



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KALP HASTALARINDA
YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI**

**NİLAY KÜÇÜKBERBER
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. KÜRŞAT ÖZDİLLİ**

İSTANBUL-2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Nilay KÜÇÜKBERBER tarafından hazırlanan “*Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :23.06.2010

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
:Haliç Üniversitesi/ HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi/ HYO.



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN
:Haliç Üniversitesi/ SBYO.



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Zehra DURNA
İstanbul:Bilim Üniversitesi/ HYO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
:Haliç Üniversitesi/ SBYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Çalışmamın yürütülmesinde bana yol gösteren, destekleyen tez danışmanım çok değerli öğretim üyesi **Yrd.Doç. Kürşat Özdilli' ye,**

Konunun belirlenmesinden başlayarak, çalışma süresince beni motive eden, olumlu düşünceleriyle destek veren, değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, çalışmamın her basamağında profesyonelce destek veren onurlandıran tez danışmanım, Sevgili Hocam **Yrd.Doç.Dr.Hatice Yorulmaz' a,**

Araştırmamı gerçekleştirdiğim, **Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi' ne, Kocaeli' ndeki tüm Devlet Hastanelerine, Özel Konak Hastanesi' ne ve Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne,**

Çalışmama katılmayı açık gönüllük ve istekle kabul eden **tüm katılımcılara,**

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve araştırmanın yürütülmesinde sevgisini ve desteğini esirgemeyen yoğun bakım sorumlusu, ablam **Ferhan Okay' a,**

Çalışma süresince benden yardımlarını esirgemeyip, destek veren **Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerine, beraber çalıştığım tüm ekip arkadaşlarıma ve tüm meslektaşlarıma, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı hocaları ve çalışanlarına,**

Haliç Üniversitesi HYO' nun değerli öğretim üyelerine,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen, beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan değerli annem **Selma Küçükberber' e** ve babam **Atif Küçükberber' e,** manevi desteğini esirgemeyen canım kardeşlerim **Gülây Küçükberber' e** ve **Can Küçükberber' e,**

Arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Nilay KÜÇÜKBERBER

II. İÇİNDEKİLER	SAYFA
I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar ve Simgeler	VII
IV. Şekil, Grafik ve Tabloların Listesi	
Şekillerin Listesi	VIII
Grafiklerin Listesi	VIII
Tabloların Listesi	VIII
1. Özet	1
2. İngilizce Özet	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	5
4.1. Kalp Hastalıkları	5
4.1.1. Kalp Ritmi Bozuklukları	5
4.1.1.1. Sinüs Düğümü Hastalıkları	6
4.1.1.1.1. Normal sinüs ritmi	6
4.1.1.1.2. Sinüs Ekstrasistolleri	6
4.1.1.1.3. Sinüs Taşikardisi	6
4.1.1.1.4. Sinüs Bradikardisi	6
4.1.1.1.5. Sinüs Aritmisi	6
4.1.1.1.6. Hasta Sinüs Sendromu (H.S.S.)	7
4.1.1.2. Sino-Atrial Blok	7
4.1.1.3. Premature Atrial Kompleks (P.A.C.)	7
4.1.1.4. Paroksizmal Atrial Taşikardi (P.A.T.) (Bloklu Atrial Taşikardi)	8
4.1.1.5. Atrial Flatter	8
4.1.1.6. Atrial Fibrilasyon (A.F.)	8
4.1.1.7. Anormal İletim ve Reentri Mekanizması İle Oluşan Aritmiler	9
4.1.1.7.1. AV Nodal Reentri Taşikardisi	9
4.1.1.8. Ventriküler Aritmiler	9
4.1.1.8.1. Ventriküler Ekstrasistol	9
4.1.1.8.2. Ventriküler Taşikardi (V.T.)	9
4.1.1.8.3. Ventriküler Fibrilasyon	10
	II

4.1.1.9. İletim Aritmileri	10
4.1.1.9.1. Birinci Derece A.V. Blok	10
4.1.1.9.2. İkinci Derece A.V. Blok	10
4.1.1.9.3. Üçüncü Derece A.V. Blok	11
4.1.1.10. Kardiyak Pacemaker (Kalp Pili)	11
4.1.2. Koroner Arter Hastalıkları (KAH)	11
4.1.2.1. Koroner Arter Hastalıkları İçin Risk Faktörleri	12
4.1.2.2. Ateroskleroz	13
4.1.2.3. Anjina Pektoris	14
4.1.2.3.A. Stabil Anjina	14
4.1.2.3.B. Unstabil Anjina (U.S.A.P.)	15
4.1.2.4. Akut Miyokard İnfarktüsü (A.M.İ.)	15
4.1.3. Kalbin Yapısal Hastalıkları	18
4.1.3.1. Konjenital (Doğumsal) Kalp Hastalıkları (K.K.H.)	18
4.1.3.2. Romatizmal Kalp Hastalığı	18
4.1.3.3. Kalbin Enfeksiyon Hastalıkları	18
4.1.3.3.A. Romatik Endokardit	18
4.1.3.3.B. Enfektif Endokardit	19
4.1.3.3.C. Miyokardit	19
4.1.3.3.D. Perikardit	19
4.1.3.4. Edinsel Kapak Hastalıkları	20
4.1.3.4.1. Aort Stenozu	20
4.1.3.4.2. Aort Yetmezliği	21
4.1.3.4.3. Mitral Stenozu	21
4.1.3.4.4. Mitral Yetmezliği-Regürjitasyon (M.Y./M.R.)	21
4.1.3.4.5. Mitral Kapak Prolapsusu	22
4.1.3.4.6. Triküspid Kapak Hastalıkları	22
4.1.3.4.6.A. Triküspid Stenozu (T.S.)	22
4.1.3.4.6.B. Triküspid Regürjitasyonu (T.R.)	23
4.1.3.4.7. Pulmoner Valvular Stenoz (P.S.)	23
4.1.3.4.8. Kardiyomiyopatiler	23
4.1.3.4.8.A. Dilate Kardiyomiyopati (Konjestif Kardiyomiyopati)	23

4.1.3.4.8.B. Hipertrofik Kardiyomiyopati	23
4.1.3.4.8.C. Restriktif Kardiyomiyopati	23
4.1.4. Kalp Yetmezliği	24
4.2. Yaşam Kalitesi ve Kalp Hastalığı	27
4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ve Kalp Hastalığı	31
5. Gereç ve Yöntem	35
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	35
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	35
5.4. Veri Toplama Araçları	35
5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	36
5.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	36
5.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD)	37
5.5. Araştırmanın Uygulanması	41
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	41
5.7. İstatistiksel Analiz	41
5.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	42
5.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	42
5.10. Araştırmanın Soruları	43
6. Bulgular	44
6.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri İçeren Bulgular	44
6.1.1. Kalp Hastalarının Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular	44
6.1.2. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgular	44
6.1.3. Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bulgular	47
6.2. Kalp Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Yaşam Kalitesini Etkileyen Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Faktörleri İçeren Bulgular	48
6.2.1. Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular	48
6.2.2. Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	49
6.2.2.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	49

6.2.2.2. Kalp Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	60
6.3. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Faktörleri İçeren Bulgular	68
6.3.1. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular	68
6.3.2. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler	69
6.3.2.1 Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	69
6.3.2.2. Kalp Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	77
6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Ana Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	84
7. Tartışma	85
7.1. Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması	85
7.1.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleriyle Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması	85
7.1.2. Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması	90
7.2. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanı Bulgularının Tartışılması	91
7.2.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanı Bulgularının Tartışılması	91
7.2.2. Kalp Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanı Bulgularının Tartışılması	96

7.3. Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	98
8. Sonuç ve Öneriler	99
9. Kaynaklar	106
10. Ekler	118
Ek-1. Sosyo-Demografik Verilere Yönelik Anket Formu	118
Ek-2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	119
Ek-3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	124
Ek-4. İl Sağlık Müdürlüğü' nden Alınan İzin	127
Ek-5. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi' nden Alınan İzin	129
Ek-6. Özel Konak Hastanesi' nden Alınan İzin	130
Ek-7. Etik Kurul Onayı	130
Ek-8 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Kullanım İzni	134
11. Özgeçmiş	135

III. Kısaltmalar ve Simgeler

A.V.	Atrioventriküler düğüm
S.A.	Sinoatrial
H.S.S.	Hasta Sinüs Sendromu
P.A.C.	Premature Atrial Kompleks
P.A.T.	Paroksizmal Atrial Taşikardi
EKG	Elektrokardiyografi
A.F.	Atrial Fibrilasyon
V.P.S.	Ventriküler Prematüre Sistol
V.T.	Ventriküler Taşikardi
P.M.	Pacemaker
L.C.A.	Sol Koroner Arter
R.C.A.	Sağ Koroner Arter
D.M.	Diyabetes Mellitus
K.A.H.	Koroner Arter Hastalıkları
U.S.A.P.	Unstabil Anjina
A.M.İ.	Akut Miyokard İnfarktüsü
M.I.	Miyokard İnfarktüsü
D.İ.C.	Dissemine İntravasküler Koagülasyonun
K.K.H	Konjenital Kalp Hastalıkları
T.S.	Triküspid Stenozu
T.R.	Triküspid Regürjitasyonu
P.S.	Pulmoner Valvular Stenoz
NYHA	New York Heart Association
S.Y.B.D.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SF-36	Short From-36
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
O ₂	Oksijen

IV. Şekil, Grafik ve Tabloların Listesi

Şekil Listesi	Sayfa
Şekil 1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	29
Grafiklerin Listesi	Sayfa
Grafik 6-1: Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana ve Alt Boyut Puanları	49
Grafik 6-2: Kalp hastalarının Hastalık Türlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Ana Boyut Puanları	61
Grafik 6-3: Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları	68
Grafik 6-4: Kalp Hastalarının Hastalık Türlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları	77
Tabloların Listesi	Sayfa
Tablo 5-1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük ve En Yüksek Puanları, Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu ve Cronbach Alpha Düzeyleri.....	39
Tablo 6-1: Kalp Hastalarının Yaş Değişkeni İçin Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler.....	44
Tablo 6-2: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Değişkenlerine İlişkin Bilgiler	46
Tablo 6-3: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler	48
Tablo 6-4: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 6-5: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması	65
Tablo 6-6: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları	74
Tablo 6-7: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları	81

Tablo 6-8: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Ana Boyutu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	84
Tablo 6-9: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Ana Boyut ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	84

1. ÖZET

Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bu çalışma, kalp hastalığı tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam kalitelerini etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Veri 325 kalp hastasına tanıtıcı bilgi formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Verinin istatistiksel değerlendirilmesinde; t-testi, Tukey testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların; yaş ortalaması 56.98 ± 11.89 , %58.2' si erkek, %39.1' inin koroner arter hastalığı, ateroskleroz, unstabil angina pectoris ve miyokard infarktüsü geçiren hasta grubunda olduğu belirlendi. Kalp hastalarının yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ana boyut puan ortalaması 51.95 ± 22.21 , mental ana boyut puan ortalaması 52.71 ± 19.48 , sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 127.45 ± 20.51 olarak saptanmıştır. Genel olarak; erkek hastaların, 49-60 yaş grubundakilerin, evli olanların, lisans ve üstü mezunların, esnaf ve memur olanların, sosyoekonomik durumu iyi olanların, çalışan hastaların, ek hastalığı olmayanların, hastalıklarıyla ilgili eğitim alanların ve yeterli miktarda bilgi sahibi olanların yaşam kalitesi ölçeği ana ve alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden yüksek puan aldığı, kalp yetmezliği hastalarının ise düşük puan aldığı bulundu ($p < 0.05$). Hastaların yaşam kaliteleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif ilişki bulundu ($p < 0.01$). Sonuç olarak; özellikle kalp yetmezliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesine yönelik çalışmalar yapmak hastaların yaşam kalitesinin artmasını da sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Kalp Hastaları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi.

2. İNGİLİZCE ÖZET

Quality of Life and Healthy Life-Style Behaviors in Patients With Heart

We aimed to identify sociodemographic and disease related factors affecting the quality of life and healthy life-style behaviours and relationships between healthy life-style behaviours and quality of life in patients with heart disease. The data were collected with identifying information form, Quality of Life Scale and Scale of Healthy Life-Style Behaviour to 325 patients with heart disease. For the statistical evaluation of the gathered data, t-test, Tukey test and Pearson correlation analysis were applied. The average of the all examined patients' ages was 56.98 ± 11.89 , % 58.2 were males, and in % 39.1 of all patients coronary artery disease, atherosclerosis, unstable angina pectoris and myocardial infarct were observed. Quality of life scale Physical main dimension mean score was 51.95 ± 22.21 , Mental main dimension mean score was 52.71 ± 19.48 and healthy life-style behaviour scale mean score was 127.45 ± 20.51 for the heart disease patients. Generally speaking, male patients, the patients in the age group of 49 to 60, married patients, patients having graduated from college or Ph.D. courses, patients who are artisans and public officers, the patients having good socio-economic status, working patients, patients who don't have any additional diseases referred and patients who have relevant knowledge of their diseases had higher scores in Quality of Life Scale main and subdimensions and Healthy Life-Style Behaviour Scale whereas cardiac failure patients had lower scores in these fields ($p < 0.05$). A statistically significant positive correlation was found between the patients quality of life and healthy life-style behaviour ($p < 0.01$). As a result, working on developing the healthy life-style behaviour of cardiac failure patients in particular will help to increase the quality of life of the abovementioned patients.

Key Words: Heart patients, Quality of Life, Healthy Life-Style Behaviors.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp hastalıkları birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de erişkin yaş grubunda önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Kalp hastalıklarının; konjenital (doğumsal) kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, kalbin enfeksiyon hastalıkları, edinsel kapak hastalıkları, kardiyomyopatiler, koroner arter hastalıkları, ateroskleroz, miyokard infarktüsü, ritm bozuklukları, kalp yetmezliği gibi çeşitleri vardır (Akdemir ve Birol, 2003). Kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar genellikle bireylerin yaşam biçimlerinden kaynaklanmaktadır (Öztek, 1992).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Pender, 1987). Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıklarını, hastalık durumu ve hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiklerini, bireyin bakış açısıyla değerlendirme olanağı vermektedir (Başalan ve Özer, 2003).

Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler; bağımsız olarak yaşamlarını sürdürürler, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen kişilerin, yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha kolaylıkla yerine getirdikleri belirtilmektedir.

Kronik hastalığın her türü fonksiyonel güçsüzlüğe, fiziksel iyilik halinde bozulmalara yol açar ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olur. Hasta bireyler özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Akyol, 1993).

Yapılan literatür incelemelerinde ülkemizde kalp transplantasyonu sonrası ve kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili çalışmalar dışında diğer kalp hastalıklarına sahip bireylerde yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili fazla sayıda çalışmaya rastlamadık.

Bizde bu nedenle yaptığımız çalışmada;

- 1) Kalp hastalığı tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin,
- 2) Kalp hastalığı tanısı almış hastaların yaşam kalitelerini etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin,
- 3) Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kalp Hastalıkları

Kalp hastalıkları bütün toplumlarda önemli bir toplumsal sağlık sorunudur. Bu hastalıklar hem çok sık görülür, hem de çok sayıda insanın ölümünden sorumludur. Bütün ülkelerde ölüm nedenleri arasında en başta gelen hastalıklar kalp hastalıklarıdır. Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yarısına yakın bir bölümü kalp hastalıkları nedeniyle olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde oran biraz daha düşük olmakla birlikte, bu ülkelerde de insanların ölümüne yol açan başlıca hastalıklar kalp hastalıklarıdır (Bilir, 2008).

Kalp hastalıklarını şu şekilde sınıflandırabiliriz:

4.1.1. Kalp Ritmi Bozuklukları

Aritmiler uyarının meydana gelişinde ya da iletilmesindeki bozukluk nedeniyle gelişir. Bazı aritmiler de hem uyarının meydana gelmesi hem de iletilmesindeki bozukluğun birlikte olması ile oluşur.

Aritmiler ritmin kaynağına göre:

- Sinüs düğümü
- Atrium
- A.V. düğümü
- Ventrikül

Uyarının oluşumu ya da iletme göre:

- Bradikardi
- Taşikardi
- Ritim bozukluğu
- Flutter
- Fibrilasyon
- Prematür kompleks
- Bloklar şeklinde olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.1. Sinüs Düğümü Hastalıkları

4.1.1.1.1. Normal sinüs ritmi

Normal sinüs ritmi 60 ile 100 vuru/dak arası sıklıkta sinüs nodundan kaynaklanan uyarı oluşumu ile sınırlıdır. Yenidoğanlar ve çocuklarda yetişkinlere göre hem dinlenmede hem de egzersizde daha hızlıdır. Sinüs ritm hızı önemli oranda yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite gibi birçok faktöre bağlı olarak değişebilir (Zipes et al., 2007).

4.1.1.1.2. Sinüs Ekstrasistolleri

Sinüs düğümünden düzenli uyarılar arasında çıkan ekstra uyarı sinüs ekstrasistolüdür. Klinik bir önemi yoktur ve tedavi gerektirmez (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.1.3. Sinüs Taşikardisi

Kalp hızının 100/dk' nın üzerinde olmasıdır (üst sınır 160-170/dk). EKG' de P dalgası, PP mesafesi ve QRS normaldir, her P dalgasını takiben QRS gelir, sadece hız artmıştır. Birçok kardiyak ve sistemik hastalıklara (ateş, hipoksi, hipertroidi, infeksiyon, betamimetikler) veya sempatik aktivasyona sekonder fizyolojik cevaptır. İdiyopatik olarak da görülebilir (Kadayıfçı, 2009).

4.1.1.1.4. Sinüs Bradikardisi

Yetişkinlerde sinüs bradikardisi sinüs nodu deşarjı 60 vuru/dak dan daha yavaş olduğunda var olabilir. P dalgası normal görünümüne sahiptir ve her QRS kompleksinden önce oluşur. Beraberinde sinüs aritmisi sıktır.

4.1.1.1.5. Sinüs Aritmisi

Sinüs düğüm düzensiz uyarı çıkarı, hız inspirasyon ile artar, ekspirasyon ile azalır. Sinüs aritmisinde hız 60-100 arasındadır, ritim irregülerdir, QRS genellikle normal, P dalgası normal, PR aralığı 0.12-0.20 saniyedir (Akdemir ve Birol, 2003).

Sinüs aritmisi gençlerde sıklıkla olur, özellikle daha yavaş hızlarda ya da artmış vagal tonusu takiben örneğin, dijital ya da morfin uygulamasından sonra, hem yaşla hem de diabetik nefropati gibi otonomik disfonksiyonla azalır.

Sinüs aritmisinin oluşturduğu semptomlar sık değildir, fakat bazen, vurular arası pauseler uzun sürerse, çarpıntı ya da baş dönmesi olabilir. Eğer bir kaçış ritmi eşlik etmiyor ise var olan sinüs aritmisi senkop oluşturmak üzere yeterli sinüs pausesi yapabilir (Zipes et al., 2007).

4.1.1.1.6. Hasta Sinüs Sendromu (H.S.S.):

H.S.S., sinüs nodal anormalliklerini kapsayan sendromların vurgulamak için tanımlanır. Bunlar;

1. Fizyolojik durumlara uygun olmayan ve ilaçların neden olmadığı persistent spontan sinüs bradikardisi
2. Sinüs arrest ya da çıkış bloğu
3. S.A. ve A.V. iletim hastalıklarının kombinasyonu ya da
4. Hızlı regüler ya da irregüler atriyal taşiaritmilerin paroksizmal değişimi ve yavaş atriyal ve ventriküler hız (bradikardi-taşikardi sendromu) periyotları.

Yaşlılarda vagal tonusun artışına bağlı olarak görülen sinüs bradikardisiyle karıştırılmamalıdır. Ayrıca kalpteki yavaşlamanın herhangi bir ilaçla da ilgili olmaması gerekir (Terek ve Soydan, 1990).

Temelinde romatizmal kalp hastalığı, ateroskleroz veya sinüs nod dejenerasyonu bulunabilir. Paroksizmal baş dönmesi, konfüzyon, aşırı bradikardi, taşikardi episodları ile ilişkili, intermitan kalp debi azalmasına bağlı senkop veya göğüs ağrısı (taşikardi esnasında) görülebilir (Gök, 1996).

4.1.1.2. Sino-Atrial Blok

Uyarının sinüs düğümünden atriuma geçerken bloke olmasıdır. Bunun iki tipi vardır. Bunlar; Mobitz I ve II' dir.

- Mobitz I' de sinoatrial blokta PP aralıklar giderek kısalır (bu blok oluncaya kadar devam eder).
- Mobitz II' de intermitant olarak P dalgası görülmez.

Etiyoloji: Koroner arter hastalığı, sklero, romatizmal kalp hastalığı, kardiyomyopati, konjenital kalp hastalığı, cerrahi travma, hipertansiyon, perikardit, miyokardit, amiloidozis, sistemik lupus, muskuler distrofi H.S.S.' ye neden olabilir.

4.1.1.3. Premature Atrial Kompleks (P.A.C.)

Prematüre kompleksler irregüler nabzın en sık nedenleri arasındadır. SA nodun uyarısından önce, elektriksel uyarı atriumda başlar. P.A.C .genellikle sinüs taşikardisi ile birlikte dir. P.A.C.' de ritim düzensizdir, erken P dalgası görülür, PP aralığı diğerinden kısadır (Akdemir ve Birol, 2003; Zipes et al., 2007).

Etiyoloji: Alkol, nikotin, kafein, hipervolemi, anksiyete, hipokalemi (düşük potasyum düzeyi), atrial iskemi, yaralanma, infarktüs ve metabolik değişiklikler nedeniyle P.A.C. gelişebilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.4. Paroksizmal Atrial Taşikardi (P.A.T.) (Bloklu Atrial Taşikardi)

P.A.T. atriumlarda ektopik bir odaktan birbiri ardına çıkan uyarılar nedeniyle atriumların sürekli kasılmasıdır. Hız genellikle 150-200 / dakikadır. Nöbetler şeklinde başlayıp, ani olarak sonlanan P.A.T. digitalis intoksikasyonunda görülebilir. P.A.T. altta bir kalp hastalığı yoksa masum bir ritim bozukluğudur. Çoğunlukla genç, sinirli kişilerde ve daha sık olarak bayanlarda görülür. P.A.T.' a neden olan organik nedenler arasında koroner arter hastalığı, akut ya da kronik miyokardit sayılabilir.

4.1.1.5. Atrial Flutter

Atrial flutter, atriumda hızlı ve düzenli depolarizasyonla karakterize bir aritmidir. Dakikada atım sayısı 250-400'dir. Düzenli bir ritmdir. Uyarıların ventriküle geçişi 2/4, 4/1 şeklindedir. EKG' de testere dişi görünen P dalgası ile karakterizedir (Akdemir ve Birol, 2003).

Etiyoloji: Septal defekt, pulmoner emboli, mitral ya da triküspit kapak stenozu ya da regurjitasyonu ya da kronik kalp yetmezliği nedenli atriyal dilatasyonun sonucunda olabileceği gibi altta yatan kalp hastalığı olmaksızın da nadir olarak görülebilir. Kalbi etkileyen toksik ya da metabolik durumlar (örnek olarak; tirotoksikozis, alkolizm, perikardit) atrial flutter' a neden olabilir. Bazen atrial flutter konjenital ya da konjenital kalp hastalığı için yapılan cerrahiye takiben olabilir (Zipes et al., 2007).

4.1.1.6. Atrial Fibrilasyon (A.F.)

Atrial fibrilasyon (A.F.) atriumların depolarizasyonunun 400-600/ dakika olduğu bir aritmidir. Ventrikül hızı ise 120-180 civarındadır, bu bakımdan atrial ve ventriküler ritm ciddi derecede düzensizdir.

Etiyoloji: Birçok muhtemel tetikleyici faktör vardır. Kalp cerrahisi, mitral darlık, atrial septal defekt, miyokardit, koroner kalp hastalığı, korpulmonale, pulmoner emboli, alkol, hipertansiyon, ateşli hastalık ve göğüs travması atrial fibrilasyon nedenleri arasında sayılabilir (Terek ve Soydan, 1990; Gök, 1996; Swanton, 2006).

4.1.1.7. Anormal İletim ve Reentri Mekanizması İle Oluşan Aritmiler

Reentri (reentry), bir uyarının kalbi uyardıktan sonra tekrar tekrar aynı yeri uyarmasıdır.

4.1.1.7.1. AV Nodal Reentri Taşikardisi

Normal QRS kompleksi olan, ani başlayıp ani duran ve genellikle hızı 150-250/dakika arasında olan düzenli bir aritmidir.

Etiyoloji: Kafein, nikotin, hipoksi, stres, koroner arter hastalığı ve kardiyomiyopati nedeniyle A.V. nodal reentri gelişebilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.8. Ventriküler Aritmiler

4.1.1.8.1. Ventriküler Ekstrasistol

Ventrikül myokardında sinus nodunu beklemeden oluşan elektiriki aktivitelerdir (Kadayıfçı, 1999).

Etiyoloji: Normal kişilerde görülebildiği gibi miyokard infarktüsü, dijital intoksikasyonu, kalp yetmezliği, semptomimetik ilaçlar, hipoksi, mitral kapak prolapsusu ventriküler prematüre sistol (V.P.S.) etkeni olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.8.2. Ventriküler Taşikardi (V.T.)

Üç ya da daha çok sayıda ventriküler erken vurunun ardı ardına gelmesidir (Komsuoğlu, 2004). Bu ritm hızlı ve genel olarak düzenli bir ritmdir. Hız dakikada 150-200 arası olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

V.T. süresince oluşan semptomlar, taşikardi süresi ventriküler hıza, altta yatan kalp hastalığı ve periferal damar hastalığının derecesine ve varlığına bağlıdır (Zipes et al., 2007). V.T.' li hastalarda ventrikülün işlevsel bozukluk derecesi prognoz yönünden önemli mesajlar taşımakla birlikte, buna bakarak V.T.' nin hasta tarafından ne kadar iyi tolere edileceğini kesin olarak söyleyebilmek her zaman olanaklı değildir. Aşırı hızlı bir V.T., diğer bakımlardan çok sağlıklı bir kişide senkopa yol açabileceği gibi, ventrikülleri ağır biçimde hasara uğramış hastalarda gelişen yavaş bir V.T. şaşırtıcı derecede iyi tolere edilebilir (Terek ve Soydan, 1990).

Etiyoloji: V.T.' ler genellikle yapısal kalp hastalığı ile birlikte bulunur, fakat bazen sağlıklı kişilerde de gelişebilirler (Gök, 1996). Koroner arter hastalığı, mitral kapak prolapsusu, kardiyomiyopati, elektrolit bozuklukları ve antiaritmik ilaçlar ventriküler taşikardi nedeni olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.8.3. Ventriküler Fibrilasyon

Ventriküler fibrilasyon en tehlikeli aritmidir. Etkin kardiyak output olmayacağı için doku perfüzyonu bozulmuş ve bilinç kaybolmuştur, kısa zaman içinde kardiyak arrest gelişir, o nedenle derhal tedavi edilmesi gerekir.

4.1.1.9. İletim Aritmileri

İletim aritmileri; uyarının atriumdan ventriküle iletilmesinde anormal bir yavaşlama ya da bir, birden fazla ya da hiçbir uyarının ventriküle iletilmemesidir.

4.1.1.9.1. Birinci Derece A.V. Blok: Uyarının atriumdan ventriküle geçişi yavaşlamıştır. Önemli bir hemodinamik değişiklik görülmez.

Etiyoloji: Sağlıklı kişilerde de görülebilir. Vagal tonüs artışı, dejeneratif hastalıklar, akut inferior miyokart infarktüsü, miyokardit, dijital, beta blokerler, hiperkalemi ve atrial pil uygulaması birinci derece A.V. blok nedenleri arasında sayılabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.9.2. İkinci Derece A.V. Blok

Fizyolojik interferansın bulunmadığı bir zamanda, ventriküle giden bazı atriyal uyarıların bloke edilmesi ikinci derece A.V. bloğunu oluşturmaktadır. İletilemeyen P dalgası, düzenli ya da düzensiz aralıklarla kesintili veya sık olabilir ve sabit ya da uzamakta olan PR aralıkları sonrasında görülebilir. Ayırt edici özelliklerinden birisi, iletilen P dalgalarının, tekrar PR aralıklarıyla QRS kompleksi arasında bağlantı kurabilmesidir (Zipes et al., 2007).

Bu blokun Mobitz I ve II olmak üzere iki tipi vardır.

Mobitz I A.V. Blok: Wenckebach bu tip A.V. blokta PR aralığı giderek uzar sonunda QRS dalgası görülmez ve sonra aynı döngü yinelenir. Hemodinamik değişiklikler, altta yatan kalp hastalığına ve ventrikül hızına göre değişir. Genellikle semptom vermez.

Etiyoloji: Atletlerde, dijital alanlarda, akut enfeksiyonlarda, üremide, elektrolit bozukluklarında, akut inferior miyokart infarktüsünde Wenckebach görülebilir.

Mobitz II A.V. Blok: PR aralığı uzaması olmadan bir P' nin bloke olmasına tip II AV blok denir. Bu blokta genellikle olay his demetindedir.

Hemodinamik değişiklikler altta yatan nedene ve ventrikül hızına bağlıdır. Mobitz II tip blokta genellikle önemli bir kalp sorunu olabilir bu nedenle de tedavide kalp pili önerilir.

4.1.1.9.3. Üçüncü Derece A.V. Blok

Tam blok olarak da ifade edilen blokta atrium ve ventriküller biri birinden bağımsız olarak hareket eder.

Etiyoloji: Tam blokların nedenleri arasında dejeneratif değişiklikler, miyokard infarktüsü, dijital, akut enfeksiyonlar, elektrolit bozukluğu, travma cerrahi müdahaleler, tümörler, kardiyomiyopati, kalsifiye aort darlığı, miks ödem, amiloid, skleroderma sayılabilir. Ayrıca ailesel yatkınlıkta olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.10. Kardiyak Pacemaker (Kalp Pili)

İlk olarak 1950’li yıllarda insan vücuduna yerleştirilmeye başlanan oldukça ilkel nitelikteki pacemaker (P.M.)’ lar günümüze dek büyük bir gelişme göstermişlerdir. Öyle ki, günümüzde kullanılan pacemakerlar oldukça küçülmüş, ömürleri uzamış ve hemen hemen normal fizyolojiyi aratmayacak yeteneklerle donatılmışlardır (Terek ve Soydan, 1990).

Pacemakerlar kalp ritim bozukluklarının düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadırlar. Aritmileri, özellikle bradiaritmi tedavisi için en önemli ve güvenilir yöntemdir. Pacemaker kalp atışını düzenlemek için vücuda yerleştirilen elektronik bir cihazdır. Hava almayan bir kutu içerisine yerleştirilmiş bir bataryadan ve elektronik devrelerden oluşur. Artifiyel kalp pilinden doğan elektriksel uyarılar, pace elektrodu ile kalbe iletilir. Kalp pilinin uyarı çıkarma hızı ihtiyaca göre düzenlenir (Gök, 1996).

4.1.2. Koroner Arter Hastalıkları (K.A.H.)

Koroner arter hastalıkları grubunda anjinapektoris, miyokart infarktüsü yer almaktadır. Her iki hastalıkta da temel neden aterosklerozdur. Damar lümenini atherom plağı ile daralması ya da tıkanması ile hastalık belirtileri gelişir (Akdemir ve Birol, 2003).

K.A.H. gelişmiş ülkelerde en büyük ölüm sebebidir.

Kalbi besleyen iki ana koroner arter vardır. Bunlar; sol koroner arter (L.C.A.) ve sağ koroner arter (R.C.A.)’ dir (Çil ve ark., 2002).

Koroner arterlerin büyüklük, pozisyon ve kan sunduğu bölgelerde önemli değişiklikler vardır. Miyokarda esas kan sunumunu sol koroner arter yapmaktadır (Gök, 1996).

4.1.2.1. Koroner Arter Hastalıkları İçin Risk Faktörleri

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri:

- Aile öyküsü,
- Yaşın artması,
- Cinsiyet.

Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri:

- Sigara,
- Kan basıncı yüksekliği (140/90 mmHg üzeri),
- Diyabetes Mellitus,
- Düşük HDL kolesterol (35 mg/dl altı),
- Yüksek LDL kolesterol (130 mg/dl üzeri),
- Total kolesterol (200 mg/dl üzeri),
- Şişmanlık,
- Stres,
- Hareketsiz yaşam.

Aile öyküsünde koroner arter hastalığı oluşu riski artırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003). Ateroskleroz, genler ve çevre arasındaki çok sayıda ve karmaşık etkileşimin bir sonucudur. Bireyin proaterojenik faktörlere yanıtını ve damar duvarının aterojen uyarıya yatkınlığını sıklıkla genetik yapı belirler. Ancak çevresel faktörler plak oluşumu ve hastalığın ilerleme hızını belirgin şekilde etkileyerek, koroner arter hastalığı gelişip gelişmeyeceğini belirler (Feyizoğlu, 2006). Yaş ilerledikçe koroner arter hastalığı riski artar, genel olarak erkeklerde 45 yaşından sonra kadınlara göre risk daha fazladır ancak menapozdan sonra (yaklaşık 55 yaşından sonra) risk açısından kadın-erkek farkı kalkar. Çünkü östrojenin kandaki alfa ve beta lipoproteinleri düşürücü etkisi olduğu bilinmektedir.

Sigaranın karbon monoksit düzeyini artırması nedeniyle kanda oksijenin taşınması azalır ve kullanılabilir oksijenin azalması kalbin pompa gücünü olumsuz etkiler. Ayrıca nikotinin vazokonstrüktör etkisi ile koroner kan akımı azalır. Yine nikotin katekolaminlerin salınımına neden olarak kan basıncını yükseltir. Bunlara ek olarak sigara trombositlerin kümelenmesini ve damar duvarına yapışmasını kolaylaştırır, böylece trombus gelişme olasılığı artar.

Hipertansiyonda da ateroskleroz nedeniyle miyokardın oksijen gereksinimini artırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003). Hipertansiyon ve hiperkolesterolemi koroner ateroskleroz oluşumunda güçlü bir şekilde etkileşir. Kan basıncının temel bileşenleri arasında kararlı bir bileşen olan ortalama arter basıncı ve pulsatil bir bileşen olan nabız basıncı yer almaktadır. Orta ve ileri yaşlarda büyük arterlerin katılığı arttığı için sistolik basınç yükselir ve diyastolik basınç düşer, böylece nabız basıncı artar. Framingham çalışmasına göre iskemik kalp hastalığı riskini öngörmede nabız basıncı sistolik ve diyastolik basınçtan daha üstündür. Yaşla birlikte arterlerin katılaşması yaşlılarda iskemik kalp hastalığı riskinde önemli bir paya sahip olabilir (Franklin et al., 1999).

Diyabetes Mellitus (D.M.), K.A.H. riskini kadınlarda yedi kat, erkeklerde iki ile üç kat artırmaktadır (Mosca et al., 1999). D.M. trombotik olayları artırarak ateroskleroza bağlı olay riskine katkıda bulunabilir (Feyizoğlu, 2006).

Düşük HDL ve yüksek LDL kolesterol düzeyide K.A.H. riskini artırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003). Yüksek LDL- kolesterol düzeyi primer iskemik kalp hastalığı risk faktörü olarak gözükmektedir. Total ve LDL- kolesterol yüksekliği ile aterosklerotik olay görülme sıklığı arasında güçlü bir ilişki vardır (Feyizoğlu, 2006).

Şişmanlık da gerek beslenme şekli, kan glikoz ve kolesterol düzeyleri gerekse hareket sınırlılığı nedenleri ile K.A.H. riski fazladır.

Sürekli stres durumunun organizmada yarattığı değişiklikler nedeniyle de K.A.H. riski artmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.2.2. Ateroskleroz

Ateroskleroz nedenleri tesbit edilip, tedavi edildiği takdirde durdurulabilen veya geriletilebilen multifaktoriyel, morbit ve mortal, sadece koroner damarları değil, tüm arteryal yapıları tutabilen ve etkileyen sistemik bir hastalıktır (Çil ve ark., 2002).

Ateroskleroz, damar duvarının kalınlaşması ve esnekliğinin kaybolması ile karakterize arteryel hastalık grubunun bir parçasıdır. Bu hastalıklar için kullanılan ortak terim arterlerin sertleşmesi anlamına gelen “arteriyoskleroz” dur.

Hasar, ateroskleroz için iyi bilinen risk faktörleri ile ilişkili bir faktörlerin kombinasyonuna bağlıdır. Bu faktörler: yüksek ve modifiye düşük dansiteli lipoprotein (LDH) kolesterol; hipertansiyon, diyabetes mellitus ve sigaradır (Crawford et al., 2003).

4.1.2.3. Anjina Pektoris

Koroner arter hastalıkları arasında en sık görülen anjina pektorisdir. Miyokardın oksijen gereksinimi artar ve bu gereksinim karşılanamazsa anjina pektoris belirtileri gelişir (Akdemir ve Birol, 2003).

Etiyoloji ve Patofizyoloji

Anjina pektorisin en sık rastlanan nedeni aterosklerozdur. Ayrıca aort stenozu, hipertrofik kardiyomyopati ve koroner arterit de nedenler arasında sayılabilir.

Egzersiz, yüksek emosyonel stres ya da yüksek adrenerejik aktivite miyokardın O₂ gereksinimini artırır. Normal koşullarda kalp bu talebi otheregölasyon mekanizmaları (kalp hızı, kontraktilite ve ventrikül duvarın gerilmesi) ile karşılar. Sağlıklı bir kalp koroner kan akımını birkaç kat artırır, bu artışın sağlanmasında lokal olarak oluşan laktat, adozin, histamin, bradikinin ve serotonin gibi vazoaaktif maddeler etkili olabilmektedir. Miyokardın O₂ gereksinimi karşılanamadığında:

- EKG değışiklikleri,
- Anjina,
- Sol ventrikül fonksiyon bozuklukları gelişir.

Anjina klinik seyrine göre stabil ve unstabil anjina olarak iki gruba ayrılır.

4.1.2.3.A. Stabil Anjina

En belirgin özelliği; son zamanlarda şiddetinde, ciddiyetinde ve başlatıcı etkenlerde bir değışiklik yoktur. Yakınmalar belirli bir düzeyde devam eder (Akdemir ve Birol, 2003).

Anjina pektorisi anlatan göğüs rahatsızlığı genellikle miyokardın yetersiz oksijenlenmesi ile ilişkilidir. Bu durum büyük ölçüde egzersiz esnasında maksimum kan akımını azaltmak için yeterli olan en az % 50' lik stenozu içeren altta yatan koroner aterosklerozu yansıtır (Gould et al., 1974). Her ne kadar sabit segmental koroner stenoz egzersizin etkilediği artmış oksijen gereksinimlerini karşılamak için yeterli miyokard kan akımını engellese de, koroner aterosklerozun endotele bağlı gevşemenin eksikliği ile ilişkilili yaygın vasküler hastalık olduğunun ortaya koyulması önemlidir (Treasure et al., 1995). Bu eksiklik daralan koroner arterdeki egzersizin indüklediği koroner vazokonstriksiyona aracılık eder ve sonucunda oksijen ihtiyacının karşılanması ve anjinada son noktaya gelen ihtiyaç arasında dengesizliğe neden olur (Topol et al., 2002).

Zihinsel ve fizisel stresin angina pectoris ve iskemiye alevlendirdiği bilinmektedir; zihinsel stres taşikardi, hipertansiyon ve artan kontraktileteye bağlı olarak orantılı bir biçimde artan miyokardın oksijen gereksinimiyle birlikte sempatik aktivasyon ile düzenlenir (Deanfield et al., 1983). Bu durum, bölgesel koroner akımı da azaltarak iskmik miyokardiyum üzerine çifte tehlike oluşturur. Her ne kadar stabil anginası olanlarda zihinsel stres esnasında endotele bağlı epikardiyal koroner vazodilatasyon yetmezliği kanıtlanmış olsa da, tek başına iskeminin ortaya çıkışını açıklamakta yetersiz olduğu görülmektedir (Yeung et al., 1991). Bu nedenle, koroner direnç damarlarının vazokonstriksiyonun operasyonel olması muhtemeldir (Topol et al., 2002).

4.1.2.3.B. Unstabil Anjina (U.S.A.P.)

Hastada son iki ayda başlayan ya da giderek şiddetlenen ve istirahat durumunda ya da hafif egzersizde gelmeye başlayan anjina'dır.

Anstabil anjinanın en önemli özelliği miyokart enfarktüsünün habercisi olmasıdır ve ciddiyet durumuna göre dört gruba ayrılır.

Klas I: Yeni başlayan ve giderek artan anjina'dır. Yürüme, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerinde anjina olmaz, ancak uzun süreli ve zorlu egzersizler sırasında anjina görülür.

Klas II: İstirahat anjinasıdır ve subakut bir tablodur. Günlük aktivitelerde hafif bir kısıtlanma vardır. Hızlı yürüme, merdiven çıkma, yokuş çıkma, yemekten sonra ya da soğuk ve rüzgarlı havada yürüme, uzun yürüme, emosyonel stres ile, uyandıktan sonraki saatlerde anjina gelişir.

Klas III: İstirahat anjinasıdır ve akut bir tablodur. Günlük aktivitelerde belirgin bir kısıtlanma vardır. Kısa yürüyüşler, bir kat merdiven çıkma anjinayı başlatır.

Klas IV: Tüm aktivitelerde anjina gelişir ve istirahat durumunda da vardır.

4.1.2.4. Akut Miyokard İnfarktüsü (A.M.İ.)

Akut miyokard infarktüsü, kalp kasının ciddi ve uzun süreli iskemisi nedeniyle hücre hasarı ve nekrozu olarak tanımlanabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

Koroner arterler içindeki otopregülatuar mekanizmalar, atherosklerotik plaklar bulunsa bile, miyokarda yeterli oksijen sunumunu genellikle devam ettirirler. Ancak bu koruyucu mekanizmalar bozulduğunda, uzamış iskemi veya miyokard infarktüsü gelişebilir (Gök, 1996).

Etiyoloji ve Patogenez: Akut miyokard infarktüsünün en sık nedeni koroner arterin plak yırtılması sonrasında ortaya çıkan trombüsle tıkanması olduğu bilinmektedir (Falk et al, 1995). Koroner arterin tıkanmasını, zaman geçtikçe değişikliğe uğrayan bir nekroz alanının oluşumu izler. İnfarktüsün yeri, büyüklüğü ve transmural tutulumun olup olmaması, koroner arter hastalığının şiddeti ve infarktüstten sorumlu arterin açık veya tıkalı olmasıyla miyokard infarktüsüne bağlı komplikasyonların gelişimi arasında sıkı bir bağlantı vardır (Hochman and Gersh, 2002).

Başlatıcı olay hastalıklı arter duvarında plağı saran ve ateromu arter lümeninden ayıran plak kapağı bütünlüğünün kaybolması sonucu ortaya çıkan bir çatlak ya da fissür oluşumudur (Davies et al., 1996). Fissür ya da belirgin plak rüptürü kollajen gibi subendotel matris bileşenlerine maruz kalmaya neden olarak platelet aktivasyonu ve trombüs oluşumunu uyarır (Topol et al., 2002). Ayrıca, ekstrinsik koagülasyon kaskadını direk olarak aktive eden ve fibrin oluşumunu hızlandıran doku faktörü de arteriyel hasarla birlikte salınır (Moreno et al., 1996). Eğer oklüzyon trombüs oluşursa, hastalarda etkilenen miyokard alanında zengin kollateral gelişimi olmadığı sürece akut ST segment elevasyonlu M.I. gelişebilir. Diğer yandan oluşan trombüs oklüzif olmaktan ziyade mural olabilir ve hastada instabil angina ya da “o anki hasarın” eksikliği ya da tam kalınlıkta miyokard iskemisini ifade eden EKG’ de non-ST-segment elevasyonlu değişiklikler (ST çökmesi ya da T-dalgası değişiklikleri) görülebilir (Topol et al., 2002).

Koroner embolizm nedenleri arasında:

- Enfekte endokardit
- Prostetik (yapay) kapaklar
- Neoplazmalar
- Kalp ameliyatında yanlışlıkla kaçırılan hava
- Kalsifiye plakların temizlenmesi sırasında kopan kalsiyum parçacıkları
- Göğüs travmalarının koronerlerde tromboz oluşturması
- Oral kontraseptif kullanımı sayılabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

İskemik sendromlar, özellikle genç kişilerde veya koroner risk faktörleri bulunmayan kişilerde gelişirse, atheroskleroz dışı diğer sebeplerin akla getirilmesi gerekir. Mekanik veya infekte olmuş kalp kapaklarından gelişen emboli, koroner

dolaşımı tıkayabilir veya akut vaskülitde gelişen inflamasyon, koroner okluzyonu başlatabilir (Gök, 1996).

Ayrıca anjiyografide koroner arterleri normal olan kişilerde de A.M.İ. görülebilmektedir. A.M.İ. geçiren hastaların yaklaşık % 6'sında koroner arterlerde bir sorun saptanmamaktadır. Bu grup hastalar genç hastalardır, anjina pektoris öyküleri yok ancak sigara öyküleri vardır ve bir kısmında miyokard lezyonu bulunmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003).

A.M.İ.'nin giderek artan bir sebebi de kokain tutkunluğudur. Kokain, norepinefrinin presinaptik re-uptake'ini bloke ederek sempatik tonüsü artırır ve adrenal katekolamin salınımını yükseltir ve bunlarda vazospazma sebep olarak miyokard O₂ sunumunu azaltırlar. O₂ sunumunun azalması ve sempatik miyokard stimülasyonu (kalp hızı ve kan basıncında artışla) ile miyokard O₂ talebinin artması sonucu infarktüs gelişebilir (Gök, 1996).

A.M.İ.'nin oluşması için olası mekanizmalar arasında:

- Koroner spazmın M.I.'a yol açtığı gösterilmiştir
- Koroner emboliler
- Anjiyografide saptanamayacak kadar küçük koroner arter trombozisi
- Polistemia vera, polistemi ile seyreden siyanotik kalp hastalıkları, orak hücreli anemi, D.İ.C., trombozitozis ve trombositopenik purpura
- Oksijen gereksiniminin artması
- Sepsis, kan kaybı ya da farmakolojik maddelere bağlı hipotansiyon
- Koroner arteriovenöz fistüller ve koroner arterlerin anatomik değişiklikleri sayılabilir.

M.I.'da kalp fonksiyonlarının kaybı sol ventrikül hasarının büyüklüğü ile ilişkilidir. Geniş bir miyokard dokusu iskemiye uğrarsa sol ventrikülün pompalama işlevi bozulur, kalp debisi, atım hacmi ve kan basıncı azalır, sol ventrikül doluş basıncı artar. İskemi sol ventrikülün diyastolünü de etkiler ve sol ventrikül kompliansı azalarak diyastol sonu basınç artar. Buna bağlı olarak pulmoner konjesyon gelişir ve pulmoner venöz hipertansiyon görülür. Sol ventrikülün yeterince boşalamaması "preload"ın artmasına ve ventrikül dilatasyonuna buda ventrikül afterload'ının artmasına neden olur (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3. Kalbin Yapısal Hastalıkları

4.1.3.1. Konjenital (Doğumsal) Kalp Hastalıkları (K.K.H.)

Konjenital kalp hastalıkları, kalp hastalıkları arasında önemli yeri olan hastalıklardır. Bu hastalıklar doğuştan olan yapısal ve fonksiyonel anormallikleri içerir.

Konjenital kalp hastalıklarının nedenleri arasında genetik faktörler, gebelik döneminde alkol içilmesi, herpes virüsü ve kızamıkçık enfeksiyonları ve kullanılan taltalidomide, folik asit antagonistleri, difenilhidantoin, trimethadion, lityum klorür, oral antikoagülanlar ve östrojen-progestron kombinasyonları gibi ilaçların kullanılması, annenin diyabetik olması, radyasyon K.K.H.'nin nedenleri arasında sayılabilir. Ayrıca deniz seviyesinde çok yükseklerde doğum yapanların bebeklerinde patent duktus arteriosusun açık kalması oldukça sık rastlanan bir K.K.H. sorunudur.

K.K.H.'da siyanoz, çökelme, çomak parmak, efor dispnesi, hipoksi, büyüme ve gelişme geriliği sık görülen belirti ve bulgularındandır. K.K.H. arasından sık görülen bazıları şunlardır (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3.2. Romatizmal Kalp Hastalığı

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonucu oluşan enflamatuvar bir sistemik bağ dokusu hastalığıdır (Komsuoğlu, 2004). Akut eklem romatizması bir çok organı etkiler genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonundan sonra eklemlerde eklemlerde akut poliartirit, kardit, sinir sistemi, deri ve deri altı dokuda meydana gelen enflamasyon belirtileri ile seyreden bir hastalıktır.

Etiyoloji ve Patofizyolojisi: A grubu beta hemolitik streptokoklar temel etkindir. Patofizyolojisi çok açık değildir. Ancak akut eklem romatizmasının otoimmün bir hastalık olduğu üzerinde durulmakta, bir başka görüşe göre de septokok toksinlerine karşı gösterilen duyarlık ile tablonun gelişim mekanizması açıklanmaktadır.

4.1.3.3. Kalbin Enfeksiyon Hastalıkları

Kalbin enfeksiyon hastalıkları endokardit, miyokardit ve perikardittir. Bunların üçünde de temel yaklaşım önleme yöneliktir.

4.1.3.3.A. Romatik Endokardit

Kalbin endokard tabakasının enflamasyonudur.

Etiyoloji ve Patogenez: A grubu streptokoklar ile gelişen romatik fever sonucu endokardit gelişir. Romatik fever tüm eklemlerde poliartirit yapar, hastalığın etkilediği

diğer hedef organ kalptir. Mikroorganizmanın etkilediği dokuda lökositler toplanır, nodüller oluşur ve skar dokusu gelişir.

4.1.3.3.B. Enfektif Endokardit

Endokardın bakteri, mantar, riketsia ve streptokok enfeksiyonları ile gelişen enfeksiyon hastalığıdır. Enfeksiyöz endokardit akut ve subakut endokardit şeklinde seyredebilir (Akdemir ve Birol, 2003). Akut bakteriyel endokardit, kısa süreli (günler, haftalar, nadiren aylar) seyreder, tedavisiz kalındığında ölüme yol açar ve primer nedeni genellikle virulan stafilokoklardır. Subakut bakteriyel endokardit, en fazla streptokokus viridansı ile meydana gelir, uzun sürer (aylarca), daha hafif seyreder ve uygun tedavi ile prognoz daha iyidir (Gök, 1996).

Romatizmal hastalıklar, sifiliz, arteriyosklerotik kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları endokardit eğilimini artırır. Bakteriyel endokarditler genellikle böbrek ve akciğerin akut enfeksiyonlarından ve kulak, burun ve boğaz, ağız, diş müdahalelerinden sonra görülebilir.

Enfektif Endokarditin Risk Faktörleri:

- Tüm invazif girişimler,
- Kalp kapak ameliyatı,
- Kalbin konjenital malformasyonları,
- Kardiyomiyopati,
- Bakteriyel endokardit öyküsü (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3.3.C. Miyokardit

Miyokardın enfektif, toksik ya da otoimmün nedenli enflamasyonla seyreden hastalıkları için kullanılır. Miyokard enflamasyonu kas liflerinde, interstisyum ve/veya damar yapılarında olabilir (Komsuoğlu, 2004).

4.1.3.3.D. Perikardit

Perikardit; visseral ve paryatal perikard yapraklarının enflamasyonudur (Kadayıfçı, 1999).

Etiyoloji: Perikardit nedenleri arasında;

- İdyopatik ve spesifik olmayan faktörler,
- Enfeksiyonlar,
- Destek doku hastalıkları,
- Hipersensivite,

- M.I., pnömoni, anevrizma,
- Radyasyon tedavisi,
- Travma,
- Böbrek yetmezliği ve üremi,
- Tüberküloz sayılabilir.

Patofizyoloji: Perikarda enflamasyon reaksiyonu gelişir, lökositler, fibrin bariyeri, pıhtılaşma faktörleri bölgeye gelir, perikard kapillerinin geçirgenliği artar ve boşluğa sıvı sızar.

Perikardit dört şekilde gelişebilir:

- Akut perikardit,
- Akut eksüdatif perikardit,
- Kronik eksüdatif perikardit,
- Kronik konstrüktif perikardit.

4.1.3.4. Edinsel Kapak Hastalıkları

Kazanılmış kapak hastalıkları genel olarak; aort, mitral, pulmoner ve triküspit kapaklarda stenoz ve yetmezlikler-regürjitasyon şeklinde görülmektedir (Akdemir ve Birol, 2003).

Kapakların görevi kanın tek yönde ve daima ileri gitmesini sağlamaktır.

Kalp kapaklarında meydana gelen bozukluklara bağlı olarak kalp boşluklarında ya aşırı volüm yüklenmesi (mitral yetmezliği veya aort yetmezliğindeki gibi) veya basınç yüklenmesi (aort darlığındaki gibi) meydana gelir (Çil ve ark., 2002).

4.1.3.4.1. Aort Stenozu

Aort kapağının doğumsal ya da romatizmal nedenlerle dejenerasyonu ve kalsifikasyonu ile gelişir.

Etiyoloji ve Patofizyoloji: Etiyolojisinde biküspit aort ya da kalsifiye ve romatizmal lezyonlar olabilir. Romatizmaya bağlı aort stenozu mitral kapak hastalığı ile birlikte olur.

Aort stenozu sol ventrikül sistolü ile aortaya fırlatılan kanın önünde bir engel oluşturur. Buna bağlı olarak kalp debisi azalır ve zaman içinde de ventrikül hipertrofisi gelişir, bunu daha sonra dilatasyon izler.

4.1.3.4.2. Aort Yetmezliği

Diyastol sırasında sol ventriküle regürjitasyonun (kanın geriye kaçması) gerçekleşmesine aort yetmezliği ya da regürjitasyonu denir.

Etiyoloji ve Patofizyoloji: Akut eklem romatizması, sifiliz, endokarditler, romatoit artirit, Behçet hastalığı, sistemik lupus, Reiter sendromu, hipertansiyon ve kapak prolapsusu ve ventriküler septal defekt gibi hastalıklar aort yetmezliğine neden olabilir.

Aort yetmezliğinde regürjitasyon arttıkça sol ventrikül yükü artar, ventrikül duvarı gerilir, diyastol sonu basıncı artar. Daha sonra pulmoner konjesyon gelişir. Bu olayların sonunda kalp yetmezliği pulmoner konjesyon belirti ve bulguları gelişir. Bunlar çarpıntı, dispne, anjina pectoris gibi belirtiler görülür. Fizik muayenede diyastolik üfürüm alınır, radyolojik olarak sol ventrikül hipertrofisi ve kalsifikasyon odakları ve EKG değişiklikleri görülebilir.

4.1.3.4.3. Mitral Stenozu

Kapaklarda fibröz kalınlaşma, sertleşme, korda tendinealarda kalınlaşma, sertleşme, büzüşme, yapışıklık, kısıalma ve kalsifikasyon nedeniyle mitral kapak açıklılığının daralması sonucu:

- Sol atrium basıncında artma ve büyüme,
- Pulmoner konjesyon,
- Kalp yetmezliği ile karakterize bir hastalıktır (Akdemir ve Birol, 2003).

Etiyoloji: Romatizma, konjenital mitral stenozu, sol atrial miksoma ve kalsifikasyon mitral stenoz nedenleri arasındadır.

Romatizmal mitral stenozu kadınlarda daha fazla görülür. Bunlarında 2/3' ü 45 yaşın altında olan kadınlardır (Çil ve ark., 2002; Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3.4.4. Mitral Yetmezliği-Regürjitasyon (M.Y./M.R.)

Mitral kapak yeterince kapanamadığında kan sol ventrikülden sol atriuma regürjite olur (Akdemir ve Birol, 2003).

Etiyoloji: Mitral yetmezlik hastalarındaki anatomik değişiklikler, alta yatan etiyolojiye göre farklılık göstermektedir (Topol et al., 2002).

Mitral yetmezlik, romatizmal endokardit, enfeksiyöz endokarditler, korda tendinealarda gevşeklik, yapışıklık, büzüşme, kopma ve rüptür, lupus, papillar kasların fonksiyon bozuklukları nedenleri ile gelişebilir (Akdemir ve Birol, 2003).

Mitral kapakta tutulum yapan enfeksiyöz endokardit, yaprak yırtılmasına, perforasyona ya da korda rüptürüne sekonder mitral yetmezliğe neden olabilir (Roberts, 1983). Akut mitral yetmezlik, kademeli olarak subakut ve kronik kapak yetmezliği gelişimine zemin hazırlayabilir (Topol et al., 2002).

4.1.3.4.5. Mitral Kapak Prolapsusu

Mitral kapağın yaprakçıklarından bir ya da ikisinin sol atriuma doğru kaymasıdır (Akdemir ve Birol, 2003). Daha çok arka kapakçıkta veya her iki kapakçıkta izlenir (Çil ve ark., 2002). Popülasyonun % 5-10' unda ve sıklıkla 24-50 yaş grubundaki kadınlarda görülür (Akdemir ve Birol, 2003).

Etiyoloji: Mitral kapak prolapsusunun primer mi, sekonder mi olduğunun bilinmesi son derece önemlidir. Primer mitral kapak prolapsusu doğuştan olma bir anomalidir. Sekonder mitral kapak prolapsusu özellikle bağ dokusu defekti olanlarda sıktır (Çil ve ark., 2002). Pek çok neden mitral kapak prolapsusuna neden olur. Kapak dejenerasyonu, kapak da mükopolisakkarit birikimi, korda tendinea rüptürü, papiller kas disfonksiyonu ya da rüptürü, miyokard infarktüsü mitral prolapsus nedenleri arasında sayılabilir.

4.1.3.4.6. Triküspid Kapak Hastalıkları

4.1.3.4.6.A. Triküspid Stenoza (T.S.)

Sağ atriümdan sağ ventriküle kanın geçişini sınırlayan bir darlık olduğunda triküspit stenozundan söz edilir.

Etiyoloji ve Patofizyoloji: T.S. nadir görülür, kadınlarda daha sık görülür ve çoğunlukla neden romatizmal kardittir (Çil ve ark., 2002; Akdemir ve Birol, 2003). T.S. de valvüllerde, kalınlaşma, büzüşme, yapışıklık, sertlik ve kalsifikasyon vardır. Kapaktaki darlık nedeniyle sağ atriümdaki kanın diyastolde sağ ventriküle geçişi sınırlıdır ve sağ atrium basıncı yükselir (Akdemir ve Birol, 2003).

Şiddetli triküspit stenozda kardiyak debi azalır. Sağ atriümdaki basıncın yükselmesi ile sağ atrium dilatasyonu gelişir. Sağ atrial basınç, sistemik ven basıncı ve sistemik kapiller basınçtaki artış ile birlikte ilk olarak bağımlı alanlarda (örneğin ayak bilekleri) olan ve daha sonra progresif bir şekilde uyluk, abdomen ve toraksa ilerleyen ödem meydana gelir. Son olarak ödem yüze yayılır ve bu durum anazarka olarak bilinmektedir. Ayrıca asit ve perikardiyal efüzyon gelişimi de mevcuttur (Waller et al 1995; Topol et al., 2002).

4.1.3.4.6.B. Triküspid Regürjitasyonu (T.R.)

Kanın sistolde sağ ventrikülden sağ atriuma kaçmasıdır.

Etiyoloji: Miyopati, romatizmal kardit, valvüllerde kalınlaşma, fibrosiz, yapışıklık, serleşme ve büzölmeler görölür, koroner kalp hastalığı, enfeksiyöz endokardit, bağ dokusu hastalıkları, travma ve radyasyon T.R. nedeni olabilir.

4.1.3.4.7. Pulmoner Valvular Stenoz (P.S.)

Pulmoner arterin çıkış bölgesinde pulmoner kapaklarda darlık vardır.

Etiyoloji: Konjenital, romatizmal kardit, kanserler, kalp tümörleri ve pulmoner kalsifikasyonlar PS' ye neden olabilir.

4.1.3.4.8. Kardiyomiyopatiler

4.1.3.4.8.A. Dilate Kardiyomiyopati (Konjestif Kardiyomiyopati)

En çok bilinen kardiyomiyopati tipidir (Akdemir ve Birol, 2003). Sol ventrikülün veya her iki ventrikülün birlikte genişlemesi ve kontraktilesinin azalmasıyla karakterizedir (Çil ve ark., 2002). Yetersiz sistolik fonksiyon sonunda, ventrikülde kasılmadan sonra kalan kan miktarı artar. Buna bağlı olarak atrium ve ventrikülde trombüsler oluşur. Kalp kasının kontraktil lifleri zayıflamıştır ve kalp kası hücresinde yaygın nekroz gözlenir. Hamilelik ve aşırı miktarda alkol alımı kardiyomiyopatinin diğer nedenleri arasındadır.

4.1.3.4.8.B. Hipertrofik Kardiyomiyopati

Daha az bilinen şeklidir. Bu tip ventrikülde simetrik ya da asimetrik bir hipertrofi söz konusudur. Çoğunluğu ailesel özellik gösterir. Kalınlaşma ve kas kitlesinin artması özellikle ventriküler semptomda dikkati çeker. Ventrikül boşluğu küçölmüştür ve ventriküler daha uzun süre gevşek kalır. Bu durum ventrikülün diyastolde dolmasını güçleştirir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3.4.8.C. Restriktif Kardiyomiyopati

Restriktif kardiyomiyopati, “normal ya da normale yakın sistolik fonksiyonun eşlik ettiği tek ya da her iki ventriküldeki azalmış diyastolik volüm ve restriktif dolum” ile karakterize edilen bir miyokard hastalığı olarak tanımlanır (Richardson et al., 1996). Hastalığın erken evresinde sistolik fonksiyon normal olabilirken hastalığın etiyojisine bağlı olarak duvar kalınlığı normal ya da artmış olabilmektedir (Topol et al., 2002). Amiloidoz ve infiltratif hastalıklar nedeniyle gelişir. Progresif bir süreçtir ve kalbin

pompa yeteneği bozulmuştur, strok volüm azalır ve kalp yetmezliği gelişir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.4. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği büyük bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir (Topol et al., 2002). Diğer süregen (kronik) hastalıklarla karşılaştırıldığında, süregen kalp yetersizliğinin yaşam kalitesini en fazla bozan hastalık olduğunu görmekteyiz (Kepez ve Kabakcı, 2004).

Spesifik bir hastalık değil bir sendrom olduğu için, kalp yetmezliğinin bir çok çeşidi ve yönü vardır. Dikkatli bir öykü alımı ve fizik muayene sonucunda tanısı koyulan bir sendrom olan kalp yetmezliğinin klinik tanımı geniş olarak düşünülecek olursa, karakteristik hemodinamik ve nöroendokrin patern ile birlikte ortaya çıkan kalp anormalliğidir. Baskın olarak akciğerlerde (nefes darlığı), böbreklerde (tuz ve su retansiyonu) ve iskelet kaslarında (yorgunluk) sekonder organ anormallikleri ile karakterizedir ancak temel problem daima kalp içerisindedir. Kalp yetmezliği sendromu akut miyokard enfarktüsü, inflamatuvar miyokardit, anormal kasılma fonksiyonu ile birlikte gen mutasyonları, kalp kapak hastalığı, tedavi edilmemiş ciddi hipertansiyonu içeren birçok etiyolojik faktörün kalbe zarar verdiği ortak bir sonuç yolunun ekspresyonudur. Neredeyse tüm kalp hastalığı tipleri kalp yetmezliği sendromu ile sonuçlanabilir (Topol et al., 2002).

Kalp yetersizliği, kalbin yapısal veya fonksiyonel bozukluğundan kaynaklanan dolum veya pompa fonksiyonlarında bozulmanın izlendiği; yorgunluk, efor ile gelen nefes darlığı (ileri evrelerde dinlenme halinde), ortopne, paroksizmal noktürnal dispne, noktüri, mental durum değişiklikleri, anoreksi ve abdominal ağrı ile karakterize olabilen kompleks bir klinik sendromdur.

Ventriküler sistolik fonksiyon bozukluğu miyokardın kasılabilirlik gücünün kaybıyla karakterizedir. Telafi mekanizmaları olarak ventriküler hipertrofi ya da dilatasyon eşlik eder.

Kalp yetersizliğinin nedeni sol ventrikül fonksiyonlarındaki bozulmadır. Sol ventrikülün sistolik ya da diyastolik fonksiyonlarındaki bozukluk, kalp yetersizliğine neden olabilir. Diyastolik disfonksiyonunda sorun sol ventrikül doluşundadır. Sol ventrikül boyutu normaldir, ancak diyastol sonu basınç artmıştır. Sistolik

disfonksiyonunda ise sol ventrikül genellikle dilate olmuş ve duvar hareketleri azalmıştır (Kepez ve Kabakcı, 2004).

Kalp Yetersizliğinin Patofizyolojisi

Kalp yetersizliğindeki fizyopatolojik bozukluklar çok karmaşıktır ama ortak özellik kalbin pompa işlevindeki bozulmadır (Baykal ve ark., 2002).

Kalp yetmezliği, sempatik sinir sistemi cevabı, venöz dönüşü ve kontraktileti artırır.

Kalp yetmezliklerinin çoğunda sistolik fonksiyon bozukluğu vardır.

Kardiyomiyopati ve amiloidoz gibi bazı hastalıklar da diyastolik fonksiyon bozukluğu ön plandadır. Birçok kalp yetmezliğinde de sistolik ve diastolik fonksiyon bozuklukları birlikte dir.

Bazı durumda da kalp yetmezliği akut başlayabilir. Miyokard infarktüsü örnek olarak verilebilir. Sistolik fonksiyon bozukluğunda miyokardın kontraksiyon gücü azalmıştır. Sol ventrikül atım hacmi düşer, sistol sonu volüm artar. Bu volüm artışı, atriama oradan da pulmoner venlere, pulmoner venüllere ve pulmoner kapiller sisteme yansır. Pulmoner sistemde kapak olamadığı için sol atrium basıncı aynı derecede pulmoner basınç artışı yaratır. Ayrıca sol yetmezlikte kalp debisi de düştüğü için nörohormonal aktivasyon gerçekleşir ve renin anjiotensin-aldosteron mekanizması devreye girer (Akdemir ve Birol, 2003). Sonuçta, damar içi volüm artacaktır. Sağlam olan sağ ventrikül bunu sol ventriküle pompalayacak ancak yetersizlikte olan sol ventrikül bunu çevreye pompalayamadığı için fazla miktardaki kan volümü akciğer venöz sisteminde birikecektir (pulmoner venöz konjesyon, pulmoner venöz hipertansiyon).

Akciğerdeki arteriyoller, basıncın artması halinde venler gibi genişleyemezler. Mediyadaki kas hücrelerinin hipertrofisi ile arteriyollerde kasılma meydana gelir. Böylece akciğer damar direnci artar. Bu sağ ventrikülün art yükünü artıracığından zamanla sağ kalp yetersizliği de tabloya eklenecektir (Baykal ve ark., 2002).

Diyastol fonksiyon bozukluğu ile seyreden yetmezliklerde ventrikülün dolması normalden yüksek bir basınç ile oluşabilmektedir. Bu yüksek basınç nedeniyle hastalarda pulmoner konjesyon bulguları gelişir (Akdemir ve Birol, 2003).

Kalp Yetersizliği Evreleri ve Sınıflandırılması

Kalp yetersizliğinin fonksiyonel kapasiteye etkilerini değerlendirmek için “New York Heart Association (NYHA)” tarafından bir sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. Buna göre hastalar da semptom oluşması için, efor düzeyine göre I’ den IV’ e kadar evrelere ayrılır.

I. Evre: Hasta günlük yaşamını hiçbir fiziki kısıtlaması olamadan devam ettirebilmektedir.

II. Evre: Hasta günlük yaşamında ağır efor gerektiren aktivitelerde semptomatik hale geçmektedir. Örneğin; 3-4 kat merdiven çıkmakla nefes darlığı ve yorgunluk hissetmektedir.

III. Evre: Günlük yaşamda hafif eforlar bile semptom oluşturmaktadır. 1 kat merdiven çıkmak, düz yolda yürümek gibi.

IV. Evre: İstirahatte bile semptomatiktir.

Bu sınıflamanın bazı sınırlamaları olmakla birlikte, hastaların efor kapasitelerinin değerlendirilmesinde oldukça değerlidir (Kepez ve Kabakcı, 2004).

Sol ventrikül disfonksiyonu esas olarak miyokarda meydana gelen bir hasar veya stres ile başlayan ve yeni bir olay olmasa da ilerleyen progresif bir süreçtir.

Etiyoloji: Kalp yetmezliğine neden olan durumlar şunlardır:

Hipertansiyon, aort darlığı, aort koarktasyonu, pulmoner hipertansiyon, pulmoner darlık afterload artışına yol açarak yetmezlik yaratır.

Aort yetmezliği ve stenozu, mitral yetmezliği, triküsbit yetmezliği ve arteriyovenöz fistüller preload artışına yol açarak yetmezlik yaratır.

Koroner iskemisi, akut miyokart infarktüsü gibi kanlanma yetersizliği yaratan durumlar kalp yetmezliği yaratabilir.

Miyokardit, miyokardiyopati, endokardiyal fibröz, miyokardın ileri derecede hipertrofisi, miyokard rüptürü gibi kalp kasının kendi hastalığı kalp yetmezliğine neden olmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003).

Sağ kalp yetersizliğine en fazla neden olan patoloji sol kalp yetersizliğidir. Bunun dışında mitral darlığı, pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale, pulmoner kapak patolojileri de sağ kalp yetersizliği nedenleridir (Baykal ve ark., 2002).

4.2. Yaşam Kalitesi ve Kalp Hastalığı

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Laborde ve Powers (1980), Young Longman (1983); yaşam kalitesini, yaşamdan doyumunu da içine alan bir yöntem çeşitliliği olarak; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır (Aktaran: Akyol, 1993).

Yaşam kalitesi kavramının dinamik, soyut ve çok yönlü özellikler taşıması nedeni ile tanımlanması güçleşmektedir. Yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmaktadır (Kızılcı, 1997, Başalan ve Özer, 2003). Yaşam kalitesi, bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (Beşer ve Öz, 2003). Grant ve Rivera (1990) yaşam kalitesini çok yönlü ve ölçülebilir tanımının olması gerekliliğini vurgulamışlar ve yaşam kalitesini fiziksel iyilik, psikososyal uyum, sosyal iyilik ve inanç değerler olarak dört grupta toplamışlardır (Akyol, 1993; Beşer ve Öz, 2003).

Yaşam kalitesini değerlendirmeye neden olan ilgi son yıllarda artmıştır. İnsanlar giderek yaşamın uzunluğu ile değil, niteliği ile ilgilenmeye başlamışlardır (Kızılcı, 1997). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır (Tüzün ve Eker, 2003). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramındaki sağlık, gündelik yaşam için bir kaynak olarak anlaşılmalıdır. Gereksinimlerin karşılanmak, beklentileri gerçekleştirmek ve çevreyle başa çıkabilmek için kişilere ve gruplara olanak sağlayan bir kaynaktır (Koçoğlu, 2006).

Sağlık ile yaşam kalitesi birbirini kapsayan kavramlardır. Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Sağlığın fiziksel ve ruhsal yönleri tıp ve sağlık bilimleri tarafından bilinmektedir. Ancak “tam iyilik hali” ni bilinen ölçeklerle tanımlamanın mümkün olmadığını, özellikle “sosyal yönden tam iyilik hali” kavramının açıklanamaması gereksiniminden yola

çıkılarak insan hayatının niteliği (rahatlık, kalite) üzerinde düşünölmeye başlanmıştır (Fidaner, 2004).

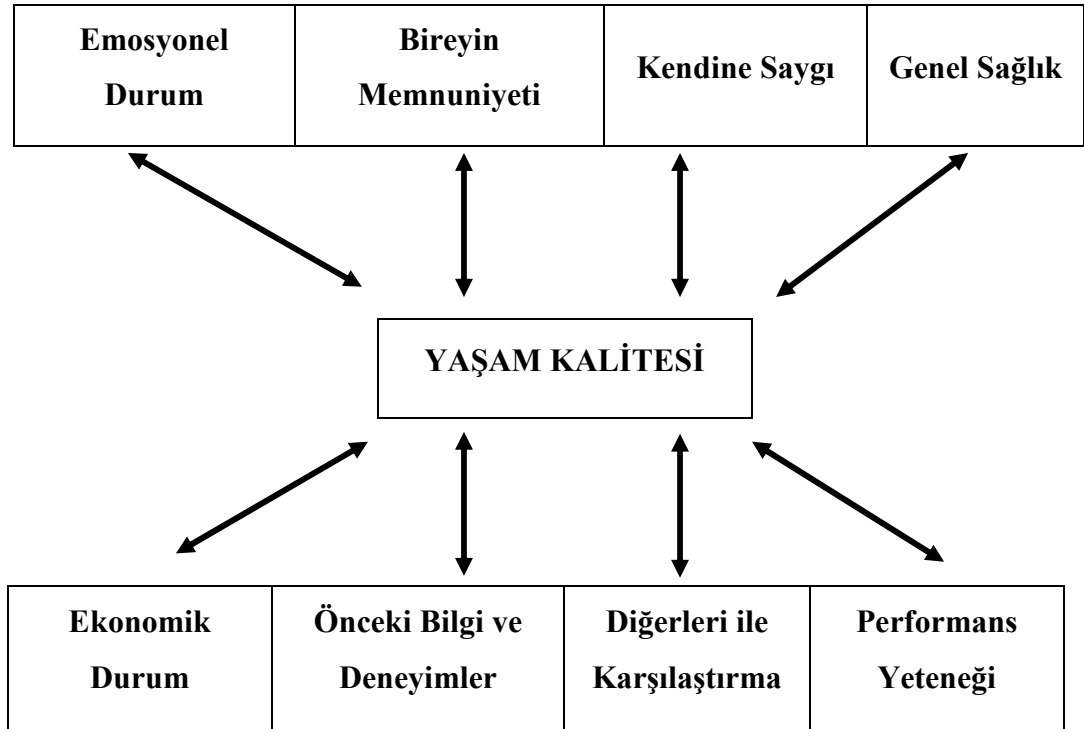
Sağlıkta yaşam kalitesi kavramının içine nelerin girmesi gerektiği konusunda farklı görüşler olmakla birlikte, örneğin bedensel ve ruhsal becerilerin, kişinin kendine özgü beklenti ve algılarının bu tanımda yer almasının uygun olacağını aşağı yukarı bütün yazarlar benimsemektedir. Ancak, sağlıkta yaşam kalitesi için bütün otoritelerce üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanım, henüz geliştirilmemiştir (Bozdemir, 2006).

Sağlıkta yaşam kalitesi;

- İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.
- Yaşamın iyi ve doyum sağlayan özelliklerinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.
- Hastanın beklentileri ile ulaşabildikleri arasındaki farkın olabildiğince az olmasıdır.
- Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.
- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.
- Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (Fidaner, 2004).

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi ölçümleri ile bir hastalık ve hastalığın tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkilerinin incelenmesi hedeflemektedir. Glenda (1993) yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşımdan yola çıkarak yaşam kalitesinde etkileyen faktörler Şekil 1'de görölmektedir.

Şekil 1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler (Glenda, 1993)



Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (Akyol, 1993; Glenda, 1993; Testa and Simonson, 1996).

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamsal tüm boyutlarını içine alan ve yaşamını etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Yaşam kalitesi dört boyutta incelenmektedir (Glenda, 1993; Testa and Simonson, 1996; Pınar, 1996; Pınar, 1997).

1. Fiziksel Durum: Bireyin gelişim dönemi özelliklerine göre gerçekleştirmesi beklenen aktiviteleri içerir.

- Kendi kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma),
- Hareket (evin içinde ve dışında hareket edebilme yeteneği),
- Fiziksel etkinlikler (yürüme, merdiven çıkma),
- Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller).

2. Ruhsal İyilik Hali: Bireyin farklı durumlara uyum sağlama yeteneği ve ruhsal durumunu içerir. (örneğin; depresyon).

3. Sosyal Katılım: Hastanın eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği, sosyal faaliyetlere katılma sıklığıdır.

4. Hastalık ve Tedavi ile ilgili Fiziksel Semptomlar: Bireyin yaşam kalitesini etkileyen hastalık ve tedavi sürecinde gelişebilecek komplikasyonlardır.

Konjestif kalp yetmezlikli bir hastada fonksiyonel kapasite sınırlandığı ve çok sayıda semptom bulunduğu için yaşam kalitesi bozulmaktadır (House-Fancher and Griego, 1996).

Konjestif kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesinin artırılması; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesini, davranış değişikliği başlatılmasını, hastaların değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini, hastaların hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif olarak katılımını ve işbirliğini gerektirmektedir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (Durademir, 1999).

Yapılan bir çalışma konjestif kalp yetmezliği nedeniyle hastaların cinsel aktiviteleri de dahil olmak üzere birçok aktivitesinin kısıtlandığını göstermiştir (Jaarsma et al., 1996). Konjestif kalp yetmezliği prognozu kötü olabilen bir hastalık olduğu için günümüzde önemli bir klinik ve sağlık bakım sorunu olarak düşünülmektedir (House-Fancher and Griego, 1996).

Koroner arter hastaları insan yaşamına getirdiği kısıtlamalardan dolayı bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilediği için bu tür hastalar beklenenden daha kısa sürede hastaneye tekrar yatmakta, taburcu olduktan sonra yaşamının sonuna kadar bu hastalık ile yaşamaktadırlar (Revicki, 1989; Birol ve ark., 1996; Kuzu, 1996). Hastalıkla beraber yaşama süresinin artması uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Koroner arter hastaları bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta, yaşamdan doyum bulmasını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Eski, 1999).

4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (S.Y.B.D.) ve Kalp Hastalığı

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Pender (1992) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeterli dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Esin, 1997).

Birçok sağlığı geliştirme modeli ve sağlığı geliştirme ile ilgili uygulamalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında bireylere sorumluluk yüklenmekte ve sağlığı geliştirme için bireylerin eğitimi önemsenmektedir (Koçoğlu, 2006).

Pek çok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az yüzde ellisinin bireyin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir.

Toplum ya da toplum grupları için etkin sağlığı geliştirme programları hazırlanabilmesinde, o toplumun sağlık davranışlarının tanınmasına gereksinim vardır. Bu amaçla geliştirilmiş ölçme araçları ile çeşitli toplum gruplarının sağlık davranışlarını tanımlayıcı araştırmaların hızla yapılması önerilmektedir. Bu sonuçlara göre hazırlanacak sağlığı geliştirme programları ile birey, aile ve toplum sağlığı geliştirilebilecektir.

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve pek çok sağlık kuruluğu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği, iş sağlığı geliştirme programların uygulanmasından ise iş sağlığı hemşirelerinin sorumlu olduğu görülmektedir (Pender et al., 1992; Kong, 1995; Çakır, 2003).

Hastalık, ölüm ve sakatlıkların azaltılması için birey ve toplumun sağlıklı yaşam biçimi düzeylerinde artış olması gerekmektedir. Sağlıklı yaşamda;

- Manevi gelişim,
- Sağlık sorumluluğu,
- Fiziksel aktivite,
- Beslenme,
- Kişilerarası ilişkiler,
- Stres yönetimi

gibi 6 faktör oldukça önemli düzeyde bir etkiye sahiptir (Barnum, 1990; Spradley, 1990; Spellbring, 1991, Pender and Barkauskas, 1992, Ahijevych and Bernhard, 1994).

Kendini Gerçekleştirme/Manevi Gelişim: Maslow' a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır (Erkan, 1990). Kendini gerçekleştirmiş, diğer bir anlatımla psikolojik bakımdan sağlıklı bireyler kendilerini olduğu gibi kabul ederler ve kendilerinden şikayetçi olmazlar. Aynı zamanda kendileri ile doyum sağlarlar, eksiklik veya hatalarından dolayı rahatsız olmazlar (Erkan, 1990; İncir, 1993).

Sağlık Sorumluluğu: Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili olarak tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Karakoç, 2006).

Egzersiz/Fiziksel Aktivite: Amerikan Kalp Vakfı, kalp hastalıklarının oluşmasında egzersiz yoksunluğunu risk faktörü olarak kabul etmektedir. Egzersiz yapılarak yeniden hareketliliğin sağlanması sonucu, insan için daha kaliteli bir yaşam söz konusu olabilir. Bu egzersizin önemli bir işlevini “herkes için sağlık” sloganı ile ortaya çıkan ve kitlelerin sağlıklarını korumayı amaçlayan yönünü ortaya koymaktadır. Sağlıklı yaşam için egzersiz düşüncesi ile 1950' li yıllardan sonra önemli araştırmalar yapılmıştır. Araştırma bulguları temel fizyolojik işlevlerin egzersiz ile daha iyi gelişebildiğini, bunun sonucu olarak özellikle koroner kalp rahatsızlıkları başta olmak üzere pek çok rahatsızlığın azaltılmasında koruyucu etkisi olduğunu, rehabilitasyondaki önemini, kaygı, stres ve depresyonun azaltılmasındaki rolünü ortaya çıkarmıştır (Willis and Campbell, 1992; Erkan, 1998; Koroç, 1998).

Beslenme: Bugün sahip olduğumuz yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıkları bizden önceki kuşaklara göre birçok açıdan büyük değişiklikler göstermektedir. Günümüz insanı teknolojik yenilikler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sayesinde farklı bir yaşam tarzı sürdürmektedir. İşini daha çok oturarak yapmakta, kendine daha çok zaman ayırabilmekte diğer yandan daha az hareket etmekte ve bu yaşam biçimi bireylerin enerji harcamasını büyük ölçüde azaltmaktadır. Bunun yanında kişilerin beslenme alışkanlıklarında da büyük değişiklikler olmuş; aşırı yemek yeme fazla saf besin ve yağ tüketim, alkol, işlenmiş besin, fast food yiyecek tüketme eğilimine itilmişlerdir. İnsan yaşamındaki bu değişiklikler insan bedeninin fiziksel yapısının değişmesine, boya uygun beden ağırlığının artmasına, başka bir ifade ile şişmanlığa neden olmuştur (Baysal, 1998; Sürücüoğlu, 1999).

Sağlıklı beslenme deyiminden ise sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalık riskini azaltmaya yönelik beslenme biçimi anlaşılır (Baysal, 1998). Sağlıklı beslenme ile yaşam döngüsü boyunca büyüme ve gelişmeyi destekleyecek şekilde gerekli tüm besin öğeleri karşılanmalı, enerji harcamasıyla dengeli olacak miktarda enerji sağlanmalıdır. Yaşam döngüsünün farklı dönemlerinde farklılık gösteren besin öğesi gereksinimleri bireylerin fiziksel sağlık ve bilişsel fonksiyonlarına katılmaktadır (Bidlack, 1996).

Kişilerarası Destek/Kişilerarası İlişkiler: Kişilerarası destek bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. İlişkinin olabilmesi için iletişimin olması gerekir (Özcan, 1996).

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık ve sakatlık nedeniyle kontrol kaybı, beden imgesinde, rollerde ve ilişkilerde değişiklikler yaşarlar ve yaşantıları bu dönem veya süreçler üzerine odaklanır. Bu dönemde bireyin ailesinden veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur (Barg and Heard, 1996).

Stres Yönetimi: Günlük yaşamda hemen herkesin kullandığı bir kavram olan stres, son yıllarda üzerinde yapılan araştırmaların artmasına karşın ilk insanoğlunun yaratıldığı günden beri varlığını hissettiren bir durumdur. Kişi kendisi için aşırı olan durumlardaki tepkilerin benzerliğini bilinçli olarak fark edememiş olsa da, sınırlarını

aşan olaylarda ne ile başa çıkabileceğini içgüdüsel olarak bulmak zorunda kalmıştır. İnsanlar alışık olmadıkları bir durumla karşı karşıya kalınca önce denemenin zorluğunu, sonra ona alışmaya başladığını ve bu duruma daha fazla dayanamadığını görmüştür (Karakoç, 2006).

Son yıllarda kalp hastalıkları ve bunun sonucu gelişen ölümlerde, paraliziler, motorlu araç kazaları ve bebek ölümlerindeki azalmalarda sağlıklı yaşam biçimi ve buna ilişkin tutum ve davranışların etkisi büyüktür. Çünkü sağlıklı yaşam biçimine ilişkin tutum ve davranışlar risk faktörlerini azaltmaktadır (Elizabeth ve Tanner, 1991).

Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, halen ölümler çok fazla olmaktadır. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir. Sigara içimi ile ilgili davranış değişikliği ile Akciğer kanserinden ölme riski azalmaktadır. Diyet, kanser ölümlerinin % 35' inden sorumlu bir faktördür (Spradley, 1990; Elizabeth ve Tanner, 1991).

Kalp yetmezliğinin başarılı bir şekilde yönetimi, hastaların ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. İlaç tedavisi hastaların günde birçok kez kullanmaları gereken ilaçları içerebilir. Diyet ve günlük yaşam aktiviteleri hastaların arzu ettikleri, gelenekleri ve kültürel yapıları ile çatışmalar yaratabilecek değişiklikler gerektirebilir. Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Enç, 1998).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma, kalp hastalığı tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve bunları etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Kocaeli ilinde yer alan iki devlet hastanesi, bir üniversite, bir eğitim ve araştırma hastanesi ve bir özel hastaneye başvuran kalp hastalarıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma veri toplama süreci; 01.10.2009 - 01.12.2009 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; 01.10.09- 01.12.09 tarihleri arasında Kocaeli ilinde yer alan iki devlet hastanesi (N=582), bir üniversite (N= 690), bir eğitim ve araştırma hastanesi (N= 260) ve bir özel hastaneye (N=567) başvuran toplam 2099 kalp hastası, örneklem grubunu ise; rasgele örneklem yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 325 kalp hastası oluşturmuştur.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verisi; sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin bilgilerden oluşan 18 soruluk tanıtıcı bilgi formu, yaşam kalitesini ölçmek amaçlı 36 soruluk “SF-36 Yaşam Kalitesi” ölçeği ve kalp hastalarının yaşam tarzı ve alışkanlıklarına ilişkin 52 soruluk “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (S.Y.B.D.)” ölçeği olmak üzere üç form ile yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu:

Tanıtıcı bilgi formu, kalp hastalarının sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, alkol kullanımı, medeni durum, eğitim düzeyi, boy/kilo, yaşanan yer, meslek, sosyoekonomik durum, çalışma durumu, hastalık türü, tanı konma zamanı, tedavi süresi, ek hastalık bulunma durumu, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu) 18 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt (hastalığa özgü olmayan) özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 (Short Form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması amaçlanmıştır (Aydemir, 1999). Yaşam kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan profil ölçeği SF-36'dır. Bu ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir (Whang and Shen, 2003). SF-36 farklı hasta gruplarına (örn: kardiyak hastalıklar) ya da farklı tedavi gruplarına (örn: steroid tedavisi) uygulanabildiği gibi toplum içindeki sağlıklı bireylere de uygulanılabileceği bildirilmektedir. Birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan SF-36'nın (Wagner et al., 1998; Whang and Shen, 2003;) ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Bizim araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak bulundu.

SF-36 ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları mental sağlık enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması olmak üzere sağlığın sekiz boyutunun ölçümünü sağlamaktadır (Aydemir, 1999).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; kendini değerlendirme ölçeğidir, 36 sorudan ve sekiz alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim

algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir (Bozdemir, 2006).

Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6' lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır (Aydemir, 1999). SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak fiziksel (physical health component summary scale - PCS) ve Mental (mental health component summary scale - MCS) Sağlık Özet Skoru elde edilir. Toplam puan hesaplanması söz konusu değildir. Elde edilen özet skorlar sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. Sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir (Ware, 1992; Aydemir, 1999). Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık özet skorun elde edilmesinde fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ağırlıklı iken, mental sağlık özet skorun elde edilmesinde mental rol, ve mental işlev ağırlıktadır. Genel sağlık algısı, yaşamsallık ve sosyal işlev her iki özet skora benzer katkı sağlamaktadır.

5.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (S.Y.B.D. II)

Dünya genelinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü giderek daha sık vurgulanmaktadır. Bu nedenle sağlığı koruma girişimlerinde daha doğru ve geçerli bilgiler elde edebilmek için, bireylerin sağlık davranışlarını kültürlerine uygun geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili ölçüm aracı Pender' in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiştir (Bahar ve ark., 2008).

Ölçek 1996 yılında revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker et al., 1996). Ölçek 52 madde ve altı faktörden

oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208' dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü kişilerarası ilişkiler, egzersiz fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (Bahar ve ark, 2008).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin geçerliliği ve güvenilirliği 2008 yılında Bahar ve arkadaşları ve 2009 yılında Pınar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bahar ve ark' nın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.92, Pınar ve ark' nın çalışmasında ise ölçek ve tüm alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri 0.70' in üstünde bulunmuştur (Stovsky, 1992). Bizim çalışmamızda ise, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak bulundu (Tablo 5-1).

* Manevi gelişim alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

* Sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

* Fiziksel aktivite alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

* Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

* Kişiler arası ilişkiler; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

* Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (Koçoğlu, 2006).

Tablo 5-1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük ve En Yüksek Puanları, Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu ve Cronbach Alpha Düzeyleri

Alt Gruplar	Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu	Cronbach Alpha Düzeyi
Manevi Gelişim	6	9	36	,48	.81
	12			,53	
	18			,56	
	24			,50	
	30			,46	
	36			,60	
	42			,53	
	48			,19	
	52			,54	
Sağlık Sorumluluğu	3	9	36	,39	.84
	9			,55	
	15			,49	
	21			,45	
	27			,55	
	33			,52	
	39			,57	
	45			,42	
	51			,42	
Fiziksel Aktivite	4	8	32	,43	.83
	10			,37	
	16			,46	
	22			,36	
	28			,36	
	34			,48	
	40			,54	
	46			,30	

Tablo 5-1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük ve En Yüksek Puanları, Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu ve Cronbach Alpha Düzeyleri (devamı)

Alt Gruplar	Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu	Cronbach Alpha Düzeyi
Beslenme	2	9	36	,37	.60
	8			,28	
	14			,05	
	20			,32	
	26			,30	
	32			,21	
	38			,14	
	44			,56	
	50			,27	
Kişilerarası İlişkiler	1	9	36	,23	.77
	7			,34	
	13			,46	
	19			,47	
	25			,52	
	31			,43	
	37			,57	
	43			,44	
	49			,50	
Stres Yönetimi	5	8	32	,40	.70
	11			,29	
	17			,37	
	23			,54	
	29			,52	
	35			,58	
	41			,49	
	47			,22	
S.Y.B.D.	50 madde	52	208		.92

5.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasında, gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kapsamına alınan hastanelere başvuran kalp hastalarına araştırmanın amacı anlatılmış ve yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların Tanıtıcı Bilgi Formu (**Ek-1**), Yaşam Kalitesi Ölçeği (**Ek-2**) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (**Ek-3**) doldurulmuştur.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın belirlenen hastanelerde uygulanması için, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü' ne, Etik Kurul' a, hastanelerin Başhekimliği' ne ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü' ne, araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile başvuruda bulunulmuş ve kurumun yazılı izin ve onayından sonra veri toplama sürecine başlanmıştır (**Ek-4, Ek-5, Ek-6, Ek-7**). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin kullanılabilmesi için ölçek sahibi Walker' dan izin alınmıştır. Walker, revize edilen ölçeği ve aşamaları hakkındaki gerekli bilgileri e-posta yolu ile göndermiştir (**Ek-8**).

5.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmacı tarafından kodlanan, her bir hastaneden toplanan verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 16.0 istatistik analiz paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada bağımsız değişkenler sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, vücut kitle indeksi, yaşadığı yer, meslek, sosyoekonomik durum ve çalışma durumu), hastalıkla ilgili özellikler (hastalık türü, hastalık tanısı konma zamanı, tedavi görme süresi, ek hastalık, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu), bağımlı değişkenler ise; yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğidir.

Bağımsız değişkenler için; sayı ve yüzde dağılımları, yaş değişkeni tanımlayıcı istatistiği, bağımlı değişkenlerde kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikler yer almıştır. Bağımsız değişkenler ile yaşam kalitesi ölçeği ana ve alt boyutları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve toplam puanı arasındaki ilişki için t-testi, tek yönlü varyans analizi ve ardından Tukey testi kullanılmıştır.

Yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçekleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlar, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde, % 95' lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

5.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma örneklemini 20 yaş ve üzeri, en az 6 aydır tanı konmuş hastalar, psikotik bozukluğu olmayan, zihinsel yeterliliğe sahip kalp hastaları oluşturdu.

5.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın bulguları kullanılan ölçeklere güvenilirliği ve örneklem grubunda yer alan hastaların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

Araştırmada uygulanan anket sayısının örneklem sayısına ulaşmamış olması (kalp hastalarının araştırmaya katılmayı kabul etmemiş olması ve bazı hastanelerin anketi uygulamayı kabul etmemeleri nedeniyle) ve araştırma sonuçlarının genellenebilmesi açısından yeterli olmaması araştırmanın sınırlılıkları olarak düşünülebilir.

5.10. Araştırmanın Soruları

1. Kalp hastalarının yaşam kalitesini etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nelerdir?

2. Kalp hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nelerdir?

3. Kalp hastaların yaşam kaliteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında herhangi bir ilişki var mıdır?

6. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları “Kalp hastalarını sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren bilgiler, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi” içermektedir.

6.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerini İçeren Bulgular

6.1.1. Kalp Hastalarının Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular

Tablo 6-1’ de görüldüğü gibi, kalp hastalarında örneklem grubunun yaş değişkeni için yapılan tanımlayıcı istatistikler tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre; kalp hastalarında örneklem grubunun yaş ortalaması 56.98, standart sapması 11.89, en küçük değer 20, en büyük değer 80 olarak bulunmuştur.

Tablo 6-1: Kalp Hastalarının Yaş Değişkeni İçin Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	En küçük değer	En büyük değer
Yaş ortalaması	56.98	11.89	20	80

6.1.2. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6-2’ de kalp hastalarının; cinsiyet, yaş, sigara kullanımı, alkol kullanımı, medeni durum, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi, yaşadığı yer, meslek, sosyoekonomik durum ve çalışma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Bu tabloya göre; örneklem grubunun % 41.8’ ini kadın, % 58.2’ sini erkekler oluşturmaktadır.

Kalp hastalarının örneklem grubu yaş değişkenine göre; % 24' ü 20-48 yaş arasında, % 34.5' i 49-60 yaş arasında, % 41.5' i 61-80 yaş arasındaki grupta yer almaktadır.

Kalp hastalarının sigara kullanma değişkenine göre; örneklem grubunun % 29.2' si kullanan, % 70.8' i kullanmayan grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının alkol kullanma değişkenine göre; örneklem grubunun % 6.2' si kullanan, % 93.8' i kullanmayan grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının medeni durum değişkenine göre; örneklem grubunun % 83.1' i evli, % 16.9' u bekar olduğu görüldü.

Kalp hastalarının eğitim durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 4.3' ü okur–yazar olmayan, % 9.5' i okur–yazar, % 48.6' sı ilköğretim, % 25.8' i lise, % 11.7' si lisans ve üstü grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının beden kitle indeksi değişkenine göre; örneklem grubunun % 26.8' i normal kilolu, % 48.6' sı hafif şişman, % 24.6' sı orta ve ağır derecede şişman grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının yaşadığı yer değişkenine göre; örneklem grubunun % 26.2' si büyükşehir, % 49.8' i şehir, % 12.6' sı kasaba, % 11.4' ü köy grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının meslek değişkenine göre; örneklem grubunun % 10.2' si esnaf, % 16.9' u işçi ve çiftçi, % 37.2' si memur, % 35.7' si ev hanımı grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının sosyoekonomik durum değişkenine göre; örneklem grubunun % 7.4' ü kötü, % 62.8' si orta, % 29.8' i iyi grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 23.4' ü çalışan, % 76.6' sı çalışmayan grubunda yer almaktadır.

Tablo 6-2: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Değişkenlerine İlişkin Bilgiler (N=325)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı(N)	Yüzde(%)
Cinsiyet	kadın	136	41.8
	erkek	189	58.2
	toplam	325	100
Yaş	20-48	78	24
	49-60	112	34.5
	61-80	135	41.5
	toplam	325	100
Sigara	kullanan	95	29.2
	kullanmayan	230	70.8
	toplam	325	100
Alkol	kullanan	20	6.2
	kullanmayan	305	93.8
	toplam	325	100
Medeni Durum	evli	270	83.1
	bekar	55	16.9
	toplam	325	100
Eğitim Düzeyi	okur-yazar olmayan	14	4.3
	okur yazar	31	9.5
	ilköğretim	158	48.6
	lise	84	25.8
	lisans ve üstü	38	11.7
	toplam	325	100
Vücut Kitle İndeksi	normal kilolu	87	26.8
	hafif şişman	158	48.6
	orta ve ağır derecede şişman	80	24.6
	toplam	325	100
Yaşadığı Yer	büyükşehir	85	26.2
	şehir	162	49.8
	kasaba	41	12.6
	köy	37	11.4
	toplam	325	100
Meslek	esnaf	33	10.2
	işçi+çiftçi	55	16.9
	memur	121	37.2
	ev hanımı	116	35.7
	toplam	325	100
Sosyoekonomik Durum	kötü	24	7.4
	orta	204	62.8
	iyi	97	29.8
	toplam	325	100
Çalışma Durumu	çalışan	76	23.4
	çalışmayan	249	76.6
	toplam	325	100

6.1.3. Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6-3' de kalp hastalarının hastalığının türü, hastalık tanısı konma zamanı, tedavi görme süresi, ek hastalığı, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Kalp hastalarının hastalığın türü değişkenine göre; örneklem grubunun % 10.8' i kalp ritim bozuklukları, % 39.1' i koroner arter hastalığı, ateroskleroz, unstabil angina pectoris ve miyokard infarktüsü, % 17.8' i kalbin yapısal hastalıkları, % 32.3' ü kalp yetmezliği grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının hastalık tanısı konma zamanı değişkenine göre; örneklem grubunun % 22.5' i 6 ay-1 yıl arasında, % 40.3' ü 1-5 yıl, % 37.2' si 5 ve üzeri yıl grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının tedavi görme süresi değişkenine göre; örneklem grubunun % 25.5' i 6 ay-1 yıl arasında, % 40' ı 1-5 yıl, % 34.5' i 5 ve üzeri yıl grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının ek hastalık değişkenine göre; örneklem grubunun % 30.2' si hiç hastalığı yok, % 12' si diğer hastalıklar, % 16.3' ü diabetes mellitüs, % 27.4' ü hipertansiyon, % 14.2' si hipertansiyon, diyabetes mellitüs grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının hastalık ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 37.8' i evet, % 62.2' si hayır grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 43.4' ü yeterli miktarda bilgi sahibi, % 46.5' i az miktarda bilgi sahibi, % 10.2' si hiç bilgisi yok grubunda yer almaktadır.

Tablo 6-3: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bilgiler (N=325)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hastalığın Türü	kalp ritim bozuklukları	35	10.8
	koroner arter hastalığı, ateroskleroz, unstabil angina pektoris, miyokard infarktüsü	127	39.1
	kalbin yapısal hastalıkları	58	17.8
	kalp yetmezliği	105	32.3
	toplam	325	100
Hastalık Tanısı Konma Zamanı	6 ay-1 yıl	73	22.5
	1-5 yıl	131	40.3
	5 ve üzeri yıl	121	37.2
	toplam	325	100
Tedavi Görme Süresi	6 ay-1 yıl	83	25.5
	1-5 yıl	130	40
	5 ve üzeri yıl	112	34.5
	toplam	325	100
Ek Hastalık	hiç hastalığı yok	98	30.2
	diğer hastalıklar	39	12
	diyabetes mellitüs	53	16.3
	hipertansiyon	89	27.4
	hipertansiyon,diyabetes mellitüs	46	14.2
	toplam	325	100
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu	evet	123	37.8
	hayır	202	62.2
	toplam	325	100
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	yeterli miktarda bilgi sahibi	141	43.4
	az miktarda bilgi sahibi	151	46.5
	hiç bilgisi yok	33	10.2
	toplam	325	100

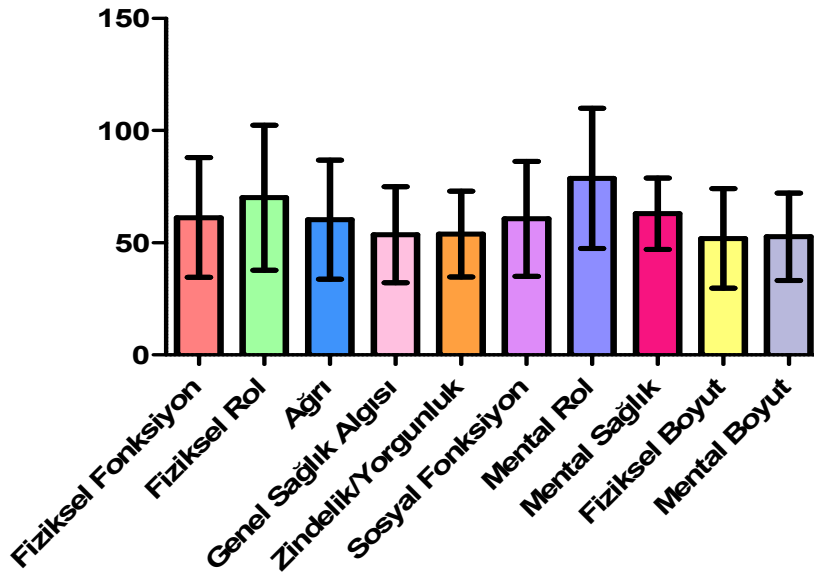
6.2. Kalp Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Yaşam Kalitesini Etkileyen Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Faktörleri İçeren Bulgular

6.2.1. Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

Kalp hastalarının yaşam kalitesi ölçeği ana ve alt boyut puanları Grafik 6-1' de yer almaktadır. Grafikte görüldüğü gibi; fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması 58.18±29.19, fiziksel rol alt boyut puan ortalaması 36.69±42.14, ağrı alt boyut puan

ortalaması 58.12 ± 28.38 , genel sağlık algısı alt boyut puan ortalaması 53.25 ± 21.78 , zindelik/yorgunluk alt boyut puan ortalaması 53.53 ± 19.42 , sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalaması 58.26 ± 27.74 , mental rol alt boyut puan ortalaması 35.58 ± 44.46 , mental sağlık alt boyut puan ortalaması 62.92 ± 15.82 , fiziksel ana boyut puan ortalaması 51.95 ± 22.21 , mental ana boyut puan ortalaması 52.71 ± 19.48 olarak saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyut puanları, fiziksel ve mental ana boyut puanları ortalamasının üstünde, fiziksel rol ve mental rol alt boyut puanları ortalamasının altında bulunmuştur.

Grafik 6-1: Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana ve Alt Boyut Puanları



6.2.2. Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

6.2.2.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6-4 incelendiğinde; kalp hastalarının cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi ana ve alt boyut toplam puanları arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Erkek hastaların fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, mental rol, mental sağlık alt boyutları, fiziksel ve

mental ana boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Kalp hastalarının yaş grubu değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 20-48 ve 49-60 yaş grubundakiler 61-80 yaş grubundakilere göre fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), fiziksel rol ($p<0.05$) alt boyut puanları daha yüksek bulundu. 49-60 yaş grubundakilerin 61-80 yaş grubundakilere göre ağrı ve sosyal fonksiyon alt boyut puanları ($p<0.001$), genel sağlık algısı ve mental rol alt boyut puanları ($p<0.05$), fiziksel boyut ($p<0.001$) ve mental boyut ($p<0.01$) ana boyut puanları daha yüksek bulundu.

Kalp hastalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre, yaşam kalitesi ana ve alt boyut toplam puanları arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Sigara kullananlar kullanmayanlara göre; fiziksel fonksiyon ve mental rol alt boyut puanları ($p<0.01$), fiziksel rol ($p<0.05$) alt boyut puanları daha yüksek bulundu.

Sigara kullanma durumu değişkenine göre; ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarında ve fiziksel ve mental ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının alkol kullanma durumu değişkenine göre, yaşam kalitesi ana ve alt boyut toplam puanları arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Alkol kullananların sosyal fonksiyon alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$).

Alkol kullanma durumu değişkenine göre; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, mental rol, mental sağlık alt boyutlarında ve fiziksel ve mental ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının medeni durum değişkenine göre, yaşam kalitesi ana ve alt boyut toplam puanları arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Evli hastaların

fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ($p<0.01$), zindelik/yorgunluk ve mental rol ($p<0.05$) alt boyutları, fiziksel ve mental ($p<0.01$) ana boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Medeni durum değişkenine göre; fiziksel rol ve mental sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının eğitim durumu değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; fiziksel fonksiyon alt boyutundan lisans ve üstü mezunları, okur-yazar olmayan ve okur-yazarlar ($p<0.001$) ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$), lise mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazar olanlar ($p<0.001$) ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.01$), ilköğretim mezunları ise okur-yazar olmayan ($p<0.01$), okur-yazarlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel rol alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan ($p<0.01$), okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), lise mezunları okur-yazar olmayan ($p<0.01$), okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), ilköğretim mezunları okur-yazarlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır. Ağrı alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazar ($p<0.001$), ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$), lise mezunları okur-yazar olmayan, okur-yazar ($p<0.001$) ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$), ilköğretim mezunları okur-yazar ($p<0.001$) ve okur-yazarlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Zindelik/yorgunluk alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazar ($p<0.01$), ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$), lise mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazarlardan ($p<0.001$), ilköğretim mezunlarından ($p<0.01$) daha yüksek puan almıştır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazar ($p<0.001$), ilköğretim mezunlarından ($p<0.01$), lise mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazar ($p<0.001$), ilköğretim mezunlarından ($p<0.01$), ilköğretim mezunları okur-yazar olmayanlardan ($p<0.01$), okur-yazarlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almıştır.

Mental rol alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), lise mezunları okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunları ($p<0.05$), okur-yazarlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almıştır.

Mental sağlık alt boyutuna göre; lise mezunları okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$) daha yüksek puan almıştır.

Fiziksel ana boyut puanına göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), lise mezunları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), ilköğretim mezunları okur-yazar olmayan ($p<0.01$) ve okur-yazarlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almıştır.

Mental ana boyut puanına göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), lise mezunları okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), ilköğretim mezunları okur-yazar olmayan ve okur-yazarlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almıştır.

Eğitim durumu değişkenine göre genel sağlık algısı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının vücut kitle indeksi değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeği ana ve alt boyut ölçekleri toplam puanı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kalp hastalarının yaşadığı yer değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupta farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; zindelik/yorgunluk alt boyutundan kasabada yaşayanlar köyde yaşayanlardan ve şehirde yaşayanlar köyde yaşayanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre, kasabada yaşayanlar köyde yaşayanlardan ($p<0.01$), şehirde yaşayanlar köyde yaşayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental rol alt boyutuna göre; kasabada yaşayanlar şehirde yaşayanlardan ve büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental sağlık alt boyutuna göre; kasabada yaşayanlar büyükşehirde yaşayanlardan ve şehirde yaşayanlar büyükşehirde yaşayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel ana boyutuna göre; kasabada yaşayanlar köyde yaşayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyutuna göre; kasabada yaşayanlar köyde yaşayanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Yaşadığı yer değişkenine göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının meslek değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; fiziksel fonksiyon alt boyutundan esnaflar, memurlar ve işçi+çiftçiler ev hanımlarından ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel rol alt boyutuna göre; esnaflar, memurlar ve işçi+çiftçiler ev hanımlarından ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Ağrı alt boyutuna göre; memurların, esnaflar ve işçi+çiftçiler ev hanımlarından ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Genel sağlık algısı alt boyutuna göre; işçi+çiftçiler ($p<0.01$) ve memurlar ($p<0.001$) ev hanımlarından daha yüksek puan almışlardır.

Zindelik/yorgunluk alt boyutuna göre; memurlar ($p<0.001$), esnaflar ($p<0.01$) ve işçi+çiftçiler ($p<0.05$) ev hanımlarından daha yüksek puan almışlardır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre; esnaflar ve memurlar ev hanımlarından ($p<0.001$), memurlar işçi+çiftçilerden ($p<0.05$) ve işçi+çiftçiler ev hanımlarından ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental rol alt boyutuna göre; memurlar ($p<0.001$) ve işçi+çiftçiler ($p<0.01$) ev hanımlarından daha yüksek puan almışlardır.

Mental sağlık alt boyutuna göre; memurlar ev hanımlarına göre ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel ana boyutuna göre; memurlar, esnaflar ve işçi+çiftçiler ev hanımlarından ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyutuna göre; memurlar ve işçi+çiftçiler ($p<0.001$) ve esnaflar ($p<0.01$) ev hanımlarından daha yüksek puan almışlardır.

Kalp hastalarının sosyoekonomik durum değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; genel sağlık algısı alt boyutundan sosyoekonomik durumu iyi ve orta olanlar kötü olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental rol alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ($p<0.05$) ve sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental sağlık alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu orta olanlar kötü olanlardan ve sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü ($p<0.01$) ve orta olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyoekonomik durum değişkenine göre; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, zindelik/yorgunluk alt boyutlarında ve fiziksel ana boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre, yaşam kalitesi ana ve alt boyut toplam puanları arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin mental sağlık alt boyutu hariç, çalışan hastalar çalışmayan hastalardan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, sosyal fonksiyon, mental rol alt boyutlarından, fiziksel ve mental ana boyutlarından ($p<0.001$), ağrı, zindelik/yorgunluk ($p<0.01$), genel sağlık algısı ($p<0.05$) alt boyutundan daha yüksek puan almıştır.

Tablo 6-4: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik / Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Cinsiyet										
Kadın	46.83±28.87	22.42±35.39	47.02±27.13	47.01±20.79	46.47±18.59	47.97±27.39	21.32±39.05	61.11±15.34	41.95±19.40	44.78±17.01
Erkek	66.34±26.65*	46.95±43.69*	66.11±26.58*	57.74±21.41*	58.62±18.43*	65.67±25.62*	45.85±45.37*	64.23±16.08	59.15±21.35*	58.42±19.17*
T	6.28	5.39	6.32	4.51	5.84	5.96	5.09	1.75	7.74	6.62
Yaş										
20-48	64.29±27.52*	44.23±42.81†	59.16±27.06	47.89±22.95	51.73±20.85	59.13±26.24	38.03±42.20	60.82±14.15	53.46±22.53	51.52±20.14
49-60	66.83±24.55*	42.41±41.89†	65.41±26.04*	56.75±19.60†	56.56±15.84	66.18±24.29*	42.26±44.96†	63.96±15.41	57.59±19.15*	57.14±16.88*
61-80	47.48±30.44	27.59±40.55	51.47±29.59	53.45±22.33	52.07±21.03	51.20±29.56	28.64±44.64	63.28±17.03	46.41±23.22	49.73±20.54
F	17.26	5.57	7.76	3.87	2.09	9.43	3.06	0.96	8.34	4.73
Sigara										
Kullanan	67.15±24.45*	49.47±43.45†	65.17±26.54	57.01±20.93	57.94±17.72	65.78±26.43	48.07±46.56*	66.56±15.13	59.35±21.28	59.07±19.34
Kullanmayan	54.47±30.22	31.41±40.52	55.21±28.66	51.70±21.97	51.71±19.83	55.16±27.73	30.43±42.61	61.42±15.89	48.90±21.91	50.08±18.96
T	3.62	3.57	2.91	2.00	2.65	3.18	3.30	2.68	3.94	3.86
Alkol										
Kullanan	72.75±27.21	53.75±43.13	75.55±26.07	66.25±21.03	60.75±22.08	73.75±19.82*	48.33±47.72	59.80±18.23	65.81±21.95	61.77±20.98
Kullanmayan	57.22±29.11	35.57±41.91	56.98±28.19	52.40±21.58	53.06±19.18	57.25±27.91	34.75±44.19	63.13±15.67	51.05±21.96	52.12±19.26
T	2.31	1.87	2.86	2.78	1.71	2.59	1.32	0.91	2.91	2.15

p<0.05; †, p<0.01; *, p<0.001.*

ANOVA, t-testi

Tablo 6-4: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik / Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Medeni Durum										
Evlü	61.16±27.44*	37.77±41.89	60.34±27.89	54.91±21.66	54.62±18.81†	60.23±27.05	37.77±45.22†	63.48±15.51	53.76±21.68	54.20±19.20
Bekar	43.54±33.16	31.36±43.35	47.21±28.48	45.12±20.68	48.18±21.56	48.63±29.33	24.84±39.13	60.21±17.16	43.08±22.86	45.40±19.35
T	4.18	1.02	3.17	3.07	2.25	2.85	1.97	1.39	3.29	3.09
Eğitim Durumu										
Okur-yazar olmayan	29.64±27.55	14.28±28.94	25.64±20.69	42.50±16.42	38.21±22.58	28.57±17.96	9.52±20.37	52.85±15.54	30.05±18.05	34.33±13.51
Okur-yazar	31.77±25.05	5.64±14.00	37.67±23.07	46.67±17.72	43.54±15.01	32.25±21.10	16.12±47.81	61.29±10.19	33.06±13.09	39.98±13.21
İlköğretim	56.55±27.97*	29.90±40.83†	56.90±29.31*	51.84±23.03	51.29±19.18	56.48±27.16*	28.48±40.48	61.01±16.42	49.30±21.68*	49.82±18.50†
Lise	69.70±23.78*	53.27±41.02*	67.30±24.13*†	58.15±20.36	60.29±17.34*	70.08±24.00*	46.42±45.70	67.42±14.99†	61.74±18.98*	60.47±18.25*
Lisans ve üstü	71.57±26.66*†	61.84±42.20*	71.55±19.69*†	57.63±21.44	61.71±18.42†	71.71±20.69*	66.66±40.26*†	66.00±16.26	64.86±19.13*	64.74±18.22*
F	18.29	15.08	15.29	3.26	9.97	21.28	10.73	4.30	21.01	17.08
Vücut Kitle İndeksi										
Normal Kilolu	57.01±32.47	39.94±43.21	56.50±30.20	52.93±23.68	53.79±20.89	57.47±29.62	39.46±42.38	60.22±18.28	52.03±24.68	52.77±21.61
Hafif Şişman	60.79±27.86	33.38±41.52	60.91±26.70	54.68±20.74	54.81±16.85	59.96±26.72	32.48±42.55	64.88±13.82	52.91±20.52	53.36±18.30
Orta ve Ağır Derecede Şişman	54.31±27.85	39.68±42.22	54.37±29.36	50.78±21.66	50.75±22.27	55.78±27.76	37.50±50.14	62.00±16.35	49.98±22.76	51.36±19.48
F	1.40	0.94	1.61	0.86	1.17	0.65	0.78	2.63	0.46	0.28

p<0.05; †; p<0.01; *; p<0.001.*

ANOVA, t-testi

Tablo 6-4: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik / Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Yaşadığı Yer										
Büyükşehir	60.23±30.35	41.76±42.14	56.30±27.42	51.08±22.09	51.11±20.76	58.67±28.08	44.70±45.00	58.96±18.01	52.10±22.37	52.90±20.47
Şehir	59.38±26.80	33.17±41.50	60.51±28.45	54.78±20.97	55.77±16.84 [♣]	58.79±26.09 [†]	27.77±40.90	64.96±13.68	52.72±21.08	52.41±18.03
Kasaba	59.87±32.37	50.00±45.75	60.58±26.18	57.36±22.32	58.04±19.99 [♣]	66.76±28.58 [♣]	51.21±46.60 [†]	67.02±17.01 [†]	57.17±23.17 [†]	60.08±19.67 [†]
Köy	46.35±31.32	25.67±37.02	49.13±31.45	47.00±22.98	44.32±23.00	45.60±29.78	31.53±49.03	58.59±15.64	42.49±23.76	45.41±20.85
F	2.33	3.04	1.85	2.07	4.83	3.98	4.81	4.66	3.11	3.80
Meslek										
Esnaf	71.96±24.04 [*]	50.00±40.98 [*]	63.81±24.87 [*]	56.03±26.53	57.42±21.10 [♣]	69.69±22.54 [*]	38.38±41.76	62.18±18.27	59.84±21.51 [*]	56.74±18.66 [♣]
İşçi, Çiftçi	61.18±27.98 [*]	41.81±45.65 [*]	62.94±30.88 [*]	58.56±18.67 [♣]	53.63±19.20 [†]	58.18±30.35 [♣]	42.42±46.46 [♣]	62.25±12.66	55.62±23.04 [*]	55.01±21.17 [*]
Memur	68.34±25.60 [*]	48.76±43.28 [*]	68.61±24.62 [*]	57.39±21.52 [*]	60.95±16.87 [*]	69.11±22.48 ^{♣†}	47.10±46.08 [*]	66.04±16.27 [†]	60.81±19.92 [*]	60.12±18.10
Evhanımı	42.24±27.66	17.88±32.10	43.27±25.65	45.62±20.02	44.65±18.07	43.75±26.34	19.54±37.83	60.20±15.59	38.73±17.75	42.75±15.96
F	22.92	13.84	20.08	7.94	16.46	22.27	8.81	2.81	27.34	19.52
Sosyoekonomik Durum										
Kötü	57.29±29.59	32.29±37.93	60.83±24.95	39.58±17.85	47.29±19.72	52.08±23.50	25.00±32.96	54.00±11.55	47.45±18.86	43.59±11.82
Orta	55.56±29.28	34.06±42.00	58.04±29.13	53.78±21.27 [♣]	53.72±18.03	55.88±27.78	30.39±44.41	63.64±13.87	51.03±21.95	51.48±18.40
İyi	63.91±28.39	43.29±43.07	57.62±27.81	55.51±22.68 [♣]	54.69±21.93	64.81±27.73 [†]	49.14±44.38 ^{♣†}	63.62±19.62	55.01±23.36	57.55±21.98 ^{♣†}
F	2.73	1.72	0.124	5.45	1.42	4.13	6.81	4.20	1.58	6.23

p<0.05: †; p<0.01: ♣; p<0.001: *

ANOVA, t-testi

Tablo 6-4: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik / Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Çalışma Durumu										
Çalışan	73.75±25.54*	59.21±42.39*	67.86±25.65*	58.27±20.44†	58.68±18.90♣	74.34±22.62*	54.82±45.44*	63.78±15.99	63.55±20.19*	61.98±17.75*
Çalışmayan	53.43±28.62	29.81±39.62	55.15±28.56	51.72±21.98	51.96±19.34	53.36±27.34	29.71±42.54	62.66±15.79	48.41±21.62	49.88±19.13
T	5.54	5.56	3.47	2.31	2.66	6.08	4.43	.54	5.42	4.90

p<0.05; †; p<0.01; ♣; p<0.001.*

ANOVA, t-testi

6.2.2.2. Kalp Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6-5 kalp hastalarının hastalık türü değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupta farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; fiziksel fonksiyon alt boyutundan kalbin yapısal hastalığı olanlar, koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar ($p<0.001$) ve kalp ritm bozuklukları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel rol alt boyutuna göre; kalbin yapısal hastalıkları olanlar ve koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar ($p<0.001$) ve kalp ritm bozuklukları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Ağrı alt boyutuna göre; koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Genel sağlık algısı alt boyutuna göre; kalbin yapısal hastalıkları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Zindelik/yorgunluk alt boyutuna göre; kalbin yapısal hastalıkları olanlar ($p<0.001$) ve koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre; kalp ritm bozuklukları+pil olanlar ($p<0.05$), kalbin yapısal hastalıkları olanlar ve koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental rol alt boyutuna göre; koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

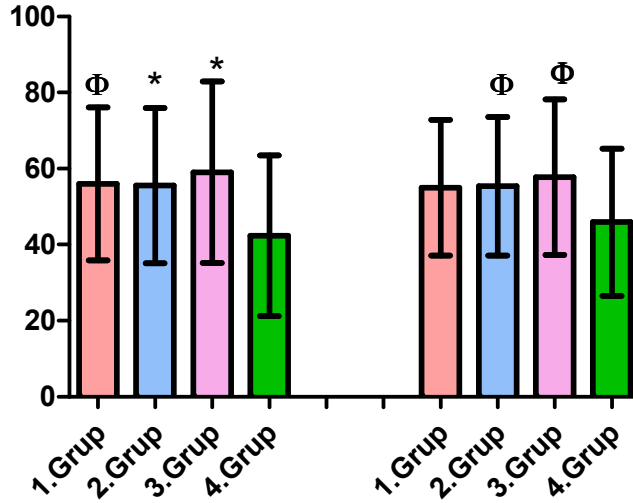
Fiziksel ana boyut puanına göre; kalbin yapısal hastalıkları olanlar ve koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar

($p<0.001$) ve kalp ritim bozuklukları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyutuna göre; kalbin yapısal hastalıkları olanlar ve koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Hastalık türü değişkenine göre mental sağlık alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$). Grafik 6-2 hastalık türüne göre, sırasıyla fiziksel ve mental ana boyut puanlarını göstermektedir.

Grafik 6-2: Kalp Hastalarının Hastalık Türlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Ana Boyut Puanları



$\Phi p<0.01$, * $p<0.001$

1. Grup: Kalp Ritim Bozuklukları
2. Grup: Koroner Arter Hastalığı, Ateroskleroz, Unstabil Angina Pektoris, Miyokard İnfarktüsü
3. Grup: Kalbin Yapısal Hastalıkları
4. Grup: Kalp Yetmezliği

Kalp hastalarının hastalık tanısı konma zamanı değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeği ana ve alt boyut ölçekleri toplam puanı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kalp hastalarının tedavi görme süresi değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeği ana ve alt boyut ölçekleri toplam puanı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kalp hastalarının ek hastalık değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi gruba farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; fiziksel fonksiyon alt boyutundan hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitus olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel rol alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Ağrı alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan ($p<0.05$) ve hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Zindelik/yorgunluk alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan ($p<0.05$), hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitusü ve hipertansiyon+diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental rol alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan ve diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.05$), hiç hastalığı olmayanlar hipertansiyon+diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental sağlık alt boyutuna göre; hipertansiyonu olanlar diğer hastalığı olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel ana boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı ve hipertansiyon+diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.05$), hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan, diyabetes mellitusü olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitusü olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Ek hastalık değişkenine göre; genel sağlık algısı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının hastalık ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre, yaşam kalitesi ana ve alt boyut toplam puanları arasında yapılan t-testi sonuçları yer

almaktadır. Mental rol alt boyutuna göre; eğitim alanlar almayanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyut puanına göre; eğitim alanlar almayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Hastalık ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutlarında ve fiziksel ana boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre, yaşam kalitesi ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; fiziksel fonksiyon alt boyutundan yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.05$), yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar ($p<0.001$) ve az miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel rol alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Ağrı alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyal fonksiyon alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan, az miktarda bilgi sahibi olanlar ($p<0.01$) ve yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental rol alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.05$), yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar ($p<0.001$) ve az miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel ana boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.05$) ve yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Mental ana boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.05$), yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar ($p<0.001$) ve az miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre; genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk ve mental sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6-5: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması

Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik/Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Hastalığın Türü										
1. Grup	62.71±28.44 [†]	42.14±45.28 [†]	62.20±26.71	58.14±18.12	54.71±18.50	65.00±25.68 [†]	35.23±44.23	61.82±15.50	55.98±20.13 [♣]	54.98±17.85
2. Grup	63.07±27.68 [*]	41.92±41.17 [*]	62.31±25.20 [†]	54.22±20.15	56.25±16.71 [♣]	61.71±24.58 [♣]	42.25±44.73 [†]	62.39±15.53	55.55±20.40 [*]	55.36±18.21 [♣]
3. Grup	66.37±26.22 [*]	51.29±44.53 [*]	60.56±30.61	57.51±24.24 [†]	59.56±20.05 [*]	64.43±26.26 [♣]	40.22±44.92	67.17±12.48	59.06±23.87 [*]	57.78±20.46 [♣]
4. Grup:	46.23±29.47	20.47±35.99	50.35±30.04	48.10±22.58	46.52±20.61	48.45±30.40	25.07±42.56	61.60±17.65	42.33±21.10	45.95±19.38
F	9.54	8.96	4.04	3.44	7.76	7.04	3.18	1.75	10.95	6.82
Hastalık Tanısı Konma Zamanı										
6 ay-1 yıl	61.09±24.98	34.58±41.38	59.82±28.28	54.64±19.64	53.90±19.95	57.53±26.08	34.70±42.46	61.64±17.35	52.81±20.58	52.48±18.35
1-5 yıl	57.40±30.98	40.45±41.65	60.33±28.05	50.12±22.98	52.78±18.52	59.25±28.01	37.65±46.48	63.26±14.69	52.22±22.85	52.61±20.02
5 ve üzeri yıl	57.27±29.67	33.88±43.16	54.71±28.71	55.80±21.40	54.13±20.17	57.64±28.61	33.88±43.67	63.33±16.14	51.16±22.62	52.96±19.69
F	0.46	0.88	1.40	2.35	0.16	0.13	0.24	0.31	0.14	0.01

p<0.05: †; p<0.01: ♣; p<0.001: *

1. Grup: Kalp Ritim Bozuklukları

2. Grup: Koroner Arter Hastalığı, Ateroskleroz, Unstabil Angina Pektoris, Miyokard İnfarktüsü

3. Grup: Kalbin Yapısal Hastalıkları

4. Grup: Kalp Yetmezliği

ANOVA, t-testi

Tablo 6-5: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması (devam)

Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik / Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Tedavi Görme Süresi										
6 ay-1 yıl	59.33±27.24	36.74±41.19	57.25±28.36	54.54±19.44	53.85±19.38	58.28±26.71	36.14±41.71	61.34±16.80	52.34±20.91	52.83±18.40
1-5 yıl	58.26±30.37	38.84±41.77	60.91±28.00	49.90±23.18	52.15±19.70	58.26±27.99	36.66±46.92	63.35±15.20	52.01±22.95	52.06±20.47
5 ve üzeri	57.23±29.43	34.15±43.49	55.53±28.80	56.19±21.38	54.91±19.18	58.25±28.45	33.92±43.83	63.60±15.86	51.60±22.47	53.38±19.21
F	0.12	0.37	1.13	2.73	0.61	0.00	0.12	0.56	0.02	0.13
Ek Hastalık										
Yok	66.63±26.38 [†]	47.70±43.97 [†]	66.60±26.50 [†]	57.15±21.47	59.03±18.18 [†]	67.47±24.72 [†]	47.61±44.64 [†]	64.04±17.25	59.42±20.42 [†]	59.06±18.80 [♣]
Diğer	57.05±30.29	29.48±38.41	49.76±28.59	47.74±23.69	48.58±22.76	51.60±26.15	23.93±38.19	56.92±15.93	46.52±23.59	45.75±19.07
DM	53.01±29.19	24.52±35.85	50.22±26.40	47.79±19.13	50.56±20.65	51.88±27.56	25.78±37.91	61.88±17.55	45.22±19.87	47.58±19.03
HT	55.67±28.26	38.76±42.80	57.73±27.99	54.66±22.07	53.25±18.92	58.42±27.93	41.19±49.24	65.79±13.01 [†]	52.01±22.26	54.66±19.28
HT+DM	51.95±32.78	29.34±41.93	57.02±31.08	53.19±21.73	50.00±16.19	51.35±30.41	20.28±38.15	61.30±14.36	48.30±23.35	47.22±17.81
F	3.25	3.57	4.24	2.37	3.38	4.89	5.06	2.47	5.12	6.28
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu										
Evet	60.77±28.66	41.66±42.18	60.34±26.45	53.25±22.30	55.69±18.54	61.68±26.95	45.25±46.77 [♣]	63.90±16.23	54.34±21.30	55.95±19.46 [†]
Hayır	56.60±29.47	33.66±41.94	56.77±29.48	53.25±21.50	52.22±19.86	56.18±28.08	29.70±42.03	62.33±15.58	50.50±22.68	50.74±19.29
T	1.24	1.66	1.09	0.00	1.56	1.73	3.09	0.86	1.51	2.35

p<0.05: †; p<0.01: ♣; p<0.001: *

DM: Diyabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

ANOVA, t-testi

Tablo 6-5: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyut Puanları Açısından Karşılaştırılması (devam)

Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt ve Ana Boyutları									
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Zindelik / Yorgunluk	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu										
Yeterli Miktarda Bilgi Sahibi	65.14±26.78**†	46.80±43.07*	61.31±27.35†	55.87±22.96	55.56±20.65	65.33±27.07**	45.39±47.18**†	64.59±17.67	56.94±22.04**†	57.35±20.30**†
Az Miktarda Bilgi Sahibi	55.76±28.32*	31.45±40.15	57.36±27.42	50.96±20.79	53.04±17.60	55.79±25.89*	32.22±42.23†	62.51±14.10	49.71±20.97	50.91±18.11†
Hiç Bilgisi Yok	39.54±33.66	17.42±36.70	47.96±34.72	52.51±20.33	47.12±20.95	39.39±28.83	9.09±26.70	57.69±14.00	40.91±23.50	41.16±15.86
F	12.01	9.10	3.09	1.88	2.64	13.82	10.27	2.66	8.79	11.09

p<0.05: †; p<0.01: *; p<0.001: **

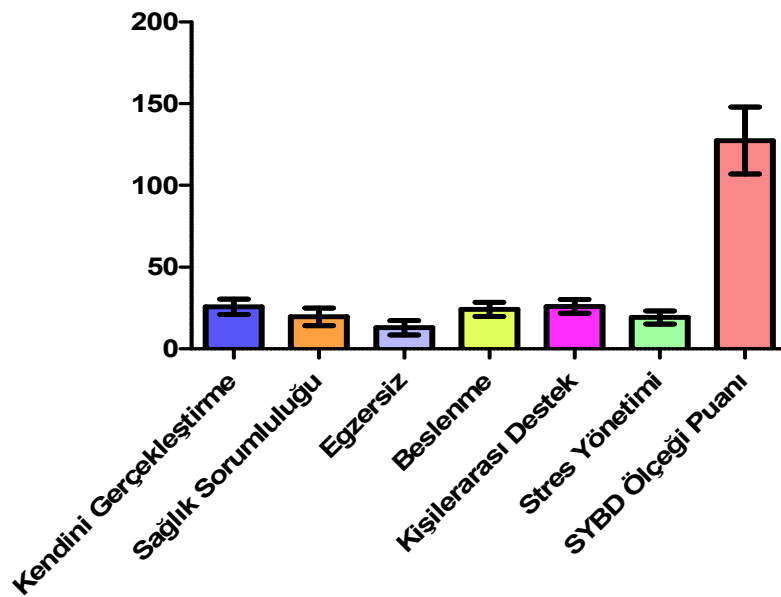
ANOVA, t-testi

6.3. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Faktörleri İçeren Bulgular

6.3.1. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Kalp hastalarının sağlıklı yaşam biçimi ölçeği toplam ve alt boyut puanları Grafik 6-3' de yer almaktadır. Grafikte görüldüğü gibi; manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25.67 ± 4.67 , sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 19.50 ± 5.37 , fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 12.83 ± 4.34 , beslenme alt boyut puan ortalaması 24.21 ± 4.21 , kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25.97 ± 4.26 , stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 19.24 ± 4.05 ve ölçeğin toplam puan ortalaması 127.45 ± 20.51 olarak saptanmıştır. Kalp hastaları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarından ve ölçeğin toplam puanından ortalamanın üzerinde, fiziksel aktivite alt boyutundan ortalamanın altında puan almıştır.

Grafik 6-3: Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları



6.3.2. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler

6.3.2.1 Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6-6 kalp hastalarının cinsiyet değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Erkek hastaların manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyut puanları ($p<0.001$) ve ölçek toplam puanı ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kalp hastalarının yaş grubu değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 20-48 ve 49-60 yaş grubundakiler 61-80 yaş grubundakilere göre fiziksel aktivite ($p<0.01$), 49-60 ($p<0.01$) ve 61-80 yaş grubundakilerin ($p<0.05$) 20-48 yaş grubundakilere göre beslenme alt boyut puanları daha yüksek bulundu.

Yaş grubu değişkenine göre manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Sigara kullananların manevi gelişim alt boyut puanı ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kalp hastalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının alkol kullanma durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyut ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kalp hastalarının medeni durum değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Evli hastaların manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puanları ($p<0.01$) ve beslenme alt boyut, ölçek toplam puanları ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Medeni durumu değişkenine göre, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının eğitim durumu değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; manevi gelişim alt boyutundan lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayanlardan ($p<0.01$) ve okur-yazarlardan ($p<0.001$), lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ($p<0.01$), okur-yazar olanlardan ($p<0.001$) ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$), ilköğretim mezunları okur-yazarlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları ($p<0.01$), lise mezunları okur-yazar olmayanlardan, okur-yazarlardan ($p<0.01$) ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayanlardan, okur-yazarlardan ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$), lise mezunları okur-yazar olmayanlardan, okur-yazarlardan ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.001$) ve ilköğretim mezunları okur-yazar olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutuna göre; lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve ilköğretim mezunlarından ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Stres yönetimi alt boyutuna göre; lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve okur-yazarlardan ($p<0.001$), ilköğretim mezunları okur-yazar olmayanlardan ve okur-yazarlardan ($p<0.01$) ve lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve okur-yazarlardan ($p<0.001$), ilköğretim mezunlarından ($p<0.01$) ve lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayanlardan ve okur-yazarlardan ($p<0.01$), ilköğretim mezunları okur-yazar olmayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Eğitim durumu değişkenine göre; beslenme alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının vücut kitle indeksi değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyut ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kalp hastalarının yaşadığı yer değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; sağlık sorumluluğu alt boyutundan büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Yaşadığı yer değişkenine göre; manevi gelişim, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının meslek değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan

tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; manevi gelişim alt boyutundan esnaflar ($p<0.01$) ve memurlar ev hanımlarından ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; memurlar işçi+çiftçilerden ($p<0.01$), memurlar ($p<0.001$) ve esnaflar ev hanımlarından ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Stres yönetimi alt boyutun göre; memurlar ev hanımlarından ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; memurlar işçi+çiftçilerden ($p<0.05$) ve ev hanımlarından ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Meslek değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının sosyoekonomik durum değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; manevi gelişim alt boyutundan sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ($p<0.05$) ve orta olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ($p<0.05$) ve orta olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Stres yönetimi alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Sosyoekonomik durum değişkenine göre; beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer

almaktadır. Çalışan hastalar çalışmayan hastalara göre, manevi gelişim ($p<0.01$) ve fiziksel aktivite ($p<0.05$) alt boyutlarında daha yüksek puan almışlardır.

Kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6-6: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD
Cinsiyet							
Kadın	24.53±4.65	19.28±5.31	11.59±3.98	23.97±4.20	26.07±4.06	18.75±3.99	124.22±19.99
Erkek	26.49±4.51*	19.66±5.42	13.72±4.37*	24.39±4.23	25.91±4.41	19.60±4.07	129.78±20.62 [†]
T	3.80	0.61	4.49	0.87	0.34	1.88	2.43
Yaş							
20-48	25.57±4.03	19.73±4.56	13.82±4.35 [♣]	22.83±4.31	25.43±4.07	19.14±3.34	126.53±18.23
49-60	26.24±4.67	19.99±5.60	13.40±4.36 [♣]	24.90±4.11	26.41±4.35	19.86±4.05	130.82±21.44
61-80	25.25±4.97	18.97±5.60	11.79±4.11	24.45±4.09 ^{♣†}	25.92±4.28	18.80±4.39	125.20±20.75
F	1.37	1.19	7.11	6.06	1.24	2.16	2.42
Sigara							
Kullanan	26.15±4.07 [†]	19.05±5.20	13.83±4.26	24.16±4.28	26.06±4.24	19.94±3.65	129.22±19.08
Kullanmayan	25.47±4.88	19.69±5.44	12.42±4.31	24.23±4.20	25.94±4.27	18.96±4.18	126.73±21.07
T	1.20	0.97	2.68	0.13	0.23	2.00	0.99
Alkol							
Kullanan	25.35±5.47	18.20±4.13	14.35±4.28	23.05±4.90	26.00±4.67	17.95±4.55	124.90±19.75
Kullanmayan	25.69±4.62	19.59±5.44	12.73±4.33	24.29±4.16	25.97±4.24	19.33±4.01	127.62±20.58
T	0.32	1.12	1.61	1.28	0.02	1.48	0.57

p<0.05: †; p<0.01: ♣; p<0.001: *

ANOVA, t-testi

Tablo 6-6: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD
Medeni Durum							
Evli	26.00±4.51 [♣]	19.50±5.25	13.11±4.21 [♣]	24.48±3.97 [†]	25.90±4.16	19.57±3.92 [♣]	128.59±19.83 [†]
Bekar	24.05±5.10	19.49±5.99	11.43±4.68	22.89±5.11	26.36±4.73	17.65±4.36	121.25±22.99
T	0.12	0.26	0.82	1.92	1.29	0.20	0.11
Eğitim Durumu							
Okur-yazar olmayan	22.28±4.47	15.57±4.43	9.78±3.35	22.71±3.62	24.14±4.18	15.28±2.09	109.78±14.92
Okur-yazar	22.87±4.56	17.00±3.76	9.67±2.48	24.48±3.40	24.77±3.34	16.77±3.28	115.58±14.75
İlköğretim	25.38±4.51 [†]	19.08±5.16 [†]	12.08±3.93	24.31±4.40	25.59±4.35	19.40±3.91 [♣]	125.86±20.11 [†]
Lise	27.04±4.33 ^{*†}	21.09±5.72 ^{♣†}	14.61±4.28 [*]	24.44±3.95	27.32±4.11 [†]	20.51±3.88 [*]	135.03±19.71 ^{*♣}
Lisans ve üstü	27.36±4.44 [♣]	21.21±5.22 [♣]	15.71±4.36 [*]	23.68±4.79	26.26±4.25	19.28±4.50 [♣]	133.52±20.68 [♣]
F	8.58	7.08	17.79	0.70	3.84	9.14	10.15
Vücut Kitle İndeksi							
Normal kilolu	25.47±5.25	19.08±5.12	12.91±4.39	23.51±4.31	26.10±4.67	19.16±4.60	126.25±21.22
Hafif şişman	25.66±4.38	19.34±5.17	13.21±4.59	24.48±3.92	25.94±4.08	19.27±3.75	127.93±19.73
Orta ve ağır derecede şişman	25.38±4.64	19.45±5.86	11.80±3.34	24.15±4.76	25.11±3.90	18.56±4.01	124.46±21.03
F	1.15	2.69	1.59	1.54	2.78	2.67	2.32

p<0.05: †; p<0.01: ♣; p<0.001: *

ANOVA, t-testi

Tablo 6-6: Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları					Stres Yönetimi	SYBD
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler		
Yaşadığı Yer							
Büyükşehir	25.42±5.29	20.84±5.65 [†]	13.92±4.71 [†]	23.78±4.57	25.55±5.15	19.38±4.51	128.92±23.91
Şehir	26.02±3.91	18.82±5.05	12.22±3.88	24.53±3.93	26.27±3.72	19.35±3.55	127.23±17.57
Kasaba	25.46±5.54	20.00±4.86	13.56±4.64	23.85±4.25	26.00±4.10	18.95±4.84	127.82±21.03
Köy	24.94±5.19	18.83±6.14	12.18±4.53	24.21±4.57	25.64±4.46	18.81±4.19	124.64±23.81
F	0.72	2.98	3.61	0.70	0.61	0.28	0.38
Meslek							
Esnaf	27.09±4.41*	19.69±5.04	13.30±3.70 [†]	24.09±3.99	25.96±4.35	19.39±3.38	129.54±18.13
İşçi, Çiftçi	25.52±4.56	18.52±5.38	12.21±4.35	23.72±4.74	25.03±4.43	19.05±4.13	124.09±22.28
Memur	27.04±4.28*	20.26±5.49	14.55±4.37*	25.00±4.11	26.49±4.23	20.19±4.24*	133.55±19.82**†
Evhanımı	23.91±4.62	19.12±5.28	11.19±3.78	23.66±4.05	25.88±4.41	18.31±3.81	122.10±19.40
F	10.89	1.63	13.78	2.36	1.51	4.38	7.19
Sosyoekonomik Durum							
Kötü	23.95±4.61	19.04±5.54	11.62±4.39	22.91±3.86	26.45±5.63	19.04±4.84	123.04±23.78
Orta	25.23±4.53	18.71±5.14	12.39±4.16	24.34±4.07	25.66±3.96	18.87±3.80	125.22±19.77
İyi	27.02±4.70**	21.27±5.44*	14.05±4.46**	24.27±4.57	26.52±4.46	20.09±4.28 [†]	133.24±20.23*
F	6.78	7.88	5.95	1.24	1.51	3.0	5.79
Çalışma Durumu							
Çalışan	26.97±4.29*	19.73±5.03	13.84±4.33 [†]	23.65±4.41	26.22±4.38	19.68±3.78	130.11±19.09
Çalışmayan	25.27±4.71	19.43±5.48	12.52±4.30	24.38±4.15	25.90±4.23	19.11±4.13	126.64±20.90
T	2.80	0.43	2.33	1.32	0.57	1.06	1.29

p<0.05: †; p<0.01: *; p<0.001: **

ANOVA, t-testi

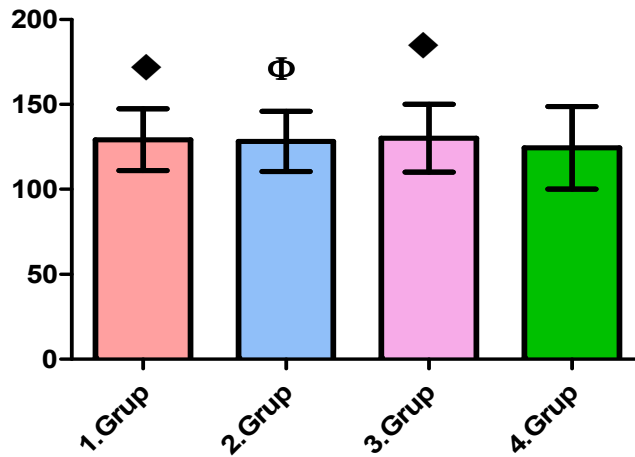
6.3.2.2. Kalp Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6-7 kalp hastalarının hastalık türü değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; manevi gelişim alt boyutundan kalp ritm bozuklukları olanlar ve kalbin yapısal hastalıkları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstable angina pectoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Hastalık türü değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). (Grafik 6-4)

Grafik 6-4: Kalp Hastalarının Hastalık Türlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları



Manevi Gelişim alt boyutu için: ◆: $p<0.05$, Fiziksel Aktivite alt boyutu için: Φ $p<0.01$

1. Grup: Kalp Ritim Bozuklukları

2. Grup: Koroner Arter Hastalığı, Ateroskleroz, Unstable Angina Pectoris, Miyokard İnfarktüsü

3. Grup: Kalbin Yapısal Hastalıkları

4. Grup: Kalp Yetmezliği

Kalp hastalarının hastalık tanısı konma zamanı değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; beslenme alt boyutundan 5 ve üzeri yıl olanlar 6 ay-1 yıl olanlardan ($p<0.01$) ve 1-5 yıl olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Hastalık tanısı konma zamanı değişkenine göre; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının tedavi görme süresi değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ana ve alt boyutları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; beslenme alt boyutundan 5 ve üzeri yıl olanlar 6 ay-1 yıl olanlardan ($p<0.01$) ve 1-5 yıl olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Tedavi görme süresi değişkenine göre; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının ek hastalık değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi grupla farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; manevi gelişim alt boyutundan hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan, diyabetes mellitüs olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitüs olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitüsü olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; hastalığı olmayanlar diyabetes mellitüs olanlardan, hipertansiyon olanlardan ($p<0.001$) ve hipertansiyon+diyabetes mellitüs olanlardan ($p<0.01$) daha yüksek puan almışlardır.

Stres yönetimi alt boyutuna göre; hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Ek hastalık değişkenine göre; beslenme, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının hastalık ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Manevi gelişim ve kişilerarası ilikiler alt boyutlarından eğitim alanlar almayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutlarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; eğitim alanlar almayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre; beslenme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kalp hastalarının hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hangi grubun hangi gruba farklı olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; manevi gelişim alt boyutundan yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.01$) ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$), az miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Fiziksel aktivite alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Beslenme alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.05$) daha yüksek puan almışlardır.

Stres yönetimi alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ($p<0.01$) ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan ($p<0.001$) daha yüksek puan almışlardır.

Tablo 6-7: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD
Hastalığın Türü							
1. Grup	26.88±4.36 [†]	19.28±5.11	12.94±3.70	23.05±4.37	27.20±3.55	19.88±3.90	129.25±18.09
2. Grup	25.94±3.99	19.66±4.99	13.50±4.63 [*]	24.55±3.69	25.37±3.70	19.24±3.77	128.28±17.61
3. Grup	26.46±4.52 [†]	19.84±5.02	13.34±4.29	23.96±4.52	26.82±4.15	19.60±3.87	130.05±19.97
4. Grup	24.50±5.36	19.20±6.09	11.70±4.00	24.33±4.56	25.83±5.00	18.84±4.52	124.42±24.38
F	3.77	0.24	3.74	1.25	2.66	0.77	1.23
Hastalık Tanısı Konma Zamanı							
6 ay-1 yıl	25.54±4.04	19.08±4.62	12.93±4.33	23.19±4.47	25.47±4.02	19.26±4.08	125.49±18.33
1-5 yıl	25.49±4.64	19.52±5.32	12.77±4.14	23.81±4.13	25.90±4.30	19.37±3.83	126.88±20.04
5 ve üzeri yıl	25.94±5.05	19.73±5.85	12.84±4.57	25.27±3.95 ^{*†}	26.36±4.35	19.10±4.30	129.22.21
F	0.32	0.33	0.03	6.76	1.01	0.13	0.85

p<0.05: †; p<0.01: ♣; p<0.001: *

1. Grup: Kalp Ritim Bozuklukları

2. Grup: Koroner Arter Hastalığı, Ateroskleroz, Unstabil Angina Pektoris, Miyokard Enfarktüsü

3. Grup: Kalbin Yapısal Hastalıkları

4. Grup: Kalp Yetmezliği

ANOVA, t-testi

Tablo 6-7: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD
Tedavi Görme Süresi							
6 ay-1 yıl	25.31±4.04	19.40±4.48	13.03±4.07	23.34±4.42	25.51±4.07	19.08±3.91	125.71±17.35
1-5 yıl	25.47±4.85	19.19±5.52	12.76±4.37	23.87±4.11	25.94±4.26	19.31±3.95	126.56±20.84
5 ve üzeri yıl	26.16±4.87	19.93±5.81	12.76±4.52	25.25±4.00*†	26.35±4.39	19.29±4.31	129.78±22.19
F	0.99	0.59	0.12	5.75	0.92	0.09	1.14
Ek Hastalık							
Yok	26.95±4.92†	20.63±5.56†	14.76±4.79**	23.80±4.44	26.52±4.76	20.32±4.31†	133.01±22.55
Diğer	24.23±4.73	19.33±4.48	12.76±3.91	24.23±3.95	25.48±4.10	18.02±3.74	124.07±18.93
DM	24.62±4.79	18.11±5.37	11.84±4.13	25.07±4.60	25.39±4.47	18.66±4.20	123.71±21.36
HT	26.02±3.90	19.25±5.25	11.77±3.13	23.69±4.27	26.10±3.91	19.31±3.96	126.16±18.35
HT+DM	24.69±4.64	19.32±5.61	11.95±4.68	25.10±3.09	25.67±3.61	18.54±3.29	125.30±18.54
F	4.25	2.06	7.96	1.64	0.84	3.33	2.77
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu							
Evet	26.49±4.79†	21.71±5.62*	14.17±4.64*	24.73±4.30	26.67±4.68†	20.22±4.35*	134.02±21.69*
Hayır	25.17±4.53	18.15±4.75	12.01±3.93	23.90±4.14	25.55±3.93	18.65±3.75	123.46±18.71
T	2.49	6.10	4.48	1.71	2.31	3.44	4.64

p<0.05: †; p<0.01: ‡; p<0.001: *

DM: Diyabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

ANOVA, t-testi

Tablo 6-7: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları (devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu							
Yeterli Miktarda Bilgi Sahibi	26.89±4.72 ^{▲**†}	22.00±5.15 [*]	14.48±4.42 [*]	24.89±4.34 [†]	26.74±4.47 [†]	20.39±4.05 ^{▲*}	135.41±20.36 [*]
Az Miktarda Bilgi Sahibi	25.13±4.26	17.96±4.74	11.89±3.85	23.56±4.19	25.56±4.10	18.68±3.87	122.80±18.79
Hiç Bilgisi Yok	22.93±4.73	15.87±4.27	10.09±3.37	24.33±3.34	24.57±3.49	16.93±3.45	114.75±15.66
F	12.27	35.13	23.06	3.70	4.87	13.28	23.70

p<0.05: †; p<0.01: ▲; p<0.001: *

ANOVA, t-testi

6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Ana Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin fiziksel ana boyut puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığımız Pearson korelasyon analizi sonucu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin fiziksel ana boyut puanı ($r=0.408$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6-8).

Tablo 6-8: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Ana Boyutu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Yaşam Kalitesi Fiziksel Ana Boyut Toplam Puanı
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	1	0.408 **
Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Ana Boyut Toplam Puanı	0.408 **	1

** : $p<0.01$, Pearson korelasyon analizi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin mental ana boyut puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığımız Pearson korelasyon analizi sonucu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin mental ana boyut puanı ($r=0.460$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6-9).

Tablo 6-9: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Ana Boyutu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Ana Boyut Toplam Puanı
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	1	0.460 **
Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Ana Boyut Toplam Puanı	0.460 **	1

** : $p<0.01$, Pearson korelasyon analizi

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada; Kalp hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemeyi amaçladık.

7.1. Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmamıza katılan 325 kalp hastasının; yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ana boyut puan ortalamasını 51.95 ± 22.21 , mental ana boyut puan ortalamasını 52.71 ± 19.48 olarak bulduk (Grafik 6-1). Özer ve Argon (2005) 102 kalp yetmezliği hastasına sol ventrikül disfonksiyonu anketi uyguladıkları çalışmada, ortalama yaşam kalitesi puanını 100 üzerinden 50.34 olarak saptamışlardır. Bizde bu çalışmaya benzer şekilde SF-36 ölçeği kullanarak yaptığımız çalışmamızda, kalp hastalarının yaşam kalitesinin fiziksel ve mental ana boyut puan ortalamalarını ortalamanın üzerinde olduğunu gördük.

7.1.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleriyle Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda; erkeklerin mental sağlık alt boyutu hariç yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ve ana boyutlarından kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Tablo 6-4). Özer ve Argon (2005) kalp yetmezliği hastalarında bulgularımıza zıt olarak erkek hastaların yaşam kalitesini kadın hastalara göre daha düşük bulmuşlardır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde; kalp hastalarıyla yapılan çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara oranla daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Rector et al., 1987; Chin and Goldman, 1998; Cline et al., 1999; Petrie et al., 1999). Yine; Erdem ve Ergüney' in (2005) ve Lukkarinen ve Hentinen' in (1997) koroner arter hastalarıyla olan çalışmalarında, Eski' nin (1999) miyokart enfarktüsü geçiren bireylerle yaptığı çalışmasında cinsiyete göre yaşam kalitesi toplam puanı erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum erkeklerin hastalığa daha iyi uyum sağladığını ve hastalıkla baş etme düzeylerinin kadın hastalara göre yeterli olduğunu

düşündürmektedir. Ayrıca, kadınların yaşam kalitesinde kültürün yanı sıra, toplumsal ve aile içindeki rollerinin etkisi de önemli bir faktör olabilir.

Çalışmamızda; 20-48 yaş grubundaki hastaların 61-80 yaş grubundakilere göre; fiziksel rol, 49-60 yaş grubundaki hastalarda 61-80 yaş grubundakilere göre; fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, mental rol, mental sağlık, fiziksel boyut ve mental boyut yaşam kalitesi ölçeğinde en yüksek puan aldıklarını saptadık (Tablo 6-4). Erdem ve Ergüney' in (2005) çalışmasında da yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı; Özer ve Argon (2005) ise; yaş değişkeni ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir. Gerek yurt içi gerekse yurtdışı çalışmalar incelendiğinde de diğer kronik hastalıklarda da yaş arttıkça genel olarak yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (Chiang et al., 2004; Stojanovic and Stefanovic, 2007; Panagopoulou et al., 2009). Yaşlılık özellikle fiziksel yitimlerin ön plana çıktığı geri dönüşümsüz bir süreçtir. Yaş ilerledikçe fonksiyonel yetersizliklerin yanı sıra eşlik eden kronik hastalıklar nedeniyle yaşam doyumu azalmakta ve sonuç olarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Rebollo et al., 2001; Walters et al., 2002; Panagopoulo et al., 2009). Çalışmamızda orta yaştaki hasta grubunda yaşam kalitesinin yüksek olmasının, fiziksel ve mental olarak genç organizmaların yaşlılara oranla yaşamın tüm alanlarında daha mücadeleci olmalarından ve olayları daha iyi tolere edebilmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda sigara kullanma durumu değişkenine göre; sigara kullananlar kullanmayanlara göre, fiziksel fonksiyon, mental rol ve fiziksel rol alt boyut puanları daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-4). Demir (2008) çalışmasında, hastaların sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanları arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır. Sağlık üzerinde ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimin olması olumlu etkilerin oluşmasını sağlamaktadır. Hastalık üzerinde böyle bir denetim var olduğunun hissedilmesi, hastaların çaresizlik duygularının azalması ve iyileşmesini düzenlemektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde yapılan bu denetim fiziksel iyilik halini etkilediği kadar psikolojik iyilik halini de etkiler ve geliştirir (Akyol, 1993). Sigara içmenin kişi üzerindeki zararlı etkilerinden dolayı yaşam kalitesi düşmektedir. Ancak, bireylerin psiko-sosyal gereksinimleri dikkate alındığında, sorun çözme ve stresle baş

etme becerilerini sigaraya bağlayarak kendilerini daha iyi hissettikleri, sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerine (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek gibi günlük aktivitelerine), işte ya da diğer günlük etkinliklerde fiziksel ve emosyonel sağlık sorunlara bağlı rol kısıtlılıklarının denetim altında olması yaşam kalitelerini önemsemelerine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kalp hastalarının alkol kullanma durumu değişkenine göre yaşam kalitesi; alkol kullananların sosyal fonksiyon alt boyut puanının daha yüksek düzeyde olduğunu belirlenmiştir (Tablo 6-4). Demir (2008), hastaların alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanları arasında herhangi bir ilişki bulmamıştır. Alkollü içeceklerin tüketimi, çok eski uygarlıklardan günümüze kadar uzanan, toplumların çoğunda görülen ve oldukça sık rastlanan bir alışkanlıktır. Son yıllarda hafif ve orta derecede düzenli alkol tüketiminin kardiyovasküler hastalık üzerine koruyucu etkisi düşüncesi yaygınlaşmıştır. Alkolün diğer bir potansiyel yararlı etkisi iskemiyle uyarılan aritmilere engel olması ve konjestif kalp yetersizlikli hastalarda pulmoner arter basıncını düşürmesidir (Çelik ve ark., 2002). Bizim çalışmamıza göre; alkol alan bireyler fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile sosyal etkinliklerini kesintiye uğramaksızın yürüttükleri düşünülebilir.

Araştırmamızda; evli olanların yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyutlarından bekarlara göre daha yüksek puan aldığı bulundu (Tablo 6-4). Demir (2008) çalışmasında; medeni durum ve yaşam kalitesi toplam puanı arasında herhangi bir ilişki bulmamıştır. Bireylerin sosyal desteğinin büyük bir bölümünü aileleri oluşturmaktadır. Özellikle ailelerin, hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde yardımcı olduğu saptanmıştır. Hasta tarafından gereksinim duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişmektedir. Evli kişiler duygusal, maddi ve manevi yönden daha çok destek görmesi yaşam kalitelerinin artmasına neden olmuş olabilir.

Eğitim durumu değişkenine göre; hastaların yaşam kalitesini incelediğimizde lisans ve üstü mezunların diğer mezunlardan genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları hariç, lise mezunlarının genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları hariç ilköğretim, okur-yazar olanlar ve okur-yazar olmayanlardan, ilköğretim mezunlarının da

genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, mental rol ve mental sağlık alt boyutları hariç daha yüksek puan aldıkları görölmektedir (Tablo 6-4). Özer ve Argon (2005) yaptıkları çalışmada bulgumuza zıt olarak eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermişlerdir. Eski (1999) ise; bizim bulgumuza paralel şekilde eğitim düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesi puanlarının arttığını saptamıştır. Eğitim düzeyi, yaşam kalitesinde önemli bir belirleyicidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişi dış etkenlerden daha az etkilenir ve bunun sonucunda yaşam kalitesi de daha yüksek olur. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile kişinin sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, kendine güveninin artması, kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, bilinçli baş etme mekanizmalarını geliştirmesi, hastalıklarını/hastalık semptomları gibi olumsuzluklara daha gerçekçi bakabilmesi, maddi olanakların ve sosyal durumun daha iyi olması ile ilişkili olabileceği ve tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünölmektedir (Erdem ve Ergüney, 2005).

Kalp hastalarıyla ilgili yaptığımız bu çalışmada vücut kitle indeksi değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6-4). Etkili kilo kontrolünün hastaların yaşam kalitesi seviyesini daha da artıracaklarını düşünölebilir.

Çalışmamızda yaşadığı yere göre; kasaba ve şehirde yaşayan hastalar köyde yaşayanlara göre, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon alt boyutlarından, kasabada yaşayanlar şehir ve büyükşehirde yaşayanlardan mental rol, mental sağlık alt boyutlarından, yine kasabada yaşayanlar fiziksel ve mental ana boyutlarından köyde yaşayanlara göre daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-4). Demir (2008) kalp yetmezliği hastaları ile olan çalışmasında; yaşamın büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında bir fark bulmamıştır. Bireyler yaşadığı çevrede rahat, güven içinde yaşamaya önem vermektedirler. Bireyin amaçlarını, beklentilerini, boş zamanlarını değerlendirebileceği, fiziksel çevre, güröltü, kirliliğin olmaması, ulaşım olanaklarının olması, sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler. Kasabada yaşayanların diğer bölgelerde yaşayanlara göre, pek çok açıdan daha stressiz bir yaşam sürdürmeleri yaşam kalitelerinin yüksek olmasını sağlamış olabilir.

Meslek değişkenine göre; esnaf, işçi+çiftçi ve memur olanların tüm alt ve ana boyutlarda ev hanımlarına göre yaşam kalitelerinin yüksek düzeyde olduğunu belirledik (Tablo 6-4). Eski' nin çalışmasında (1999) yaşam kalitesi en yüksek olan grup memurlar, en düşük olan grup ise ev hanımlarıdır. Erdem ve Ergüney' in çalışmasında (2005) yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek memur ve işçilerde saptanmıştır. Bütün alanlarda memur ve işçiler en yüksek puanları alırken, ev hanımları en düşük puanları almışlardır. Bu durum meslek sahibi olan kişilerin düzenli, belirli bir işe sahip olmaları ve daha fazla sosyal olmaları, ev hanımlarının ev içinde sınırlandırılmaları, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, sosyal yaşamdan soyutlanmaları şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda sosyoekonomik duruma göre; iyi ve orta olanlar kötü olanlara göre, genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutlarından, iyi olanlar orta olanlara göre, sosyal fonksiyon alt boyutundan, iyi olanlar kötü ve orta olanlara göre, mental rol alt boyutundan ve mental ana boyutundan daha yüksek puan aldıklarını saptadık (Tablo 6-4). Kronik hastalığa sahip olan hastalarla yapılan çalışmalar da (Bergner 1989; Pınar 1994; Eski, 1999) maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir. Maddi sorunların pek çok sorunları beraberinde getirdiği, hastalık durumuna uyumu olumsuz yönde etkilediği, maddi yeterliliğinde birçok olanakları beraberinde getirdiği, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabildikleri, daha fazla sosyal imkanlara sahip olmaları ve bunun yaşamdan doyum bulmayı olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Çalışan hastalarımızın mental sağlık alt boyutu hariç yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğunu gördük (Tablo 6-4). Çalışabiliyor olma durumu bireyin hem kişisel hem toplumsal rolünü ve özgüvenini geliştirmeye pozitif etki eder. Özgüven yaşam kalitesinin mental boyutuna etki eden en önemli parametrelerden biridir (Bohlke et al., 2008). Ayrıca çalışabilen hastaların metabolik durumlarının dolayısıyla fiziksel fonksiyonel yeterliliklerinin daha iyi olması beklenen bir bulgudur (Chiang et al., 2004).

7.1.2. Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine İlişkin Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda hastalık türü değişkenine göre; yaşam kalitesinin tüm ana ve ana alt boyutlarında en düşük puanı kalp yetmezliği olan hastalar almıştır (Tablo 6-5). Kalp yetmezliği, hastada fonksiyonel kapasiteyi sınırlaması, çok sayıda semptom bulundurması gibi özellikleri ile fiziksel fonksiyonlarda ve ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle hastaların mental sağlıklarında da azalmaya neden olabilir.

Araştırmamızda, hastaların tanı ve tedavi sürelerine göre yaşam kalitesi açısından herhangi bir farklılığa rastlanmadı (Tablo 6-5). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Özer ve Argon' un (2005) ve Demir (2008) çalışmalarında; tanı süresiyle yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu da süre gözetmeksizin kalp hastalığının yaşam kalitesi açısından hastalarda aynı etkiyi yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda ek hastalık değişkenine göre; herhangi bir hastalığa sahip olmayan hastaların yaşam kalitesinin diğer hastalara göre anlamlı derecede daha iyi olduğu, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu saptanmıştır (Tablo 6-5). Özer ve Argon' un (2005), Demir' in (2008) çalışmalarında hastaların kalp yetmezliğine ek olarak bizim çalışmamızda olduğu gibi en fazla hipertansiyon olduğu görülmüştür. Ek hastalıklar bireyin semptomlarının artmasına neden olması, psikolojik ve fiziksel durumunu etkileyerek fiziksel ve mental fonksiyonlarda azalmayla birlikte yaşam kalitesini düşmesine neden olabilir.

Araştırmamızda hastalıkla ilgili eğitim alma durumu değişkeni incelendiğinde; eğitim alanların mental rol alt boyutu ve mental ana boyutundan daha yüksek puan aldıkları saptandı (Tablo 6-5). Hastalıkla ilgili eğitim alma kişinin hastalığı konusunda bilinçlenmesine, böylece hastalıkla ilgili kaygı seviyesinin azalmasını sağlayarak mental açıdan daha iyi olmalarını sağlamış olabilir.

Çalışmamızda, hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olanlar zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları hariç az miktarda bilgi sahibi olanlar ve hiç bilgi sahibi olmayanlara göre, az bilgi sahibi olanlarında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental rol alt boyutlarında ve mental ana boyutundan hiç bilgi sahibi olmayanlara göre daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-5). Bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu, kişilerde bireyin sağlık anlayışının olumlu yönde değişmesine, gelişmesine, sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenmesine bu bağlamda hastalıklarını/hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenmelerine ve kullanmalarını sağlayarak yaşam kalitesinin artmasına neden olabilir.

7.2. Kalp Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanı Bulgularının Tartışılması

Çalışmamıza katılan 325 kalp hastasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puan ortalamasını 127.45 ± 20.51 olarak bulundu (Grafik 6-3). Bu değer ortalamanın üzerindedir. Sosyo-demografik özelliklerin (cinsiyet, yaş, sigara kullanımı, alkol kullanımı, medeni durum, eğitim durumu, vücut kitle indeksi, yaşadığı yer, meslek, sosyoekonomik durum ve çalışma durumu), hastalığa ait özelliklerin (hastalık türü, hastalık tanısı konma zamanı, tedavi görme süresi, ek hastalık, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanını olan etkilerinin tartışılması aşağıda sunulmuştur.

7.2.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanı Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda; kadın hastaların kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6-6). Bahar ve arkadaşlarının (2003) Esentepe bölgesindeki kadınların sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili yapmış olduğu çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınların en yüksek puanı, ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldığını göstermişlerdir. Kişilerarası ilişkiler

başkaları ile olan ilişkilerdir, iletişim kullanmayı gerektirir. İletişim duyguları paylaşmayı da içerir. Bu bakımdan kadınların bu alt ölçekten erkeklere göre daha yüksek puan alması beklenen sonuçtur. Araştırmamızda, erkek hastalar manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı kadınlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 6-6). Özer ve Argon' un (2005) kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmada cinsiyet ve sağlık davranışları arasındaki incelendiğinde; sağlık davranışları erkeklerde kadınlara oranla daha yeterli düzeyde bulunmuştur. Can ve arkadaşları (2008) ise, hemşire ve hemşire olmayan öğrencilerle yaptıkları çalışmada kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetiminde daha iyi olduklarını saptamışlardır. Kadınların aile ve toplum içersinde üstlendiği roller, bireysel olarak sağlığına, sağlıkla ilgili davranış biçimlerini yeterince önemsememesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda; 20-48 ve 49-60 yaş grubundakilerin 61-80 yaş grubundakilere göre fiziksel aktivite alt boyut puanı yüksek olduğu saptandı (Tablo 6-6). Yaşlanma süreci ile birlikte fiziksel fonksiyonların azalması, 61-80 yaş grubundakilerin fiziksel aktivite alt boyutundan düşük puan almalarına neden olmuş olabilir. Yine araştırmamızda; 49-60 ve 61-80 yaş grubundakilerin 20-48 yaş grubundakilere göre, beslenme alt boyut puanlarının yüksek olduğunu saptadık. Pasinlioğlu ve Gözüm (1998) sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmalarında da yaş ile beslenme arasında ters orantı bulmuşlardır. Genç yaştaki hastaların daha ileriki yaştaki hastalara göre, fast-food gibi daha düzensiz beslenme alışkanlıklarına sahip olmaları, öğünleri seçme ve düzenlemede yiyecek seçimindeki değerlerini belirlemede yetersiz olmalarını sağlamış olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanma durumu değişkenine göre; sigara kullananların manevi gelişim alt boyut puanı sigara kullanmayanlardan daha yüksek bulundu (Tablo 6-6). Günümüzde sağlıksız beslenme, aşırı stres, tütün, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, şişmanlık, hareketsizlik nedeniyle ortaya çıkan “yaşam biçimi hastalıkları” (kalp-damar hastalıkları, kanser, şişmanlık, osteoporoz, diyabet) gelişmiş ülkelerde daha çok olmak üzere gelişmekte olan ülkeleri de etkilemektedir. DSÖ gelişmiş ülkelerde tüm ölümlerin % 45'inin bu hastalıklara bağlı olduğunu bildirmektedir. 2015 yılında bu oranın gelişmiş ülkelerde % 60'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (Bottorff et al., 1996).

Yaşam biçimi hastalıkları kapsamında kronik hastalıklar çoğunlukta bulunmaktadır. Bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel sağlıklı olma durumu, yaşamın "iyi" olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması anlamına gelen yaşam kalitesinin, sigara içme durumundan etkilenebileceği düşünülmektedir (Şen ve ark., 2008). Sigara içme durumunun, yaşam kalitesi üzerine etkisinin olumsuz olması beklenmesine karşı bizim çalışmamızda, manevi gelişim alt boyutunda anlamlılık gözlenmiştir. Psikolojik bakımdan sağlıklı bireyler kendilerini oldukları gibi kabul ederler, eksiklik veya hatalarından dolayı rahatsız olmazlar. Sağlıklarıyla ilgili diğer parametrelere (beslenme, egzersiz gibi) daha fazla önem vermeleri ve stresten uzak olmaları sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu etkisi görülmüş olabilir.

Araştırmamızda alkol kullanma durumu değişkenine göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulmadık (Tablo 6-6). Araştırmaların büyük çoğunluğunun ortak görüşü kardiyovasküler sistem üzerine hafif-orta derecede alkol tüketiminin faydalı olduğu, fazla tüketiminin ise sağlığı olumsuz etkilediği yönündedir. Gözlemsel ve metabolik çalışmalarda kardiyovasküler yararın günde 1-2 kadeh alkollü içeceklerle görüldüğü belirtilmiştir (Çelik ve ark., 2002). Bazı çalışmalar bu görüşü doğrulasa da başka bir çok çalışmada şarap içenlerin genellikle daha az şişman kişiler olduğu, egzersiz yapma oranının daha fazla olduğu, ayrıca şarabın genellikle yemekle ancak 1-2 kadeh içildiği gibi karıştırıcı faktörlerden dolayı şarap içenlerde Koroner kalp hastalığı riskinin daha düşük olduğu öne sürülmüştür (Gönül, 2009). Bu da kalp hastalarının alkol kullanma miktarına dikkat ettikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından hastaları etkilemediği şeklinde yorumlanabilir. Kalp hastalarında alkol ve sigara tüketiminin daha ayrıntılı incelenmesi yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin tam olarak ne yönde olduğunun belirlenmesi açısından yararlı olacaktır.

Medeni durum değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyut ve toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde evlilerin manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam puanından bekarlara göre daha

yüksek puan aldıklarını bulduk (Tablo 6-6). Esin' in (1997) İşçiler ile yaptığı araştırmasında da sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme evlilerde bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Evli bireylerin kendilerinin haricinde ailenin diğer üyelerine karşıda sorumluluklarının olması, daha düzenli bir yaşam sürdürmeleri ve sosyal desteğin sağlanması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da olumlu değişmelere sebep olabilir.

Araştırmamızda eğitim durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyut ve toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olanlar ve olmayanlardan, lise mezunları ve ilköğretim mezunları okur-yazar olan ve olmayanlardan manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından, lisans ve üstü ve lise mezunları ilköğretim mezunu, okur-yazar olan ve olmayanlardan ve ilköğretim mezunları okur-yazar olanlardan fiziksel aktivite alt boyutundan, lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve ilköğretim mezunlarından kişilerarası ilişkiler alt boyutundan, lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve okur-yazarlardan, ilköğretim mezunları okur-yazar olan ve olmayanlardan, lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayanlardan stres yönetimi alt boyutundan, lisans ve üstü, lise mezunları ve ilköğretim mezunları okur-yazar olan ve olmayanlardan ölçeğin toplam puanından daha yüksek almışlardır (Tablo 6-6). Enç (1998) kalp yetersizliği olan bireylerde çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmiştir. Bireyin sağlıklı bir kişilik geliştirmesi için her şeyden önce, kendini gerçekçi bir gözle değerlendirebilecek bir benlik yapısına sahip olması gerekir (Ersanlı, 1996). Kendini gerçekleştiren kişi, yeteneklerini ve güçlerini içinde yaşadığı ana göre sonuna kadar kullanabilen kimsedir. O nedenle kendini gerçekleştirme bir süreç olarak, insanın kapasite ve yeteneklerinin çevrenin sınırsız olanakları içinde gelişme ve zenginleşme eğilimi göstermesidir (Kılıççı, 2000). Eğitim seviyesinin yükselmesi kişinin kendini gerçekleştirmesi için daha fazla uygun ortam hazırlar. Manevi gelişimde olduğu gibi diğer alt boyutlarda da eğitim seviyesi arttıkça bireyin sağlığını geliştirmeye verdiği öneminde arttığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi bulgularına benzer şekilde vücut kitle indeksi değişkenine göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puan ortalamaları incelendiğinde

gruplar arasında anlamlı bir fark bulmadık (Tablo 6-6). Kilolu hastalara uygun beslenme ve egzersiz programları uygulanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine katkıda bulunulabilir.

Araştırmamızda yaşadığı yer değişkenine göre; sağlık sorumluluğu alt boyutundan büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan daha yüksek almışlardır (Tablo 6-6). Esin' in işçilerle yaptığı çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi yaşamının büyük bölümünü büyükşehirde geçirenlerde köyde geçirenlere göre yüksek bulunmuştur. Büyükşehir, şehir gibi yerleşim bölgelerinde eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim, fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması gibi hizmetlerin üst düzeyde sunulması ve bu hizmetlere daha kolay ulaşabilme nedeni ile kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve sağlığına ne düzeyde katkıda bulunduğunu belirlemekte ve sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu da sonucumuzu doğrulamaktadır.

Araştırmamızda meslek değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan esnaflar ve memurlar ev hanımlarından, fiziksel aktivite alt boyutuna göre memurlar işçi+çiftçilerden ve ev hanımlarından, esnaflar ev hanımlarından, stres yönetimi alt boyutun göre memurlar ev hanımlarından, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre, memurlar işçi+çiftçilerden ve ev hanımlarından daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-6). Çalışma hayatı kişinin bireysel olarak kendisini gerçekleştirmesine, tanınmasına, stres kontrol mekanizmalarını daha başarılı bir şekilde yönetmesine olanak sağlar. Ev hanımlarının manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarından diğer meslek sahiplerine göre daha düşük puan almaları bundan kaynaklanabilir. Ayrıca, ev hanımlarının ev, çocuk ve eş üçgeninde kalmaları egzersiz uygulamalarını yeterli derecede gerçekleştirememelerine neden olabilir. Tüm bunların sonucunda da ev hanımları hastalıklarıyla ilgili sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmede yetersiz kaldıkları görülmektedir.

Çalışmamızda sosyoekonomik durum değişkeni incelendiğinde; manevi gelişim alt boyutundan sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ve orta olanlardan,

sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ve orta olanlardan, stres yönetimi alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-6). Gelir düzeyinin artması kişinin kendi sağlığını geliştirmesine, özen göstermesine, fiziksel aktiviteleri düzenli olarak uygulamasına, gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurmasına olanak sağlayabilir. Bunun sonucu olarak, hastalığıyla ilgili gerilimi azaltmasına ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmesine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla benimsemesini sağlayabilir.

Araştırmamızda çalışma durumu değişkenine göre; çalışan hastalar çalışmayan hastalara göre, manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyutlarında daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-6). Çalışanların hareketsiz yaşamdan uzak durması, enerji harcamaları, sosyal aktiviteleri katılması fiziksel aktivite alt boyut puanlarının yüksek olmasını sağlayabilir. Aynı zamanda çalışma ortamı manevi geliştirmesine olanak sağlar.

7.2.2. Kalp Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Ölçek Toplam Puanı Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda kalp hastalarının hastalık türü değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan kalp ritm bozuklukları+pil olanlar ve kalbin yapısal hastalıkları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ve fiziksel aktivite alt boyutuna göre; koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pektoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-7). Kalp yetmezliği, ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelisen, ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur (Karpolat, 2006). Bu nedenle, kalp yetmezliği hastaları araştırmamızdaki diğer kalp hastalarına göre; hastalığın getirdiği fiziksel kapasite de azalma, hastalık tablosunun

bireyin mental fonksiyonlarını etkilemesi sonucu manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyutlarından düşük puan almalarına sebebiyet vermiştir.

Çalışmamızda hastalık tanısı konma zamanı ve tedavi görme süresi değişkeni incelendiğinde; beslenme alt boyutundan 5 ve üzeri yıl olanlar 6 ay-1 yıl olanlardan ve 1-5 yıl olanlardan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 6-7). Hastaların zaman ilerledikçe hastalıklarına uyum sağlamaları, aynı zamanda hastalık semptomlarına bağlı olarak diyetlerine dikkat etmeleri ve özen göstermeleri artar.

Çalışmamızda ek hastalık değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan, diyabetes mellitüs olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitüs olanlardan, sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitüsü olanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; hastalığı olmayanlar diyabetes mellitüs olanlardan, hipertansiyon olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitüs olanlardan ve stres yönetimi alt boyutuna göre; hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-7). Kronik bir hastalığın varlığı ve sürekli ilaç kullanma bireyin kendi sağlığı üzerinde daha fazla sorumluluk kazanmasını gerektirmekte bu durumun sonucu olarak da kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarını yönetmede (düzenli muayene ve tetkikler yaptırma gibi) ek hastalığı olmayan kalp hastalarına göre daha fazla enerji ve çaba sarf etmeleri gerekir (Karakoç, 2006).

Çalışmamızda hastalık ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; eğitim alanlar almayanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-7). Kalp hastalarına hastalıkları hakkında verilen eğitim, hastalıklarını daha iyi tanımalarına, onu yönetme stratejilerini öğrenmelerine, stresli bir durum olan kronik hastalıkla yaşamadaki zorlukları azaltmasına ve bu da daha iyi stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları gerçekleştirmelerine neden olur. Kişilerarası ilişkiler puanının artması verilen bilgilerin hasta ailesiyle paylaşılması ve hastalığın yönetiminde birlikte hareket etmelerinin sonucu olabilir.

Araştırmamızda hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, az miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan, sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, beslenme alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan, kişilerarası ilişkiler alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, stres yönetimi alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 6-7). Hastanın hastalığı hakkında bilgi sahibi olması, hastalığıyla ilgili bilinçlenmesini sağlayarak hastalıkla başa çıkmada ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesinde daha başarılı olmasına etki eder.

7.3. Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmamızdaki bir diğer bulgu ise, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin fiziksel ve mental ana boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş olmasıdır (Tablo 6-8, Tablo 6-9). Yaşam kalitesi, sağlık durumu ile fonksiyonel kapasite arasındaki ilişkiyi ve bu konularda kişinin kendisini nasıl algıladığını gösterir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Kalp hastalarının sağlıklarına yönelik doğru yaşam biçimi davranışları geliştirmesi, yaşam kalitelerinin artmasını; yaşam kalitesinin artması da bireyin sağlığına verdiği önemi etkileyerek pozitif yönde geri bildirim mekanizması oluşturacaktır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgular;

- Araştırma kapsamına alınan hastaların; çoğu erkek, 61-80 yaş, evli, ilköğretim mezunu, hafif şişman, şehir, memur, sosyoekonomik durumu orta ve çalışmayanlardır. Hastaların çoğu koroner arter hastalığı, ateroskleroz, unstabil angina pectoris, miyokard infarktüsü, hastalık tanısı ve tedavi görme süresi 1-5 yıldır, hiç hastalığı olmayanlar, hastalıkla ilgili eğitim almayanlar ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmayanlardır.
- Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ana boyut puan ortalamasını 51.95 ± 22.21 , mental ana boyut puan ortalamasını 52.71 ± 19.48 ; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 127.45 ± 20.51 olarak bulundu.
- Cinsiyete göre bakıldığında; yaşam kalitesi ana ve alt boyut puanları erkeklerde daha yüksek olduğu saptandı.
- 20-48 yaş grubundaki hastaların 61-80 yaş grubundakilere göre; fiziksel rol, 49-60 yaş grubundaki hastalarda 61-80 yaş grubundakilere göre; fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, mental rol, mental sağlık, fiziksel boyut ve mental boyut yaşam kalitesi ölçeğinde en yüksek puan aldıkları saptandı.
- Kalp hastalarının sigara ve alkol kullanma durumlarının yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu görüldü.
- Hastaların medeni durumlarına göre; evli olanların yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyutlarından bekarlara göre daha yüksek puan aldığı bulundu.

- Eğitim durumu değişkenine göre; hastaların yaşam kalitesini incelediğimizde lisans ve üstü mezunların diğer mezunlardan genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları hariç, lise mezunlarının genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları hariç ilköğretim, okur-yazar olanlar ve okur-yazar olmayanlardan, ilköğretim mezunlarının da genel sağlık algısı, zindelik/yorgunluk, mental rol ve mental sağlık alt boyutları hariç daha yüksek puan aldıkları görüldü.
- Vücut kitle indeksi değişkenine göre; yaşam kalitesi açısından fark olmadığı bulundu.
- Çalışmamızda yaşadığı yere göre; kasaba ve şehirde yaşayan hastalar köyde yaşayanlara göre, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon alt boyutlarından, kasabada yaşayanlar şehir ve büyükşehirde yaşayanlardan mental rol, mental sağlık alt boyutlarından, yine kasabada yaşayanlar fiziksel ve mental ana boyutlarından köyde yaşayanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptandı.
- Meslek değişkenine göre; esnaf, işçi+çiftçi ve memur olanlar tüm alt ve ana boyutlarda ev hanımlarına göre yaşam kalitelerinin yüksek düzeyde olduğu belirlendi.
- Çalışmamızda sosyoekonomik duruma göre; iyi ve orta olanlar kötü olanlara göre, genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutlarından, iyi olanlar orta olanlara göre, sosyal fonksiyon alt boyutundan, iyi olanlar kötü ve orta olanlara göre, mental rol alt boyutundan ve mental ana boyutundan daha yüksek puan aldıklarını saptandı.
- Çalışan hastalarımızın mental sağlık alt boyutu hariç yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu görüldü.
- Çalışmamızda hastalık türü değişkenine göre; yaşam kalitesinin tüm ana ve ana alt boyutlarında en düşük puanı kalp yetmezliği olan hastaların aldığı görüldü.

- Hastaların hastalık değişkenlerine ilişkin özelliklerine bakıldığında; tanı ve tedavi sürelerine göre yaşam kalitesi açısından fark olmadığı bulundu.
- Ek hastalık değişkenine göre çalışmamızda; herhangi bir hastalığa sahip olmayan hastaların yaşam kalitesinin diğer hastalara göre anlamlı derecede daha iyi olduğu, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu saptandı.
- Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu değişkeni incelendiğinde; eğitim alanların mental rol alt boyutu ve mental ana boyutundan daha yüksek puan aldıkları saptandı.
- Hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olanlar ağrı, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutları hariç az miktarda bilgi sahibi olanlar ve hiç bilgi sahibi olmayanlara göre, az bilgi sahibi olanlarında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental rol alt boyutlarında ve mental ana boyutundan hiç bilgi sahibi olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptandı.
- Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde; kadın hastaların kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre; 20-48 ve 49-60 yaş grubundakilerin 61-80 yaş grubundakilere göre fiziksel aktivite alt boyut puanı yüksek olduğu saptandı.
- Medeni durum değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyut ve toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde evlilerin manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam puanından bekarlara göre daha yüksek puan aldıkları bulundu.

- Eğitim durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyut ve toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; lisans ve üstü mezunları okur-yazar olanlar ve olmayanlardan, lise mezunları ilköğretim mezunu, okur-yazar olan ve olmayanlardan manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından, lisans ve üstü ve lise mezunları ilköğretim mezunu, okur-yazar olan ve olmayanlardan ve ilköğretim mezunları okur-yazar olanlardan fiziksel aktivite alt boyutundan, lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve ilköğretim mezunlarından kişilerarası ilişkiler alt boyutundan, lise mezunları okur-yazar olmayanlardan ve okur-yazarlardan, ilköğretim mezunları okur-yazar olan ve olmayanlardan, lisans ve üstü mezunları okur-yazar olmayanlardan stres yönetimi alt boyutundan, lisans ve üstü ve lise mezunları ilköğretim mezunu, okur-yazar olan ve olmayanlardan ölçeğin toplam puanından daha yüksek aldıkları saptandı.
- Kalp hastalarının vücut kitle indeksi değişkenine göre, sağlık sorumluluğu alt boyutundan ağır derecede şişman hastalar normal kilolu ve hafif şişman hastalardan, kişilerarası ilişkiler alt boyutuna göre ağır derecede şişman hastalar, orta derecede şişman hastalardan ve stres yönetimi alt boyutuna göre, ağır derecede şişman hastalar orta derecede şişman hastalardan daha yüksek puan aldıkları bulundu.
- Yaşadığı yer değişkenine göre; sağlık sorumluluğu alt boyutundan büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; büyükşehirde yaşayanlar şehirde yaşayanlardan daha yüksek aldıkları görüldü.
- Meslek değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan esnaflar ve memurlar ev hanımlarından, fiziksel aktivite alt boyutuna göre memurlar işçi+çiftçilerden ve ev hanımlarından, esnaflar ev hanımlarından, stres yönetimi alt boyutun göre memurlar ev hanımlarından, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre, memurlar işçi+çiftçilerden ve ev hanımlarından daha yüksek puan aldıkları saptandı.

- Çalışmamızda sosyoekonomik durum değişkeni incelendiğinde; manevi gelişim alt boyutundan sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ve orta olanlardan, sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar kötü olanlardan ve orta olanlardan, stres yönetimi alt boyutuna göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; sosyoekonomik durumu iyi olanlar orta olanlardan daha yüksek puan aldıkları saptandı.
- Çalışma durumu değişkenine göre; çalışan hastalar çalışmayan hastalara göre, manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyutlarında daha yüksek puan aldıkları bulundu.
- Kalp hastalarının hastalık türü değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan kalp ritm bozuklukları+pil olanlar ve kalbin yapısal hastalıkları olanlar kalp yetmezliği olanlardan ve fiziksel aktivite alt boyutuna göre; koroner arter hastalığı+ateroskleroz+unstabil angina pectoris+miyokard infarktüsü olanlar kalp yetmezliği olanlardan daha yüksek puan aldıkları saptandı.
- Hastalık tanısı konma zamanı ve tedavi görme süresi değişkeni incelendiğinde; beslenme alt boyutundan 5 ve üzeri yıl olanlar 6 ay-1 yıl olanlardan ve 1-5 yıl olanlardan daha yüksek puan aldıkları bulundu.
- Ek hastalık değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan, diyabetes mellitus olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitus olanlardan, sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; hiç hastalığı olmayanlar diyabetes mellitus olanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; hastalığı olmayanlar diyabetes mellitus olanlardan, hipertansiyon olanlardan ve hipertansiyon+diyabetes mellitus olanlardan ve stres yönetimi alt boyutuna göre; hastalığı olmayanlar diğer hastalığı olanlardan daha yüksek puan aldıkları saptandı.

- Hastalık ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; eğitim alanlar almayanlardan daha yüksek puan aldıkları bulundu.
- Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre; manevi gelişim alt boyutundan yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, az miktarda bilgi sahibi olanlar hiç bilgisi olmayanlardan, sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, fiziksel aktivite alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, beslenme alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan, kişilerarası ilişkiler alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, stres yönetimi alt boyutuna göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre; yeterli miktarda bilgi sahibi olanlar az miktarda bilgi sahibi olanlardan ve hiç bilgisi olmayanlardan daha yüksek puan aldıkları saptandı.
- Araştırmamızdaki bir diğer bulgu ise, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin fiziksel ve mental ana boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş olmasıdır.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Erkeklere oranla daha yüksek oranda emosyonel reaksiyon gösteren kadın hastalara yeterli desteğin sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi,

- Sigara ve alkol kullanan kalp hastalarında günlük tüketim miktarlarının ve içim şeklinin yaşam kalitelerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışların etkisi daha sonraki çalışmalarda araştırılması,
- Eğitim düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitilmesi ve bu konuda bilinçlendirilmesi,
- Kalp yetmezliği olan hastalara bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler doğrultusunda eğitim programlarının planlanması, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yükseltmeye yönelik önlemler alınması ve hastanede tedavi gören kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyileştirmeye yönelik hemşirelik araştırmalarının artırılması ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtılması,
- Yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin kavratılacağı eğitim programlarının hazırlanması, yapılan eğitimin etkililiğinin değerlendirilmesi,
- Sağlık personelinin, hastaların yaşam kalitesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirebilecek çalışmalar yaparak, uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin ölçülmesi. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşam kalitesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yükseltmeye yönelik tedavi ve bakımın düzenlenmesi,
- Sağlık personeli tarafından hastaların yaşam kalitelerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzenli olarak değerlendirilmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Ahijevych K, Bernhard L. (1994) Health Promoting Behaviors of African American Women. *Nursing Research* 43(2): 86-89.

Akdemir N, Birol L. (2003) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı Sanerc, Yayın No: 2, İstanbul, s: 427-445, 457-463.

Akyol A. (1993) Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 9(3):71-75.

Aydemir Ö. (1999) Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *3P/Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 7(2): 14-23.

Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Öztürk M. (2003) Esentepe Bölgesindeki Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları. II. Uluslar arası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s: 25.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), s: 1-13.

Barg F, Heard L. (1996) Psikososyal Destek. Eds: Aban S, Platin N, Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, s: 175-185.

Barnum BJS. (1990) *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation Third Edition*, Glenview, England.

Başalan F, Özer M. (2003) Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 6(4), s: 24-26.

Baykal Y, Sağlam K, Yılmaz TA, Özkan M, Koçar Hİ. (2002) Kalp Yetersizliği ve Tedavisi. Ayın Kitabı, Gata Basımevi.

Baysal A. (1998) Sağlıklı Beslenme: Uzmanların Önerisi ve Tüketici Algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi 27 (2): 1-4.

Bergner M. (1989) Quality of life, Health Status and Clinical Research. Medical Care, 27(3), p: 148-155.

Beşer N, Öz F. (2003) Kemoterapi Alan Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1), s: 48-58.

Bidlack WR. (1996) Interrelationships Of Food, Nutrition, Diet And Health: The National Association Of State Universities And Land Grant Colleges White Paper. J Am Coll Nutr; 15(5): 422-433.

Bilir N. (2008) Sigara ve Kalp-Damar Hastalıkları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, I. Basım, Klasmat Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Ankara.

Biröl L, Akdemir N, Bedük T ve ark. (1996) Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hastalıklarına, Tedavilerine ve Diyetlerine İlişkin Bilgileri. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2):1-8

Bohlke M, Nunes DL, Marini SS, Kitamura C, Andrade M, Von-Gysel MPO. (2008) Predictors of Quality of life Among Patients on Dialysis in Southern Brazil. Sao Paulo Med J, 126(5), p: 252-256.

Bottorff J, Johnson J, Ratner P ve ark. (1996) The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, Jan/Feb, 45 (1), 30-36.

Bozdemir H. (2006) Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aklime Dicle).

Can G, Özdilli K, Erol Ö, Unsar S, Tulek Z, Savaşer S, Özcan Ş, Durna Z. (2008) Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and nono-nursing students in İstanbul, Turkey. Nursing and Health sciences, 10, 273-280.

Chiang CK, Peng YS, Chiang SS, Yang CS, He YK, Hung KY, Wu KD, Wu MS, Fang CC, Tsai TJ. (2004) Health-Related Quality Of Life Of Hemodialysis Patients In Taiwan: A Multicenter Study. Blood Purif, 22(6), p: 490-498.

Chin MH, Goldman L. (1998) Gender Differences in 1-year Survival and Quality of Life Among Patients Admitted with Congestive Heart Failure. Med. Care, Jul; 36:7, p: 1033-46.

Cline CM, Willenheimer RB, Erhardt LR ve ark. (1999) Health-Related Quality of Life in Elderly Patients with Heart Failure, Scand, Cardiovasc J, 33:5, p: 278-285.

Crawford MH. (2003) Crawford Kardiyoloji. Ed: Dursun AN, AND Danışmanlık, Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti, Cilt: 1, p: 1.1-2.14.

Çakır H. (2003) Hipertansiyon Hastalarına Verilen Egitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çelik S, Görgülü Ş, Tezel T. (2002) Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. Türk Kardiyoloji Derneği Arş, 30(10):634-639.

Çil E, Kimya Y, Heper C, Sunay B, Heper Y, Sivrioğlu K, Uzaslan EK, Şimşek Ü, Armağan E, Moğol E. (2002) Multidisipliner Kardiyoloji. Ed: Heper C, Nobel & Güneş Tıp Kitabevi, Bursa, s: 224-274, 547-584.

Davies MJ, Treasure T, Richardson PD. (1996) The pathogenesis of spontaneous arterial dissection. *Heart*; 75: 434-435.

Deanfield JE, Selwyn AP, Chierchia S et al. (1983) Myocardial Ischaemia During Daily Life in Patients With Stable Angina: Its Relation to Symptoms and Heart Rate Changes. *Lancet*; 2:753-758.

Demir M. (2008) Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Durademir A. (1999) Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3: 1, 16-20.

Elizabeth K, Tanner W. (1991) Assesment of a Health Promotive Lifestyle, *Nursing Clinics of North America*. December 26(4) 805-814.

Enç N. (1998) Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Doçentlik Çalışması, İstanbul.

Erdem N, Ergüney S. (2005) Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney).

Erentuğ V, Polat A, Yakut C. (2006) Türkiye Klinikleri. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, *J Surg Med Sci*, 2(8):94-103.

Erkan G. (1990) Ortopedik Özürlü Çocukların Kendini Kabul Düzeyi Üzerine Bir Araştırma. (1-11), İstanbul: Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu, Tekel Ambalaj Müdürlüğü.

Erkan N. (1998) Yaşam Boyu Egzersiz. Bağırhan Yayınevi, Ankara.

Ersanlı K. (1996) Benliğin Gelişimi ve Görevleri. Eser Ofset, Samsun.

Esin N. (1997) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık davranışlarının Saptanması ve Değiştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul

Eski S. (1999) Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Falk E, Shah PK, Fuster V. (1995) Coronary Plaque Disruption. Circulation. 92:657-71.

Feyizoğlu H. (2006) Hipoadiponektinemi İle Aterosklerotik Koroner Arter Hastalığı Arasındaki İlişki. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Fidaner C. (2004) Kanser Savaş Daire Başkanlığı, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi, İzmir.

Franklin SS, Khan SA, Wong ND et al. (1999) Is Pulse Pressure Useful in Predicting Risk of Coronary Heart Disease? The Framingham Heart Study. Circulation; 100: 354-360.

Glenda AM. (1993) Quality of Life:a Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing, Vol:18, p: 32-38.

Gould KL, Lipscomb K, Hamilton GW. (1974) Physiologic Basis for Assessing Critical Coronary Stenosis: Instantaneous Flow Response and Regional Distribution During Coronary Hyperemia as Measures of Coronary Flow Reserve. Am J Cardiol; 33:87-94.

Gök H. (1996) Klinik Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 97-171, 300-420.

Gönül G. (2008) Bir İlaç Firmasında Çalışanların Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Ergün).

Hochman JS, Gersh BJ. (2002) Acute Myocardial Infarction: Complications. In: Topol EJ, eds. Textbook of Cardiovascular Medicine. Lippincott Williams&Wilkins; 422-462.

House-Fancher MA, Griego L. (1996) Congestive Heart Failure and Cardiac Surgery, Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems, Fourth Edition, 932-948.

İncir G. (1993) Çalışma Yaşamındaki Psikososyal Etmenler ve Bu Etmenlerin Çalışanların Fiziksel ve Ruhsal Sağlığına Etkileri. MPM Yayını, Verimlilik Dergisi 3:59-85, Ankara

Jaarsma T, Dracup K, Walden J ve ark. (1996) Sexual Function in Patients With Advanced Heart Failure. Heart Lung, 25: 4, 262-270.

Kadayıfçı A. (1999) Dahiliye. Uzmanlar Tus Serisi, Atlas Kitapçılık, 3. Baskı, Ankara, s:3-87.

Karakoç A. (2006) Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Güngör Güler).

Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz İ. (2006) Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Durum. Anadolu Kardiyoloji Dergisi; 6: 327-332.

Kepez A, Kabakcı G. (2004) Kalp Yetersizliği Tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt: 35, Sayı: 2, s: 69.

Kılıççı Y. (2000) Okulda Ruh Sağlığı. Anı Yayıncılık, Ankara.

Kızılcı S. (1997) Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

Koçoğlu D. (2006) Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin Akın).

Koçyigit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memis A. (1999) SF-36'nın Türkçe İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi.

Komsuoğlu B. (2004) (ed) Klinik Kardiyoloji. Yardımcı Eds: Ural E, Ural D. I. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Yayın No: 127, Kocaeli.

Kong R. (1995) Building Community Capacity for Health Promotion. A Challenge for Public Health Nurses, Public Health Nurs, 12(5):312-318.

Koruç Z. (1998) Psikolojinin Alt Alanları. Türk Psikoloji Bülteni 4(10), Ankara.

Kuzu N. (1996) Miyokart Enfarktüsünün Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi ve Hemşirenin Cinsel Danışmanlık Rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3(1): 19-22.

Lukkarinen H, Hentinen M. (1997) Assessment of Quality of Life With the Nottingham Health Profile Among Patients With Coronary Heart Disease. *Journal of Advanced Nursing*. 26: 73-84.

Moreno PR, Bernardi VH, Lopez-Cuellar J et al. (1996) Macrophages, Smooth Muscle Cells, and Tissue Factor in Unstable Angina: Implications for Cell-Mediated Thrombogenicity in Acute Coronary Syndromes. *Circulation*; 94:3090-3097.

Mosca L, Grundy SM, Judelson D et al. (1999) Guide to Preventive Cardiology for Women: AHA/ACC Scientific Statement Consensus Panel Statement. *Circulation*; 99: 2480-2484.

Özcan A. (1996) Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 1. Baskı, Bassaray Yayımevi, 1-22, İzmir.

Özer S, Argon G. (2005) Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 21: 63-77.

Öztek Z. (1992) Temel Sağlık Hizmetleri. 2. Baskı, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/2, Ankara.

Panagopoulou A, Hardalias A, Berati S, Fourtounas C. (2009) Psychosocial Issues and Quality of Life in Patients on Renal Replacement Therapy. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 20(2): 212-218.

Pasinlioğlu T, Gözüm S. (1998) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*; 2(2):60-68.

Pender NJ. (1987) Health Promoting in Nursing Practice. Norwalk, 2. Ed. California.

Pender NJ, Barkauskas VH, Heyman L ve ark. (1992) Health Pramotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nurses Outlook Vol:40, s: 106-120.

Petrie MC, Dawson NF, Murdoch DR ve ark. (1999) Failure of Women's Hearts. Circulation, 99, 2334-2341.

Pınar R. (1994) Diabetes Mellitus' lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Pınar R. (1996) Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. Sendrom, 8(10): 109-112, Ekim.

Pınar R. (1997) Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Sendrom. Eylül, s:117-124.

Pınar R, Çelik R, Bahçecik N. (2009) Reliability and Construct Validity of Healthpromoting Lifestyle Profile II in Adult Turkish Population. Nurs Res, 58(3):184-193.

Rebello P, Ortega F, Batlar JM, Alvarez-Ude F, Navascues RA, Alvarez-Grande J. (2001) Is The Loss of Health-Related Quality of Llife During Renal Replacement Therapy Lower in Elderly Patients Than in Younger Patients. Nephrol Dial Transplant, 16:1675-1680.

Rector TS, Francis GS, Cohn JN. (1987) Patients' Self-Assessment of Their Congestive Heart Failure. Part 1: Patient Perceived Dysfunction and Its Poor Corelation with Maximal Exercise Tests, Heart Failure, October/November, 192-195.

Revicki DA. (1989) Health Related Quality of Life in the Evaluation of Medical Therapy for Chronic Illness. J. Fam.Pract, 29(4): 377-380.

Richardson P, McKenna W, Bristow M et al. (1996) Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies. *Circulation*; 93:841-842.

Roberts WC. (1983) Morphologic Features of the Normal and Abnormal Mitral Valve. *Am J Cardiol*; 51:1005.

Spellbring M. (1991) Nursing's Role in Health Promotion. *Nursing Clinics of North America* 26(4):805-814.

Spradley BW. (1990) Nursing's Role in Health Promotion. *Nursing Clinics of North America*, 26(4).

Stojanovic M, Stefanovic V. (2007) Assessment of Health-Related Quality of Life in Patients Treated With Hemodialysis in Serbia: Influence of comorbidity, age and income, *Artif Organs*, 31 (1):53-60.

Stovsky B. (1992) Nursing Interventions For Risk Factor Reduction. *Nursing Clinics of North America*, 27(1):257-270.

Sürücüoğlu MS.(1999) Beslenme ve Sağlığımız. *Standart* 38(448): 40-52.

Swanton RH. (2006) Kardiyoloji Konsültan El Kitabı. In *Pocket consultant cardiology*: Eds: H.Karpuz, İ.Keleş, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., İstanbul, p: 221-296.

Şen N, Arslan GG, Çoban A, Güngör N, Kulbakan S, Solar M. (2008) Sigara İçme Durumunun Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Manisa, Toraks Dergisi*; 9(2):68-73.

Terek A, Soydan İ. (1990) *Klinikte Aritmiler ve Tedavileri*. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova- İzmir.

Testa MA, Simonson DC. (1996) Assesment of Quality Life Outcomes. The New England Journal of Medicine; 334(13), p:835-840.

Topol EJ. (2002) Textbook of Cardiovascular Medicine. A.N. Dursun (Ed). AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti, Cilt: 2. p: 319-508, 1785-1799.

Treasure CB, Klein JL, Weintraub WS et al. (1995) Beneficial Effects of Cholesterol-Lowering Therapy on the Coronary Endothelium in Patients With Coronary Artery Disease. N Engly J Med; 332:481-487.

Tüzün EH, Eker L. (2003) Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi, Sağlık ve Toplum. 13(2) 3–7.

Wagner AK, Gandek B, Aaranson NK ve ark. (1998) Cross-Cultural Comparisons Of The Content Of SF-36 Translations Across 10 Different Countries: Results From The IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol 51: 925-32.

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. (1987) The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36(2): 76-80.

Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. (1990) A Spanish Language Version of The Health Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research, 39 (5): 268-273.

Walker SN, Hill-Polerecky DM. (1996) Psychometric Evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center.

Waller BF, Howard J, Fess S. (1995) Pathology of Tricuspid Valve Stenosis and Pure Tricuspid Regurgitation. Part I, Clin Cardiol; 18:97-102, 167-174.

Walter BAJ, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. (2002) Health-Related Quality of Life, Depressive Symptoms, Anemia and Malnutrition at Hemodialysis Initiation. *Am J Kidney Dis*, 40(6):1185-1194.

Ware JE. (1992) The Most 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 30(6). p: 328-334.

Whang LL, Shen Y. (2003) Chinese SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation, Validation, and Normalisation, *Journal Epidemiology and Community Health*, 57(4) 259-261.

Willis DJ, Campbell LF. (1992) *Exercise Psychology Illinois: Human Kinetics Boks*.

Yalçinkaya M, Özer GF, Karamanoğlu AY. (2007) Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 07: 6(6): 409-420.

Yeung AC, Vekshtein VI, Krantz DS et al. (1991) The Effect of Atherosclerosis on the Vasomotor Response of Coronary Arteries to Mental Stres. *N Engl J Med*; 325:1551-1556.

Zaybak A, Fadıloğlu Ç. (2004) Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 20(1):71-95.

Zipes ve arkadaşları. (2007) Braunwald Kalp Hastalıkları. In *Braunwald's Heart Disease: E. Aslanger, I. Şirinoğlu (Eds), Nobel Yıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, p: 653-919*.

10. EKLER

EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

- 1) Hastane Adı:
- 2) Cinsiyetiniz:
* Kadın () * Erkek ()
- 3) Yaşınız:
- 4) Sigara kullanıyor musunuz? * Evet () * Hayır ()
- 5) Alkol kullanıyor musunuz? * Evet () * Hayır ()
- 6) Medeni Durumunuz:
* Evli () * Bekar ()
- 7) Eğitim Durumunuz:
* Okur-yazar olmayan () * İlköğretim () *Lisans ve üstü()
* Okur-yazar () * Lise ()
- 8) Boy: Kilo:
- 9) Yaşantınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:
* Büyükşehir () * Şehir () * Kasaba () * Köy ()
- 10) Mesleğiniz:
- 11) Sosyoekonomik Durumunuz:
* Kötü () * Orta () * İyi ()
- 12) Çalışıyor musunuz? * Evet () * Hayır ()
- 13) Hastalığınız:
- 14) Hastalık tanısı ne zaman konuldu? önce tanı konuldu.
- 15) Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz? tedavi görüyorum.
- 16) Başka hastalığınız var mı?
- 17) Hastalığınız ile ilgili eğitim aldınız mı? * Evet () * Hayır ()
- 18) Hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?
* Yeterli miktarda bilgi sahibiyim ()
* Az miktarda bilgi sahibiyim ()
* Hiç bilgim yok ()

EK-2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Fena değil	4
Kötü	5

2. Geçen sene ile karşılaştırdığınızda, şimdi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
Bir yıl önceye göre daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl önceye göre daha kötü	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü	5

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

FAALİYETLER	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler: örneğin ağır eşyalar kaldırmak, spor faaliyetleri	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler: örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak.	1	2	3
c. Çarşı Pazar torbaları taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek.	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak yada giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeni ile aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş yada diğer uğraşları yapmaktan zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. İş yada diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmamak	1	2

6. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç	1
Biraz	2
Orta Derecede	3
Epeyce	4
Çok fazla	5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta hafiflikte	4
Aşırı derecede	5
Çok aşırı derecede	6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı	1
Biraz	2
Orta derecede	3
Epey	4
Çok fazla	5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bendesel sağlığınız ya da duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Çok ender	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlış olur?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

EK-3. 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 (X) işareti ile belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2.	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı 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, bisiklet binme, aerobik, dans gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18.	Geleceğe umutla bakarım				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22.	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, 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 kişiler ile kucaklaşıyorum				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47.	Yorulmaktan kendimi korurum				
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50.	Kahvaltı yaparım				
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52.	Yeni deneyimlere ve duyumlara açığım				

Ek-4. İl Sağlık Müdürlüğü' nden Alınan İzin

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B1041SM4410009-773/Eğt-268
KONU :Yüksek Lisans Tezi

23.09.2009 31497

DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İstanbul Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 02/09/2009 tarih ve B.30.2.HAL.0.A1.00.00-847 sayılı yazıları ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nilay KÜÇÜKBERBER'in yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu araştırmasının anketlerini Müdürlüğümüze bağlı devlet hastanelerinde uygulayabilmesi için alınan il onayı ve anket formu ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. İrfan TURAN
Sağlık Müdür V.

EKLER:

- 1- İl Onayı (1 sayfa)
- 2- Anket Formu (6 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği İçin:

- 1- Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesine
- 2- Tüm Devlet Hastanelerine

Bilgi İçin:

- 1- Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B1041SM4410009-773/Eğt-267
KONU :Yüksek Lisans Tezi

23.09.2009 31486

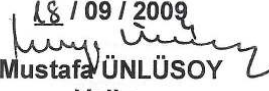
VALİLİK MAKAMINA
KOCAELİ

İstanbul Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 02/09/2009 tarih ve B.30.2.HAL.0.A1.00.00-847 sayılı yazıları ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nilay KÜÇÜKBERBER'in yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "**Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**" konulu araştırmasının anketlerini Müdürlüğümüze bağlı devlet hastanelerinde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda;

Müsaadelerinizi arz ederim.


Dr. Hasan AYDINLIK
Sağlık Müdürü

OLUR

18 / 09 / 2009

Mustafa ÜNLÜSOY
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek-5. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi' nden Alınan İzin



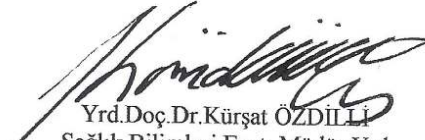
**T.C.
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 842
KONU:

02.09/2009

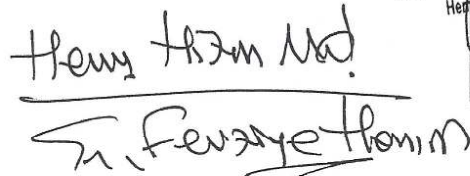
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ' NE**


Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nilay KÜÇÜKBERBER' in Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **"Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları"** konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.


Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
Sağlık Bilimleri Inst. Müdür Yrd.

Ek(1): Anket Formu

T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ GELEN EVRAK	
Tarih :	02.09.09
Sayı :	7866


Fevziye Hatun


Fevziye HATUN
KOÜ, TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hem. HİZ. MÜD.

Büyükdere Cad. No: 101 Mecidiyeköy – İstanbul
Tel: (0212) 275 20 20- 444 25 42

Ek-6. Özel Konak Hastanesi' nden Alınan İzin

İlgili Makama,

Hastanemizdeki hastalarla ilgili yapılacak anket çalışmasının tarafımızdan herhangi bir sakıncası yoktur.

Prof.Dr.Ahmet ÖCAL
Medikal Direktör

Prof. Dr. Ahmet ÖCAL
Kalp Damar Cerrahisi Uzmanı
Tıp Dip. No : 44610
Özel Konak Hastanesi



44610
Özel Konak Hastanesi

Ek-7. Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KKAEK/2009/2		
	EUDRACT NUMARASI	-		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Nilay Küçükberber		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr.Hatice Yorulmaz(Danışman)		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Fizyoloji		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Umuttepe yerleşkesi _Kocaeli		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Kocaeli Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YAŞAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	Yüksek Lisans TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>
		FAZ 4 <input type="checkbox"/>	BE/BY <input type="checkbox"/>	DİĞER <input type="checkbox"/> Diğer ise belirtiniz:
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/>	Belirtiniz:		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.09.2009	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.09.2009	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No: 1

Sağlık Bakanlığı'ndan izin almak koşuluyla

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1/2	Tarih:29.09.2009	Proje no:KKAEK 2/09
	Yard.Doç.Dr.Hatice Yorulmaz'ın Danışmanlığında yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma değişiklikleri ekte belirtilen gerekçelere dayanarak araştırmanın, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunduğu ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.		

bulunmadığına - UfA

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik(2008) , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu(2009), ve Etik Kurul SOP(2009)
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Doç.Dr.Gülcan TÜRKER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	Kocaeli Üni.Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Gülcan</i>
Uzm.Dr.Serap ARGUN BARIŞ	Göğüs Hastalıkları	M.Kazım Dinç Kandıra Dev.Hast.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Uzm.Dr.Soner ŞAHİN	Nöroşirürji	Kocaeli Derince EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Soner</i>
Prof.Dr. Bekir Faruk ERDEN	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Bekir Faruk</i>
Uzm. Dr. Vildan POLAT	Biyokimya	Kocaeli Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Vildan</i>
Prof. Dr. Nermin ERSOY	Deontoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. Ersoy</i>
Ecz. Nuran KAMAN	Eczacılık	Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. Kaman</i>
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Balcı KARSON	Fizyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ayşe Balcı</i>
Uzm. Dr. Berna Ayakta ŞERİFİ	Halk Sağlığı	Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Görevli</i>
Av. Ersayın IŞIK	Hukuk	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ersayın</i>
Jale Gülizar ÇORAKÇI	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	İngilizce Öğretmeni (Emekli)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Jale</i>

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Aslı Çitler
Dr. Nermin ERSOY
Deontoloji Uzmanı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI



KOCAELİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Nilay Küçükberber'in Yüksek Lisans Tezi
Karar no: 1/2

Tarih: 29.09.2009

Sayın Araştırmacı Nilay Küçükberber

2009/2 Proje Numaralı "Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" isimli çalışmanızın evrensel ve ulusal etik ilkelere uygun tasarlanmış olması nedeniyle **onaylanmasına** karar verilmiştir.

Araştırmanız için verilen bu onay ile Helsinki Bildirgesi (2008), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2009) ve Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)'nde bildirildiği gibi bir araştırmacı olarak araştırmanızın etiğe uygun yürütülmesinden; katılımcıların yararlarının korunmasından; başvuru formunun, protokolün ve sunulan diğer belgelerin doğruluğundan; araştırma protokolünde ve aydınlatılmış onam formunda yapılacak değişikliklerin bildirilmesinden; ortaya çıkabilecek ciddi ya da beklenmeyen advers etki/etkilerle ortaya çıkabilecek zararların derhal bildirilmesi ve karşılanmasından; amaç dışı gelişmelerde çalışmanın durdurulmasından ve çalışma sonuçlarının değiştirilmemesinden sorumlu olduğunuzu hatırlatırız.

Bireyin yararının bilimin yararından üstün tutulması dileğiyle.

Başkan

Prof. Dr. Nemin Doay
Nemin Doay

İletişim Bilgileri: KKAEK Sekreteri Nurşen Alkaya (Araştırma Hemşiresi)
Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Birimi, Umutepe Yerleşkesi, 41380 Umutepe / İZMİT
Tel: 0 262 303 71 61 Faks: 0 262 303 71 62

Ek-8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Kullanım İzni



985330 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-5330
402/559-6382
Fax: 402/559-6379

Dear Colleague:

Thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* became available in 1987 and has been used extensively since that time. Based on our own experience and feedback from multiple users, it was revised to more accurately reflect current literature and practice and to achieve balance among the subscales. The *Health-Promoting Lifestyle Profile II* continues to measure healthpromoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 52-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations and stress management. It is appropriate for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), as well as for a variety of other purposes.

The development and psychometric evaluation of the English and Spanish language versions of the original instrument have been reported in:

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health- Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-273.

Copyright of all versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* is no longer available. You have permission to download and use the HPLPII for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited.

A copy of the instrument (English and Spanish versions), scoring instructions, an abstract of the psychometric findings, and a list of publications reporting research using all versions of the instrument are available for download.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "S. Walker".

Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN
Professor Emeritus

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Nilay KÜÇÜKBERBER
Doğum Yeri ve Tarihi : Merzifon / 26.02.1984
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : nilay_00@msn.com
Tel : 0 533 383 27 60

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise :	Gölcük Barbaros Hayrettin Lisesi	2001
Lisans :	Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulu	2007

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (ay-yıl)
Anadolu Sağlık Merkezi	Cerrahi Bilimler Hemşiresi	Temmuz 2007-Ocak 2008
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	Ocak 2008-Halen

Mesleki Dernek/Kurum Üvelği

Türk Hemşireler Derneği