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *TJFMPC.* (6) 1
37. Lahtinen M., Toukola T., Junttila MJ., Piira OP., Lejarvi S., Kaariainen M., Huikuri HV., Tulppo MP., Kiviniemi AM. (2018). Effect Of Changes in Physical Activity on Risk for Cardiac Death in Patients With Coronary Artery Disease. *The American Journal of Cardiology.* 121(2): 143-148
38. Mozaffarian D. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 update. *A Report from the American Heart Association.* (133): 447-454
39. Bahar Z., Beşer A., Gördes N., Ersin F. ve ark. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 12: 1-13
40. Haveman-Nies ve ark. (2002). Dietary quality and life style factors in relation to 10 year mortality in older Europeans (The SENECA Study). *American Journal of Epidemiology.* (156): 962-968
41. Avcı YD. (2015). Kişisel sağlık sorumluluğu. *İntegratif Tıp Dergisi.* 3(2): 81-82
42. Yalçınkaya M., Özer FG., Karamanoğlu AY. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 6: 409-420
43. Enç N., Kasapoğlu E.S. (2017). Koroner Arter Hastalıklar Rehberi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Rehberi.* 8 (15): 1-7

44. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014. (<http://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12302,2014-fiziksel-aktivite-rehberipdf.pdf>). [12.03.2018]
45. Fang J., Moore L., Loustalot., Yang Q., Ayala C. (2016). Reporting of adhereen cetohealthy life style behaviors among hypertensivea dults in the 50 states and the District of Columbia, 2013. *American Society of Hypertension*. 10(3); 252-260
46. Doğan T., Sapmaz F. (2012). Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öznel İyi Oluş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 10 (3): 585-601
47. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): develop mentand general psychometric properties. *Soc Sci Med*.1998; 46:1569 –85, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672396>. [01.02.2018]
48. Thompson DR., Yu CM. (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease1: *Assesment tools, Health and Quality of life Outcomes* . (1): 42
49. Sevinç S. (2016). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N., Ovayolu Ö. (Ed). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 215-216
50. Fırat FA., Dedeli Ö. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kardivasküler Hemşirelik Dergisi*.7(14): 153-161
51. Dilek F. (2008). *Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Edirne
52. Yağlı NV., İnce Dİ., Sağlam M., Kütükçü EÇ., Arıkan H. (2015). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete ve Depresyonu Belirleyen Faktörler. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 26(1): 40-46
53. Özer Z., Kavradım ST. (2018). Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Özyeterlilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 10(3): 324-335

54. Erşan EE., Kelleci M., Baysal B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 16): 214-224
55. Smedt DD., Clays E., Doyle F., Kotseva K., Prugger C., Pajak A., Jennings C., Wood D., Bacquer DD. (2013). On behalf of the EUROASPIRE Study Group. Validity and Reliability of Three Commonly Used Quality of Life Measures in a Large European Population of Coronary Heart Disease Patients. *International Journal of Cardiology*. (167): 2294–2299
56. Pourian LE., Kalhori RP., Abdyazdan G., Sharifi A. (2013) Asseesing the effect of Healthy Belief Model application on behavior change of the patiens with myocardial Infarction. *Iran J Crit Care Nurse*. 6(2): 101-108
57. İnangil D., Şendir M. (2014). Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(2): 96-97
58. Özer ZC., Demir Ş. (2012). Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 3(3): 19-32
59. Akbulut E. , Tülüce D., Kahraman BB. (2016).Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*.7(14) : 140-14
60. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendrom, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 2007; 39-52
61. Türkmen E., Badır A., Ergün A. (2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(4) 223-231
62. Joanna Briggs Institute (JBI). Nurse-led intervention to reduce cardiac risk factors in adults. Best Practice (2009) . *Nurse Health Sci*.13(5): 1-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20727078> [01.02..2018]
63. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013) <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. [12.01.2018]

64. Durmaz T., Özdemir Ö., Özdemir BA., Keleş T., Bayram NA., Bozkurt E. (2009). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türk Tıp Bilimleri Dergisi*. 39 (3): 343-351
65. Akgül PK. (2014). *Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Edirne.

8. EKLER

EK-1

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/011

Karar tarihi : 18.04.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 18.04.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101050 Çiğdem KULOĞLU	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi
164101020 Elvan DEMİR	Genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi
164101013 Fikret KILINÇ	Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
164101005 Hüseyin SEVER	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği taburcu olan annelerin bebeğin bakımına ilişkin kaygılarının değerlendirilmesi
164101006 İsmail ÖZTAŞ	Acil servis hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi
164101074 Veysi TÖR	Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi
164101073 Sima ANNAÇ	Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi
164101072 Yusuf İNAL	Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi
164101075 Zekeriya SAKMAN	Koroner hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi

2- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102046 Mustafa Rıdvan CEYLAN	Diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencilerinin üst ekstremitte kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının araştırılması ve üst ekstremitte germe ve gevşeme egzersizlerinin etkisinin karşılaştırılması
154102001 Bayram DÜNDAR	Hemiplejik serebral palsi'li çocuklarda omuz stabilizasyon egzersizlerinin el fonksiyonları üzerine etkisi
164102044 Burcu BAĞCI	Miyofasiyal ağrı sendromu olan hastalarda farklı fizyoterapi uygulamalarının ağrı, özür ve yaşam kalitesi üzerine etkisi
154102027 Satriye KALKAN	Servikal problemlerle birlikte temporomandibular eklem disfonksiyonu olan hastalarda temporomandibular eklem tedavisinin etkinliğinin incelenmesi
154102047 Zehra KILIÇ	Erken dönem serebral palsili çocuklarda servikal bölge egzersizlerinin üst ekstremitte fonksiyonelliğine etkisi
164102036 Sedef ERGİN	Sağlıklı bireylerde "Türk Kalkışı" egzersizinin fiziksel uygunluk parametreleri üzerine etkileri
154102013 Sadık YILDIZ	Bakım evinde yaşayan yaşlı bireylerde egzersiz eğitiminin postüral kontrol ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

YASA / YASA ÖZETİ VE EKLERİ / EĞİTİM SAĞLIK Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı 2. Sayfasıdır.

154102022 Kevser ASLAN	Depresyon tanısı almış kadınlarda denge eğitiminin yaşam kalitesi ve denge üzerine etkisi
154102041 İdris DOĞAN	Presbiyobik kişilerde göz egzersizlerinin görme fonksiyonu ve ince motor becerileri üzerine etkisinin incelenmesi
154102044 Fatma Beyza POLAT	Total diz replasmanı geçirmiş bireylerde geç dönem egzersiz eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması
154102020 Elif Nur BOZ	Nörolojik defisiti olmayan lomber bölge patolojilerinde denge eğitiminin fonksiyonel özür, ağrı düzeyi ve denge üzerine etkisi
164102020 Aysun KAPLAN	Adölesan taekwondo sporcularında pliometrik eğitiminin fiziksel uygunluk parametrelerine etkisi
164102018 Eylül Pınar KISA	Omuz Bölgesi Tendon Patolojilerinde Fonksiyonel Değerlendirme Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi

3- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
164103025 Birsen KARA	Üniversite öğrencilerinin besin desteği kullanma durumlarının belirlenmesi
164103021 Ayşe Gökçe ALP	Otistik bozukluğu olan çocukların beslenme durumlarının tanımlanması ve ailelere verilen beslenme eğitiminin etkisinin belirlenmesi
164103004 Gamze TULUKÇU	Adana ili'nde iki farklı huzurevinde yaşayan yaşlılarda malnutrisyon durumunun tarama testleri ile belirlenmesi

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Aya YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)



Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye

Aylin FILİZ
Haseki Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

ASLI GİBİDİR

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

02.05.2017

Sayın Sima ANNAÇ

“Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” konulu çalışmanız 02.05.2017 tarih ve 2017-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin BELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2017/05
Karar Tarihi : 02.05.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR'ın "...*Hemşirelik Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının ve Mizahla Başa Çıkma Becerilerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Yusuf İNAL'ın "...*Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı ve Ağrı Algısı Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Zekeriya SAKMAN'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Veysi TÖR'ün "...*Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Fikret KİLİNC'in "...*Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Mustafa Rıdvan CEYLAN'ın "...*Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Kas İskelet Sistemi Problemlerinde Üst Ekstremitelerde Germe ve Gevşeme Egzersizlerinin Etkisinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Elvan DEMİR'in "...*Genel Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 İsmail ÖZTAŞ'ın "...*Acil Servis Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ'ın "...*Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerinin Serviks Kanseri, Human Papilloma Virüsü (HPV) ve HPV Aşısının Farkındalıklarının Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Burçak ÖCAL'ın "...*Koroner Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Gamze TULUKÇU'nun "...*Adana İli'nde İki Farklı Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Malnutrisyon Durumunun Tarama Testleri ile Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Çiğdem KULOĞLU'nun "...*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Sima ANNAÇ'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 İnci ARPACI'nın "...*Diş Hastalıklarının Diyabetli Bireylerde Öz Etkililik Algısına Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Bureu BAĞCI'nın "...*Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Farklı Fizyoterapi Uygulamalarının Ağrı, Özür ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Sadık YILDIZ'ın "...*Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Egzersiz Eğitiminin Postür Kontrol ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Tahir DEDEOĞLU'nun "...*Fizyoterapistlerin Mesleki Profesyonelliklerini Uygulayabilme Düzeylerinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
 Mutlu Erdi BİLECEN'in "...*Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalara Saptanan Gereksinimler Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

2017/05 Sayı ve 02.05.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 2. Sayfasıdır.
(Sima ANNAÇ)

Birsen KARA'nın "...Üniversite Öğrencilerinin Besin Desteği Kullanma Durumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ayşe Gökçe ALP'in "...Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Beslenme Durumlarının Tanımlanması ve Ailelere Verilen Beslenme Eğitiminin Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye

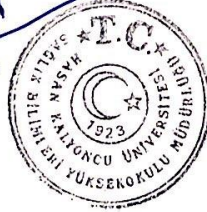
Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

ASLIĞIBİDİR

Güven HOŞ
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sekreteri



ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ BÖLÜMÜN ONAYI

'Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi' konulu çalışma, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul 'unun 02.05.2017 tarih ve 2017-05 nolu kararınca onaylanmış olup; bölümümüzde yapılması uygundur.

Araştırmanın süresi: Temmuz 2017-Mart 2018

Araştırmanın yapılacağı yer: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Nuran Tosun

Araştırmacı: Sima Annaç

Prof. Dr. M. Murat SUCU
Dip. Tes. No. 70322/54480
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kardiyoloji Anabilim Dalı

21.04.2017

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu araştırma “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma sizlere daha iyi hizmet vermeyi ve hasta bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon numarası):

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı-Soyadı: Sima ANNAÇ

İmzası:

HASTA BİLGİ FORMU

A. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Doğum Tarihi:

2. Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

3. Eğitim Durumu:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlköğretim 4) Ortaöğretim 5) Yüksek Öğretim

4. Medeni Durum:

1) Evli 2) Bekar

5. Çalışma Durumu:

1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor (Meslek:)

6. Sosyal Güvencesi:

1) Var 2) Yok 3) Diğer

7. Ekonomik Durumu:

1) Geliri giderinden az 2) Geliri giderine eşit 3) Geliri giderinden fazla

8. Yaşadığı Yer:

1) İl 2) İlçe 3) Belde/Köy

9. Birlikte Yaşadığı Kişi/Kişiler:

1) Eşi ile 2) Eşi ve çocukları ile 3) Akrabası/Yakını ile 4) Yalnız 5) Diğer.....

B. TIBBİ BİLGİLER

10. Tanısı:

- 1) Mİ
- 2) Anjina pektoris
- 3) Unstable anjina pektoris

11. Hastalığın Tanılama Süresi:yılay

12. Hastalığına Yönelik Kullandığı İlaçlar:

- 1) Var
- 2) Yok

Var ise kullandığı ilaçlar:

- a)
- b)
- c)

13. Diğer Mevcut Hastalık/lar:

- 1) Var
- 2) Yok

Var ise hastalık/ları:

- a).....
- a)
- b)

14. Hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu

- 1) Evet
- 2) Hayır

Eğitim aldı ise kimden:

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Diğer (.....)

15. Ailede (birinci derece yakınlarında) kalp hastalığı öyküsü

- 1) Var
- 2)Yok

Ailede kalp hastalığı öyküsü varsa açıklayınız.....

16. Boy: Kilo: BKİ:

17. Sistolik KB:Diyastolik KB:mmHg

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

CÜMLELER	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2. Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5. Yeterince uyurum.				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				

15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için sorarım.				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18. Geleceğe umutla bakarım				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda baksa bir sağlık personeline danışırım				
22. Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				

33. Vücutumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37. Yakın dostlar edinmek için caba harcarım				
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
 3() Yatalağım

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
 2() Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
 3() Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

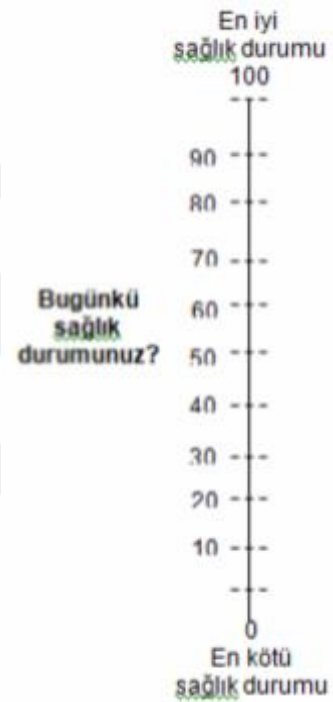
- 1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
 2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
 3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

- 1() Ağrı veya rahatsızlığım yok
 2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
 3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
 2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
 3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



EK-8 (devam)

EQ-5D indeks ölçek: Hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usualactivities), ağrı/rahatsızlık (pain / discomfort) ve endişe / depresyon (anxiety / depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçenektir. Sonuç olarak ölçekle 243 olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümlü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir.

EQ-5D VAS ölçek: Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale) dir. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir.

EQ-5D indeks skor hesabında kullanılan katsayılar:

Boyut	Katsayı
Sabit	0.081
Hareket (Mobility)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.069
Majör problem var	0.314
Öz-bakım (Self-care)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.104
Majör problem var	0.214
Olağan aktiviteler (Usualactivities)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.036
Majör problem var	0.094
Ağrı/rahatsızlık (Pain/discomfort)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.123
Majör problem var	0.386
Endişe/depresyon (Anxiety/depression)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.071
Majör problem var	0.236
N3 (Herhangi bir boyutta majör problem olması durumu)	0.269

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 23/05/2018

Tez Başlığı / Konusu: KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 33 sayfalık kısmına ilişkin, 23/05/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından TURNİTİN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 25'tir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

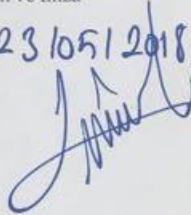
Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Sima ANNAÇ
Öğrenci No: 164101073
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK
Programı: HEMŞİRELİK
Statüsü: Y.Lisans Doktora

23/05/2018


DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.



Prof. Dr. Nuran TOSUN

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

















ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Sima ANNAÇ

İletişim Bilgileri

Adres : Osmangazi Mahallesi Üniversite Bulvarı, 27310
Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Şehitkamil/GAZİANTEP

Mail : simannac@outlook.com

2. Doğum Tarihi : 14.12.1973

3. Ünvanı : Koroner YBÜ Sorumlu Hemşire

4. Öğrenim Durumu :

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Ön Lisans	Hemşirelik	Gaziantep Üniversitesi	1995
Lisans	Hemşirelik	Atatürk Üniversitesi	2010
Yükseklisans	Hemşirelik	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2016- De

5. Eğitim Alınan Toplantı, Seminer, Kurs ve Sertifika Programları Listesi:

1. Türk Kardiyoloji Derneği 6 Kasım 2004 Lipid ve Koroner Hastalığı Çalışma Grupları Ortak Çalışması
2. Türk Kardiyoloji Derneği 23. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (19-23.10.2007)
3. TKD 30. Ulusal Kardiyoloji Kongresi Uygulamalı TAVİ Hemşireliği ve Teknisyenliği Kursu (23.10.2014)
4. Türk Kardiyoloji Derneği 19. Ulusal Uygulamalı Girişimsel Kardiyoloji Toplantısı (12-15.04.2012)
5. Türk Kardiyoloji Derneği 21. Kardiyoloji Kongresi (26.10.2005)
6. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği ve Gaziantep Üniversite'nin işbirliğiile düzenlenen Sağlık Bakanlığı 2. Temel Yoğun Bakım Kursu, 2010
7. Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Hastalıklarında Tanı Tedavi ve Kardiyoloji Hemşireliği Toplantısı (Güncelleme: 2007)

8. Türk Kardiyoloji Derneği Hemşireler için Elektrokardiyografi Kursu (23 Eylül 2006)
9. Türk Kardiyoloji Derneği 25. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (22-25.10.2009)
Türk Kardiyoloji Derneği 3. Bölgesel Eğitim Toplantısı EKG Kursu, 2014
10. Gaziantep Üniversitesi – Sağlık Bakanlığı Yara Bakım, Yoğun Bakım Eğitim Sertifikalı Kurs (2014)
11. Türk Kardiyoloji Derneği 29. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (26-29.10.2013)
12. Türk Kardiyoloji Derneği 30. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (23-26 Ekim 2014)
13. Gaziantep Üniversitesi Katater Sabitleme ve İlişkili Kan Dolaşımı enfeksiyonları ve
14. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Ülseri Önleme Konulu Kurs, 2013
15. Türk Kardiyoloji Derneği 28. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (11-14.10.2012)
16. Hasan Kalyoncu Üniversitesi 3. Ulusal Dahili ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi (5-7.04.2018) Mekanik Ventilasyon Kursu Programı Konu sunumu: Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastanın Bakımı ve Hasta Güvenliği
17. Uzkar Y., Sucu M., Annaç S., Sağ sinüs valsalva ile sağ ventrikül arasında komplike olmuş fistül ve tedavisi: ‘Olgu Sunumu’, Türk Kardiyoloji Derneği 25. Ulusal İnvaziv Kardiyoloji Kongresi, Antalya/2018

