



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KALP VE DAMAR HASTALARININ
ENDİŞE, YAŞAM KALİTESİ VE HASTALIK ALGISININ
DİĞER HASTALARDAN AYRILAN YÖNLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Ceren KALENDER**

**Danışmanı
Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN**

İstanbul – 2016

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Çeren Kalender..... tarafından hazırlanan
“Kalp ve Damar hastalarının endişe yaşam kalitesi ve hastalık
algısının diğer hastalardan ayrılan yönleri”
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 15.06/2016

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

İmzası :

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Serap Levent BİLGEİN.....

Danışman: T.C. HALIÇ.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu SAYINER.....

T.C. HALIÇ.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Aslı Burcu TAŞKIN.....

Nispetasi.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

ÖNSÖZ

Tezimin her bir kademesinde bana öncülük edip yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN ‘ e ve zorlandığımızda bilgisini desteğini benden esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu SAYINER ‘ e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmamın veri toplama aşamasında örneklem evrenimi oluşturan ve örneklem grubuma ulaşmama izin veren Özel Pendik Bölge Hastanesi Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Turgut GÖKSOY ‘a, Genel Koordinatör Yrd. Doç. Dr . Abidin ÖZÇELİK ‘e , hastane Başhekimi Op. Dr. Erhan GÜNER’ e ve tüm Özel Pendik Bölge Hastanesi çalışanlarına desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bu araştırmayı yapma isteği uyandıran kalp krizi geçirmiş ve sonrasında anksiyete durumu değişen babam Müslüm Kalender’e , yaşadığım olumsuzluklarda bana destek olan annem Hüma Kalender ‘ e ve beni yüreklendiren tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Problem Cümlesi	2
1.3. Alt Problemler	2
1.4. Araştırmanın Amacı	4
1.5. Kabuller	5
1.6. Sınırlılıklar	5
2. LİTERATÜR TARAMASI	6
2.1. Hastalarda gözlenen anksiyete ve kaygı seviyeleri	8
2.1.1. Kanser hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri	9
2.1.2. Vücut ağrılarından şikâyetçi hastalarda gözlenen kaygı seviyeleri	10
2.1.3. Epilepsi hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri	11
2.1.4. Diyabet hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri	12
2.1.5. Tetkik yaptıran / ameliyat geçiren hastalarda gözlenen kaygı seviyeleri	13
2.2. Kalp ve damar hastalıkları	15
2.2.1. Kalp ve damar hastalıkları nedenleri	16
2.2.2. Kalp ve damar hastalıkları çeşitleri ve belirtileri	17
2.2.3. Kalp ve damar hastalarında gözlemlenen kaygı çeşitleri ve seviyeleri	22
3. KALP VE DAMAR HASTALARININ YAŞADIKLARI ENDİŞELERİN ANALİZ UYGULAMASI	25
3.1. Gereç ve Yöntem	26
3.1.1. Demografik ve hastalık özelliklerini içeren anket formu	26
3.1.2. Beck anksiyete ölçeği anket formu	27
3.1.3. WHOQOL SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anket formu	27
3.1.4. Araştırma verisinin analiz yöntemi: SPSS analiz programı	28
3.2. Bulgular	29
3.2.1. Hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması	29
3.2.2. Hastaların hastalık özelliklerinin karşılaştırılması	44
3.2.3. Hastaların kaygı belirtilerinin karşılaştırılması	49
3.2.4. Hastaların kaygı seviyelerinin karşılaştırılması	51
4. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	74
EKLER	77
EK 1: Demografik ve hastalık özelliklerini içeren anket formu	77

EK 2: Beck Anksiyete Ölçeği	79
EK 3: WHOQOL SF-36 Anketi	80



TABLULARIN LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	31
Tablo 2: Cinsiyet Faktörü Verilerin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	32
Tablo 3: Cinsiyet Faktörü Ki-Kare Test Sonucu.....	33
Tablo 4: Medeni Durum Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov.....	35
Tablo 5: Medeni Durum Ki-Kare Test Sonucu	35
Tablo 6: Eğitim Seviyesi Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov.....	36
Tablo 7: Eğitim Seviyesi Ki-Kare Test Sonucu	37
Tablo 8: Meslek Grubu Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	38
Tablo 9: Meslek Ki-Kare Test Sonucu	38
Tablo 10: Sosyal Güvence Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	39
Tablo 11: Sosyal Güvence Ki-Kare Test Sonucu.....	40
Tablo 12: Birlikte Yaşama Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	41
Tablo 13: Birlikte Yaşam Ki-Kare Test Sonucu	42
Tablo 14: Gelir Durumu Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov.....	43
Tablo 15: Gelir Durumu Ki-Kare Test Sonucu	44
Tablo 16: Hastaların Hastalık Özellikleri.....	45
Tablo 17: Tedavi Süresi Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	46
Tablo 18: Tedavi Süresi Ki-Kare Test Sonucu	47
Tablo 19: Hastalık Bilgisi Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	48
Tablo 20: Hastalık Bilgisi Ki-Kare Test Sonucu.....	49
Tablo 21: Kardiyoloji Hastaların Kaygı Belirtileri	50
Tablo 22: Diğer Hastaların Kaygı Belirtileri.....	50
Tablo 23: Beck Anksiyete Ölçeğinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	51
Tablo 24: BAÖ’ğinin Spearman Kolerasyon Sonuçları.....	52
Tablo 25: Beck Anksiyete Ölçeği Ortalama Ve Standart Sapması	53
Tablo 26: Fiziksel Fonksiyon Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	54
Tablo 27: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Fiziksel Fonksiyon.....	54
Tablo 28: SF-36 Fiziksel Fonksiyon Ortalama Ve Standart Sapması.....	55
Tablo 29: Fiziksel Rol Güçlüğü Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	56
Tablo 30: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Fiziksel Rol Güçlüğü	56
Tablo 31: SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Ortalama Ve Standart Sapması	57
Tablo 32: Duygusal Rol Güçlüğü Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov.....	57
Tablo 33: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Duygusal Rol Güçlüğü	58
Tablo 34: SF-36 Duygusal Rol Güçlüğü Ortalama Ve Standart Sapması	59
Tablo 35: Canlılık Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov.....	59
Tablo 36: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Canlılık	60
Tablo 37: SF-36 Canlılık Ortalama ve Standart Sapması	60
Tablo 38: Ruhsal Sağlık Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	61
Tablo 39: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Ruhsal Sağlık	62
Tablo 40: SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Ölçeği Ortalama ve Standart Sapması	62

Tablo 41: Sosyal Fonksiyon Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	63
Tablo 42: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Sosyal Fonksiyon.....	64
Tablo 43: SF-36 Sosyal Fonksiyon Ortalama ve Standart Sapması.....	64
Tablo 44: Vücut Ağrısı Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	65
Tablo 45: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Vücut Ağrısı.....	66
Tablo 46: SF-36 Vücut Ağrısı Ortalama ve Standart Sapması.....	66
Tablo 47: Genel Sağlık Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov	67
Tablo 48: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Genel Sağlık.....	67
Tablo 49: SF-36 Genel Sağlık Ortalama ve Standart Sapması	68

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1: 2012 Yılında Dünyada Kaydedilen Ölüm Nedenlerinin Dağılımı	15
Şekil 2: Risk Faktörlerinin Önlenmesi İle Cinsiyete Göre Türkiye Genelinde Önlenebilecek Ölüm Sayısı	17

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : CEREN KALENDER
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Serap Leman BİLGİN
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2016

KALP VE DAMAR HASTALARININ ENDİŞE, YAŞAM KALİTESİ VE HASTALIK ALGISININ DİĞER HASTALARDAN AYRILAN YÖNLERİ

ÖZET

Bu tez çalışmasında kalp ve damar hastalıklarının hastalar üzerinde oluşturduğu psikolojik etkiler incelenmektedir. Çalışmanın amacı kardiyoloji servisine gelen hastaların kaygı düzeylerini, diğer servislere gelen hastaların kaygı düzeyleriyle karşılaştırmak ve farklı servis hastaları arasındaki hastalık algısı farklarını araştırmaktır.

Veri toplama aracı olarak; Özel Pendik Bölge Hastanesi'ne gelen 203 hastaya anket uygulaması yapıldı. Araştırmanın evrenini Özel Pendik Bölge Hastanesi'ne gelen hastalar, örnekleme ise anket uygulamasını kabul eden 203 sayıda hasta oluşturdu. Verilerin analizlerinde SPSS programında normallik, homojenlik, Kruskal-Wallis ve ki-kare testleri kullanıldı.

Demografik özelliklerden; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yalnız yaşama faktörleri açısından kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Meslek, sosyal güvence ve gelir durumunun hastalıkları etkilemediği gözlemlenmiştir.

Hastaların tedavi süresi ve hastalık olgusu hakkında bilgi sahibi olması gibi hastalık özellikleri incelendiğinde, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark yaratmadığı gözlemlenmiştir.

Beck anksiyete ölçeğine bakıldığında kardiyoloji hastalarının kaygı seviyesinin, diğer bölüm hastalarının kaygı seviyesine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kardiyoloji hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeği analiz edildiğinde; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık olan bütün alt boyutlarda diğer bölümlerdeki hastalara göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Kardiyoloji hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Kardiyoloji hastaları ve diğer bölüm hastalarının demografik özellikleri ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Diğer bölüm hastalarına göre kardiyoloji hastalarının kaygı seviyelerinin daha yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Kalp ve damar yolu hastalıkları, hastalık algısı,kaygı



GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : CEREN KALENDER
Field : Psychology
Program : Applied Psychology
Supervisor : Prof.Dr.Serap Leman BILGİN
Degree Awarded and Date : Master – June 2016

DIFFERENCES OF CONCERN, QUALITY OF LIFE AND DISEASE PERCEPTION ASPECTS OF CARDIOVASCULAR PATIENTS FROM OTHER PATIENTS

ABSTRACT

The purpose of this study is to compare the anxiety level of patients who have cardiology disease and the other disease.

The study includes 101 cardiologic patients and 102 patients who have other disease. All patients are participated in Beck and SF-36 questionnaires. To analyze the results of the questionnaires, Kruskal-Wallis Test and chi-square tests are used.

Tests demonstrate that cardiologic patients and the other patients are statistically different in terms of demographic properties such as gender, marital status, education level and living alone. On the other hand, the tests show that profession, social insurance and income rates do not differ between cardiologic patients and the other patients.

Treatment duration and knowledge of their disease do not make reasonable differences between cardiologic patients and the other patients. According to the Beck Anxiety indicator, cardiologic patients have more anxiety than the other patients.

When The Short Form (36) Health Survey indicators analyzed, it is observed that vitality, physical functioning, bodily pain, general health perceptions, physical role functioning, emotional role functioning, social role functioning and mental health are reasons for differences of cardiologic patients and the other patients. That is to say, health survey indicator of cardiologic patients is lower than the others.

After the tests it is observed that, cardiologic patients and the other patients have reasonable differences between each other's in terms demographic properties and anxiety levels. In other words, cardiologic patients have more anxiety than the others although they have lower life quality.

Key Words: Cardiology, disease perception, anxiety

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

Tez çalışmasının birinci bölümünde öncelikli olarak araştırmanın problem durumu, problem cümlesi ve alt problemler sunulmaktadır. Ayrıca araştırmanın amacı, önemi, kabuller, araştırmanın sınırlılıkları da birinci bölümde anlatılmaktadır.

1.1. Problem Durumu

Kalp ve damar yolu hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda ölüm sebebi olarak kaydedilen en önemli hastalıklar arasındadır. Kalp ve damar yolu hastalıklarını tetikleyen ana faktörler sigara kullanılması, hipertansiyon, diyabet, kilo problemi, genetik yatkınlık, hareket kısıtlılığıdır. Türkiye’de de kardiyoloji hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği, Türkiye’de her yıl üç yüz otuz bin kişide kalp hastalığı ortaya çıktığını açıklamıştır.

Bir hastalık toplumda gözlenme sıklığı ve ölüm ya da fiziksel kayıp ile sonuçlanma oranına bağlı olarak önem kazanır. Kalp ve damar yolu hastalıkları dünyada ve Türkiye’de yaygın olarak gözleendiğinden ve ölümle sonuçlanma oranı yüksek olduğundan en önemli hastalıklardan kabul edilir.

Anksiyete ve kaygı, tehlikeli bir durum ya da tehdit ortamı oluşturan çevresel etkilere karşı kişilerin hissettiği ve gösterdiği karmaşık duygusal tepkilerdir.

Anksiyete ve kaygı normalde her kişide yer alan ve şiddetine göre sağlık ya da hastalık olarak şekillenen duygu durumudur. Anksiyete ve kaygı kontrol edilebilir seviyelerde olursa kişilerin kendilerini geliştirmelerinde olumlu katkıları olur. Anksiyete ve kaygı kontrol edilemeyen yüksek seviyelere ulaştığında kişilerin günlük yaşamlarını zorlaştırır ve sosyal ilişkilerine zarar verir. Bu durumlarda, anksiyete ve kaygı tedavi edilmesi gereken bir hastalık boyutuna dönüşür.

Yaşam kalitesi kişilerin fiziksel, duygusal, sosyal fonksiyonlarını kendi başlarına ve ağrı, bulantı, kusma gibi semptomlar olmadan yerine getirebilmeleridir. Hastalıklar, ilk şikâyetlerin ortaya çıkmasından itibaren tanı konma ve tedavi süreçleri boyunca hastaların psikolojik dengesini bozar, hastalarda kaygı oluşmasına sebep olur ve yaşam kalitelerini olumsuz etkiler.

Hastalarda oluşan yaşam kalitesindeki düşüş, psikolojik bozukluklar ve kaygılar hastalığın belirtileri ve sonuçlarına göre değişik seviyede gözlenir. Çoğunlukla, ölüm riski yüksek hastalıklar hastaların psikolojik durumunu derinden etkiler. Bazı koşullarda eklem ağrısı gibi ölüm riski bulunmayan hastalıklar, hastaların günlük yaşamını yoğun şekilde kısıtladığı için hastalarda yüksek anksiyete ve kaygı oluşturabilir.

Hastalıkların belirtileri gibi uzun ve zorlu tedavi süreçleri de hastalarda anksiyete ve kaygı meydana getirir. Hastalık tanısı koymak için yapılan tetkikler ya da tedavi süreci için gerekli olan ameliyatlarda hastaların psikolojisini ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Ameliyat geçiren hastaların kaygıları ameliyat öncesi ve sonrasında değişiklik göstermektedir.

Hastaların yaşadığı kaygılar, hastanın hastalığı ile ilgili bilgi seviyesine göre değişebilir. Bazı durumlarda hastalar hastalık ve tedavi sürecinde yeterli bilgiye sahip olmadıklarından kaygı yaşarlar. Bazı hastalıklarda ise hastalık ve tedavi ile ilgili detaylı bilgi hastanın psikolojisini bozar ve yaşam kalitesini düşürür.

1.2. Problem Cümlesi

Bu tez çalışmasında kalp ve damar yolu hastalıklarının hastalar üzerinde oluşturduğu psikolojik etki incelenmektedir. Bu araştırmanın ana problemi, kardiyoloji servisine gelen hastaların kaygı düzeylerinin diğer servislere gelen hastaların kaygı düzeyleri ile farklarını incelemektir.

1.3. Alt Problemler

1. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların demografik bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?

2. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların cinsiyet bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
3. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların medeni durum bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
4. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların eğitim durumu bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
5. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların meslek/iş bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
6. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların sosyal güvence bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
7. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların yaşadığı yer bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
8. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların birlikte yaşadığı kişiler bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
9. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların gelir durumu bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
10. Kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
11. Hastaların medeni durumlarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
12. Hastaların eğitim seviyesine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
13. Hastaların meslek grubuna bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
14. Hastaların sosyal güvencelerine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
15. Hastaların yalnız ya da başkalarıyla birlikte yaşamalarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
16. Hastaların gelir durumlarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
17. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların hastalık özellikleri nasıl bir dağılım göstermektedir?

18. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının tedavi süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
19. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının hastalık bilgilerine sahip olmasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
20. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının hastalık bilgisini aldığı kişiler arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
21. Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların kaygı belirtileri nasıl bir dağılım göstermektedir?
22. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının BECK anksiyete ölçeğine göre kaygı seviyeleri arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
23. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının fiziksel fonksiyonları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
24. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının fiziksel rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
25. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının duygusal rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
26. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının canlılık özellikleri arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
27. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının ruhsal sağlıkları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
28. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının sosyal fonksiyonları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
29. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının vücut ağrıları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
30. WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının genel sağlık algıları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı kardiyoloji servisine gelen hastaların kaygı düzeylerini, diğer servislere gelen hastaların kaygı düzeyleriyle karşılaştırmak ve farklı servis hastaları arasındaki hastalık algısı farklarını araştırmaktır.

1.5. Kabuller

1. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar kendilerine verilen anketleri içten bir Şekilde cevaplandırmaşlardır.

2. Araştırmada kullanılan anketler araştırma problemi ve alt problemleri cevaplamayı amaçlanan özellikleri ler.

1.6. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın evrenini zel Pendik Bölge Hastanesine gelen hastalar, örneklemini ise anket uygulamasını kabul eden 203 sayıda hasta ile sınırlıdır.

2. Araştırma, hastalara uygulanan Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'te verilen sosyo demografik özellikler anketi ve literatür de yer alan Beck anksiyete leği ve WHOQOL SF-36 anketleri ile sınırlıdır.

BÖLÜM II

2. LİTERATÜR TARAMASI

Yaşam kalitesi kişilerin fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonlarını kendi başlarına ve ağrı, bulantı, kusma gibi semptomlar olmadan yerine getirebilmeleridir (Fitzpatrick, 1992). Hastalıklar sonucu hastalar temel fonksiyonlarını yerine getiremezler ya da bazı semptomlarla karşılaşır. Bu nedenle, hastaların yaşam kalitelerinde düşüş gözlenir.

Kaygı, tehlikeli bir durum ya da tehdit ortamı oluşturan çevresel etkilere karşı kişilerin hissettiği ve gösterdiği karmaşık duygusal tepkilerdir (Göz, 2009). Kaygının farklı seviyeleri vardır ve tehlikeli çevresel faktör bittiğinde bitmesi beklenir. İnsan vücudu tehlike anında kendini korumak için bir takım tepkiler verir. Anksiyete ve yüksek kaygı seviyesinde vücut tehlike anında verdiği tepkileri sürekli olarak ve şiddetli bir şekilde verir. Belirli bir süreden sonra bu yoğun tepkiler kişilerin günlük yaşamını zorlaştırır, sosyal hayatını etkiler ve yaşam kaliteleri düşer (Uz, 2007).

Kronik hastalıklarının birçoğunda, hastaların geleceklere için endişe duymaları ve umutsuzluk duygusuna kapılmaları nedeniyle hastaların endişe ve kaygı düzeylerinde önemli derecede artış gözlenmektedir. Kalp ve damar yolu hastalığı, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, hastaların yaşam kalitesini etkilemenin yanı sıra ölüm riskinden dolayı hastaların psikolojilerini de derinden etkiler (Bilir, 2004). Kalp ve damar yolu hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm sebepleri arasındadır (Elitoğ, 2008).

Kalp ve damar yolu hastalıklarının temel sebepleri sigara tüketimi, hipertansiyon, diyabet, kilo ve yağlanma problemi, genetik yatkınlık, yaşam tarzı, yemek yeme alışkanlığı ve hareket kısıtlılığıdır.

Sağlık Bakanlığı 2012 yılında dünyada kaydedilen ölümlerin nedeni olan hastalıkları raporlamıştır. Raporda, ölüm nedenleri bulaşıcı olan ve bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak iki gruba ayrılmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ilk sırasında kalp ve damar yolu hastalıkları yer almıştır (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye’de de kardiyoloji hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği, Türkiye’de her yıl yeni üç yüz otuz bin kişide kalp hastalığı oluştuğunu açıklamıştır (Sidar, 2013). Bir hastalık toplumda sık gözleniyorsa, fiziksel kayıp ya da ölümlerle sonlanıyorsa önemli hastalık olarak adlandırılır (Karadakovan, 1988). Kalp ve damar yolu hastalıkları hem dünyada hem de Türkiye’de gözlenen en önemli hastalıklardandır.

Kalp ve damar yolu hastalıkları ve hastanın psikolojisi arasında iki taraflı bir ilişki vardır (Özlu, 2013). Kronik hastalıklar, hastaların psikolojik dengesini bozar ve günlük yaşamlarını etkiler (Özlu, 2013), (Mete, 2008). Bunun yanında hastanın psikolojik rahatsızlığı kalp sorunlarını doğurmaktadır (Özlu, 2013). Kalp çarpıntısının %40’ı kalp ve damar yolu hastalıkları nedeniyle, %30’u ise psikolojik nedenlerle oluşmaktadır (Weber, 1996).

Tez çalışmasının ikinci bölümünde öncelikli olarak kaygı kavramı sunulmaktadır. Bu bölümde ayrıca kalp ve damar hastalarında görülen kaygı çeşitleri ve seviyeleri incelenerek ve literatürde bu alanda yapılmış çalışmalar anlatılmaktadır. Diğer servis hastalarının kaygıları arasında bir fark olup olmadığı literatür taramalarıyla araştırılmaktadır.

İkinci bölüm 2 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda kaygı kavramı ve hastalarda gözlenen kaygı ve anksiyete seviyeleri açıklanmaktadır. İkinci kısımda ise öncelikli olarak kalp ve damar yolu hastalıklarının çeşitleri ve belirtileri sunulmaktadır. İkinci olarak kalp ve damar hastalarında görülen kaygı çeşitleri ve seviyeleri ortaya konmaktadır.

2.1.Hastalarda gözlenen anksiyete ve kaygı seviyeleri

Kaygı, tehlikeli bir duruma ya da tehdit ortamı oluşturan çevresel etkilere karşı kişilerin hissettiği ve gösterdiği karmaşık duygusal tepkilerdir. Anksiyete, kaygı duygusunun daha yoğun hali olmakla beraber içsel ya da dışsal bir tehlikenin kişiler tarafından yaşamı tehdit olarak algılanmasına neden olan derin kaygı ve korku duygusudur (Işık, 2006).

İnsan vücudu tehlike anında bir takım tepkiler verir. Anksiyete ve yüksek kaygı seviyesinde vücut tehlike anında verdiği tepkileri sürekli olarak ve şiddetli bir şekilde verir. Belirli bir süreden sonra bu tepkiler kişilerin günlük yaşamını zorlaştırır ve sosyal hayatını etkiler (Uz, 2007).

Hastalıklar, tanı konmasından itibaren ve tedavi süreçleri boyunca hastaların psikolojik dengesini bozar, hastalarda kaygı oluşmasına sebep olur ve günlük yaşamlarını olumsuz etkiler. Psikolojik bozukluklar ve kaygılar hastalarda hastalığın belirtileri ve sonuçlarına göre değişik seviyede gözlemlenir. Ölüm riski yüksek hastalıklar hastaların psikolojik durumunu derinden etkiler. Bazı koşullarda eklem ağrısı gibi ölüm riski bulunmayan hastalıklar, hastaların günlük yaşamını kısıtladığı için hastalarda yüksek anksiyete ve kaygı oluşturabilir.

Anksiyete ve kaygı normalde her kişide yer alan seviyesine göre sağlık ya da hastalık olarak şekillenen duygu durumudur. Anksiyete ve kaygı kontrol edilebilir seviyelerde olursa kişilerin kendilerini geliştirmelerinde olumlu katkıları olur (Uz, 2007). Anksiyete ve kaygı kontrol edilemeyen yüksek seviyelere ulaştığında kişilerin günlük yaşamlarını zorlaştırır ve sosyal ilişkilerine zarar verir. Bu durumlarda, anksiyete ve kaygı tedavi edilmesi gereken bir hastalık boyutuna dönüşür. (Işık, 2006).

Anksiyete ve kaygı belirtileri bilinçsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olarak 4 gruba ayrılmaktadır (Uz, 2007).

Bilişsel belirtiler kişilerde görülen çevreyi farklı görme, düşüncelerde duraksamalar, unutkanlık, neden sonuç ilişkisi kuramama, kontrolü kaybetme korkusu gibi bilinç sapmalarıdır (Işık, 2006).

Duygusal belirtiler, endişeye kapılma, korkma, tedirginlik duyma, dehşete kapılma, çaresizlik gibi duygu sapmalarıdır (Uz, 2007).

Davranışsal belirtiler, koordinasyon bozukluğu, konuşma hızında bozukluk, hareketsiz kalma gibi davranış bozukluklarıdır (Işık, 2006).

Fizyolojik belirtiler, vücudun kendini korumak için gösterdiği kalp çarpıntısı, nabız artışı, bayılma, nefes darlığı, yutma zorluğu, kas ağrıları, bulantı, kusma, ishal, uykusuzluk, el titremesi, terleme gibi fizyolojik tepkilerdir (Işık, 2006),(Uz, 2007).

Literatürde farklı hastalıkların belirtilerinin ve tedavi süreçlerinin hastalarda meydana getirdiği kaygı seviyeleri üzerine birçok önemli çalışma yer almaktadır. Bu kısımda literatürde yer alan farklı hastalıkların hastalarda oluşturduğu anksiyete ve kaygı duygusunu analiz eden çalışmalar sunulmaktadır.

Farklı belirti ve semptomlara sahip olan kanser hastalıkları, kronik vücut ağrıları, epilepsi, diyabet hastalıklarının ayrıca farklı hastalıklar için yapılan tetkikler ve ameliyatların hastaların psikolojisi üzerine etkileri detaylı olarak incelenmektedir.

2.1.1. Kanser hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri

Kanser hastalığı özellikle yüksek oranda ölüm riskine sebep olduğundan hastaların psikolojilerini derinden etkiler (Hopwood, 2000). Hastaların günlük yaşamlarını etkileyen bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlere de sebep olmaktadır. Hastalar bu değişimlere uymakta zorlanır ve yüksek seviyede anksiyete ve kaygı duygusuna kapılır. Kanser hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri üzerine literatürde önemli çalışmalar vardır.

Kelleci ve ark.,farklı hastalıklar sebebiyle hastanede yatan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine tanımlayıcı bir çalışma yürütmüştür (Kelleci, 2009). Bir üniversite hastanesinin farklı bölümlerinde yatan 247 gönüllü hasta incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda; farklı hastalıklara sahip hastaların yüksek seviyede anksiyete yaşadığı gösterilmiştir. Farklı hastalık çeşitlerinden, kanser hastalarının depresyon yaşama oranı diğer hastalıklara göre daha yüksek oranda olduğu gözlemlenmiştir.

Yıldırım ve ark., meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası erken ve geç dönem anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine çalışmalar yürütmüştür (Yıldırım, 2009). Yeni meme kanseri tanısı konulmuş 84 kadın üzerinde çalışılarak hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyonun tanı anından itibaren başladığı ve tedavinin ilk yılı yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda ameliyat sonrası anksiyetenin ameliyat öncesine göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Hastaların anksiyete ve depresyon riskini en fazla ameliyat sonrası erken dönemde yaşadığını göstermişlerdir.

Özkan ve Alçalar meme kanseri olan kadınların cerrahi müdahalede yaşadıkları kaygı seviyesi üzerine çalışmıştır. Yapılan çalışmada hastaların hastalık üzerindeki bilgi seviyesi ve algısı hastaların kaygı seviyesini etkiler. Bu nedenle operasyon öncesinde ve sonrasında hastaların bilgilendirilmesi ve psikolojik olarak desteklenmesi hastaların kaygılarını azaltır (Özkan, 2009).

Kapçı ameliyat olan kanser hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerini incelemiştir. Bu çalışmada kanser hastalarının ameliyat sonrası süreçte kaygı ve depresyon seviyelerinin değişimi analiz edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hastaların kaygı seviyelerinin operasyon öncesine göre sonrasında daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, hastalıklar üzerine verilen bilgilendirme programının hastaların kaygı düzeylerine etkileri araştırılmıştır. Hastalık üzerine bilgi almamak, hastaların kaygı seviyelerini etkilemezken, depresyon düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Kapçı, 2004).

2.1.2. Vücut ağrılarından şikâyetçi hastalarda gözlenen kaygı seviyeleri

Bel, boyun, eklem ve kas ağrıları başta olmak üzere farklı hastalıklardan kaynaklanan kronik vücut ağrıları hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara sebep olur. Ölüm riski düşük olmasına rağmen yaşam kalitesi düşen hastalar bazı durumlarda başkalarına bağımlı hale de gelebilirler. Bu nedenlerden dolayı kronik vücut ağrıları hastalarda kaygı seviyesini arttıran önemli hastalıklardandır.

Yazıcı ve ark., bel ve boyun ağrısı şikâyetçi hastaların anksiyete, depresyon seviyesi ve yaşam kalitesi üzerine çalışmıştır (Yazıcı, 2003). Yapılan çalışma sonucunda bel ve boyun ağrısına sahip hastaların ağrılardan dolayı iş ve sosyal

hayatta kendilerini kısıtlanmış hissettikleri ve bu nedenle anksiyete ve depresyon düzeyleri yükseldiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü gözlemlenmiştir.

Aslan ve ark. Romatoid Artriti olan kadın hastalarda depresyon ve kaygı seviyelerini incelemiştir. Romatoid Artiri eklemlerde ağrı ve deformasyona neden olan bir bağ dokusu hastalığıdır. Nadir oranda karşılaşılan hastalığa kadınların yakalanma oranı erkeklerin yakalanma oranının 3 katıdır. Bu hastalık, hastaların günlük fiziksel aktivitelerde zorlanma, sosyal yaşamlarında kısıtlama ve başkalarına bağımlı olmaya neden olmaktadır. Buna bağlı olarak hastalarda depresyon ve kaygı problemleri oluşmaktadır. 41 kadın hasta üzerinde yürütülen çalışma sonucunda, Romatoid Artirili hastalığının hastalarda depresyon ve kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Ağrı ve günlük aktivitelerde kısıtlılık depresyon ve kaygıyı etkilemektedir. Fiziksel yönden henüz sorun yaşamayan hastalar ise ileride diğer kişilere bağımlı olma korkusu yaşadığı için kaygı düzeyleri ve depresyon oranları artmaktadır (Aslan, 1996).

Gül ve arkadaşları sürekli kas ağrısına yol açan Miyofasyal ağrı sendromunun hastaların kaygı düzeyine etkilerini analiz etmiştir. Kronik ağrılar hastaların yaşam kalitelerini etkiler. Bu çalışmanın istatistiksel sonuçlarına göre Miyofasyal ağrı sendromu yaşayan hastaların kaygı seviyelerinin sağlıklı kişilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada, Miyofasyal ağrı sendroma sahip hastaların kaygı seviyeleri hastalara psikiyatrik destek verilerek düşürüleceği önerilmiştir (Gül, 2015).

2.1.3. Epilepsi hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri

Epilepsi dünyada 40 milyon hastada görülen önemli toplumsal bir hastalıktır. Epilepsi hastaları sağlıklı kişilere göre daha fazla psikiyatrik sorun yaşamaktadır. Psikiyatrik sorunlar epilepsi rahatsızlığı ile ortaya çıkabilir ve bu rahatsızlıktan kaynaklanır (Özyurt, 2013). Davranış bozukluğu, depresyon ve anksiyete epilepsi hastalarında en sık gözlenen psikiyatrik sorunlardır. Depresyon nedeniyle intihar vakaları de yüksek oranda gözlenmektedir (Cankurtaran, 2004). Literatürde epilepsi hastalığı ve kaygı seviyeleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma vardır.

Akçalı ve ark., epilepsi hastalığının hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilediği konusunda çalışma yürütmüştür (Akçalı, 2009). 139 epilepsi hastanın üzerinde

yapılan çalışmada depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda epilepsi hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek, sosyal desteğin sınırlı ve yaşam kalitelerinin çok düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Bilgiç ve ark. çocuklarda epilepsi hastalığının anksiyete ve depresyon seviyeleri ile ilgisi üzerinde çalışmıştır. Epilepsi, hastaların günlük yaşamlarını çok zorlaştıran kronik bir hastalıktır. Hastalarda ölüme bile neden olabilecek ruhsal bozukluklara yol açar. Yürütülen çalışmada, epilepsili çocuklarda kaygı düzeyinin sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre epilepsi hastalarında oluşacak ruhsal bozukluklara dikkat etmek ve hastalığın ilk evrelerinde psikolojik rahatsızlıklara karşı tedbir almak oldukça önemlidir (Bilgiç, 2006).

2.1.4. Diyabet hastalarında gözlenen kaygı seviyeleri

Diabet hastalığı ömür boyu süren ve hastaların yaşam kalitesini derinden etkileyen bir kronik hastalıktır. Hastalık doğru tedavi edilmezse hastalarda ciddi sorunlara sebep olur. Hastalar tanı konulduğu andan itibaren yaşam şeklini değiştirmeli ve hastalığa uyum sağlamalıdır. Hastalığı kabullenme ve uyum sağlama aşamaları hastalarda depresyon ve anksiyeteye sebep olmaktadır (Uz, 2007).

Us uzmanlık tezinde Tip 2 diabet hastalarında gözlenen depresyon ve anksiyete konusunda çalışmıştır. Yürütülen çalışmada hastalarla yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır ve bu veriler SPSS programı ile istatistiksel analiz edilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre diabet tip 2 hastalığı ile anksiyete oranının arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır(Uz, 2007).

Eren ve ark., tip 2 diyabet hastalığının hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilediği üzerinde çalışmıştır (Eren, 2004). Tip 2 diyabet hastalığı yaşam kalitesini çok etkileyen bir hastalıktır. 104 diyabet hastasının üzerinde yapılan çalışmada diyabet hastalığı sonucunda gelişen komplikasyonların hastanın yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür.

Gülseren ve ark. diyabet hastalarında gözlenen kaygı ve anksiyete konusunda çalışmıştır. 180 diyabet hastası kullanılarak yapılan çalışmanın istatistiksel sonuçlarına

göre diyabet hastalığı hastalarda gözlenen depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı ve yaşam kalitelerini düşürdüğü saptanmıştır. Bu çalışmada, diyabet hastalığı tedavisi sırasında yürütülen hastaların metabolizma kontrolleriyle birlikte psikiyatrik destek verilmesi önerilmiştir (Gülseren, 2001).

Eren ve ark. Tip II Diabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisini analiz etmiştir. Yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre, diyabet hastalığında kan şekeri kontrolü kötü olan hastalarda kan şekeri iyi olan hastalara göre major depresif bozuklukların daha sık olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bir diğer çıktısına göre, kan şekeri seviyesi depresyon ve anksiyete seviyelerini de etkilemektedir (Eren, 2004).

2.1.5. Tetkik yaptıran / ameliyat geçiren hastalarda gözlenen kaygı seviyeleri

Hastalıklar ilk şikâyetlerin başlangıcından itibaren tanı konma ve tedavi süreçlerinin her aşamasında hastaların duygu durumunu etkiler. Hastalıklara tanı konması için yapılması gereken farklı tetkikler vardır. Hastalar nasıl yapılacağını bilmediği tetkikler ya da fiziksel olarak zor bir şekilde yapıldığını bildiği tetkiklerden psikolojik olarak rahatsızlık duyabilir. Çoğu durumda zor ve uzun süren tetkikler hastalarda anksiyete ve kaygı düzeyini artırıcı etki oluşturur. Aynı şekilde tedavi için gerekli olan operasyonlar da hastaların psikolojisini derinden etkilemektedir.

Lalli radyoloji departmanında bilgisayarlı tomografi çektiren hastaların anksiyete seviyeleri üzerine bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada hastaların kontrast madde hakkında bilgilendirilmesinin hastaların kaygı seviyelerini arttığı saptanmıştır. Hastaların yaşadığı anksiyetenin hastalarda bulantı ve kusmaya neden olduğu gözlenmiştir ve bu etki çekilen tomografilerin sonuçlarını etkilemektedir. Lalli'nin çalışması sonucunda bilgisayarlı tomografi çektiren hastalara kontrast maddelerin yan etkileri ile ilgili bilgilendirme yapmamak önerilmiştir (Lalli, 1974).

Koçer ve ark., kanser olmayan, bazı şikâyetler sonucu hastanelere gelen ve farklı tetkik yaptırmaları gereken hastaların kaygı düzeyleri üzerine bir çalışma yürütmüştür (Koçer, 2009). Çalışmada, batın USG tetkiki istenen hastaların anksiyete seviyeleri sağlıklı kişilerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda tetkik yaptırmak hastalarda endişe ve kaygı

yarattığı gözlemlenmiştir. Koçer ve ark., daha önceden benzer tetkik yaptıran hastalar ve tetkikle ilgili yeterli bilgilendirme yapılan hastaların yaşadıkları kaygının azaldığını yani bilgilendirmenin önemini belirlemiştir.

Yardakçı ve Akyolcu ameliyat geçirecek hastaların kaygı seviyeleri üzerine bir çalışma yapmıştır (Yardakçı, 2004). Çalışmanın amacı hastaların ameliyat öncesi yakınları tarafından ziyaret edilmelerinin yaşadıkları kaygı üzerindeki etkisini incelemektir. Yapılan çalışma sonucunda, Yardakçı ve Akyolcu ameliyat öncesi yakınları tarafından ziyaret edilen hastaların yaşadıkları anksiyetenin azaldığını belirlemiştir.

Çetinkaya ve Karabulut, kasık fitiği ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi üzerine çalışmıştır. Çalışmada yürütülen istatistiksel analizlerin sonuçlarına göre hastalara sunulan bilgilendirme hastaların kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hastaların ameliyat süreciyle ilgili bilgi eksikliği, kaygı düzeyini artırır. Bu nedenle ameliyat öncesinde hastalara zaman ayırmak ve hastaları bilgilendirmek hastaların kaygı ve ağrı düzeyini azaltır (Çetinkaya, 2010).

Literatür taraması sonucunda çok sayıda hastalığın hastalar üzerinde kaygı ve anksiyete oluşturduğu gözlemlenmiştir. Hastalıkların ölüm risk oranına ve hastaların yaşam kalitesini etkileme derecesine bağlı olarak kaygı seviyelerinde değişiklikler görülmektedir. Kaygı seviyesi en fazla, ölüm riski en fazla olan kanser hastaları ve yaşam kalitesini derinden etkileyen kronik hastalıklarda oluşmaktadır.

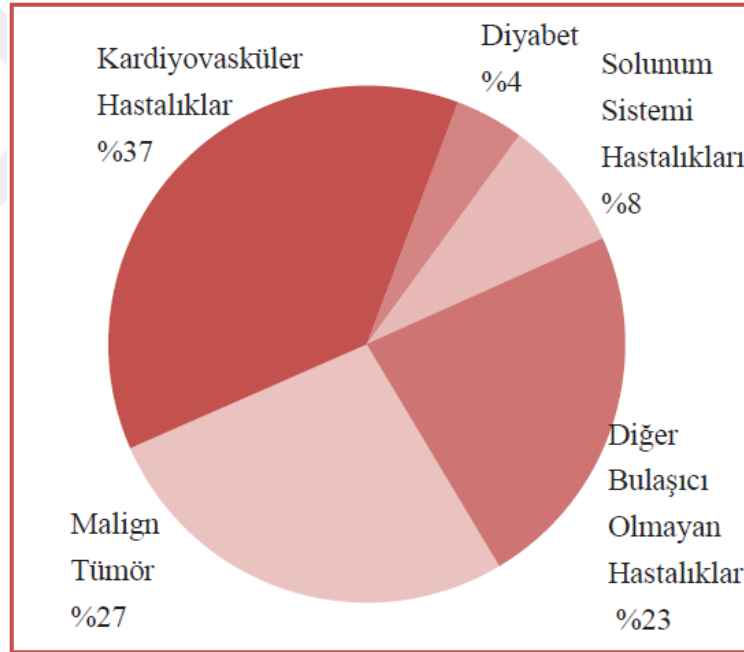
Literatür taramasında yer alan çalışmaların sonuçlarına göre, hastalığın çeşidi, hastaların günlük yaşamlarını etkileme seviyesi, ölüm riski, hastaların bilgilendirmesi ya da yakınları tarafından ziyaret edilmesi gibi faktörlere bağlı olarak hastaların yaşadığı anksiyete ve kaygının seviyesinin artış gösterdiği saptanmıştır.

2.2.Kalp ve damar hastalıkları

Bir hastalık toplumda gözlenme sıklığı ve ölüm ya da fiziksel kayıp ile sonuçlanma oranına bağlı olarak önem kazanır (Karadakovan, 1988). Kalp ve damar yolu hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm sebepleri arasında olduğu için önemli hastalıklardandır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında yayınlanan rapora göre 2012 yılında tüm dünyada 56 milyon ölüm kaydedilmiştir. Bu ölümlerin yarısı bulaşıcı hastalıklar diğer yarısı da bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan en fazla orana kalp ve damar yolu hastalıklarının olduğu kaydedilmiştir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2012).

Şekil 1: 2012 Yılında Dünyada Kaydedilen Ölüm Nedenlerinin Dağılımı



Kaynak: Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2012

Şekil 1 2012 yılında dünyada kaydedilen ölüm nedenlerini göstermektedir. Şekil 1'e göre 2012 yılında ölüme neden olan bulaşıcı olmayan hastalıkların %37'si kalp ve damar yolu hastalıkları, %27'si malign tümör, %8 solunum sistemi hastalıkları ve %4'ü diyabet sebebiyle yaşanmıştır.

Kalp ve damar hastalığı hastalarında en sık gözlemlenen zorluklar, fiziksel güç gerektiren günlük temel aktivitelerde yaşanmaktadır. Günlük faaliyetlerden en

yaygınları olan yürümek, merdiven çıkmak, eğilip kalkmak gibi temel fiziksel faaliyetlerde zorlanmak, hastaların günlük yaşantılarında kısıtlama ve başka kişilere bağımlılığa neden olabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı kalp ve damar hastalıkları hastaların yaşam kalitelerini derinden etkilemektedir.

Kalp ve damar hastalığı, diğer kronik hastalıklardan farklı olarak hastaların yaşam kalitesini etkilemenin yanı sıra ölüm riskinden dolayı hastaların psikolojilerini de derinden etkiler. Kalp hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm sebepleri arasındadır. Bu nedenle kalp ve damar hastalarında yüksek seviyede kaygı ve anksiyete yaşanmaktadır.

Hastaların yaşadıkları endişe ve yaşam kalitelerini anlamak için bu kısımda kalp ve damar hastalıkları detaylı olarak anlatılmaktadır. Öncelikli olarak hastalıklara neden olan başlıca faktörler anlatılmaktadır. Ardından en sık rastlanan kardiyoloji hastalık çeşitleri ve belirtileri özetlenmektedir.

2.2.1. Kalp ve damar hastalıkları nedenleri

Kalp ve damar yolu hastalıklarına birçok farklı faktör sebep olmaktadır. Bu sebeplerden en önemlileri; yaş, cinsiyet, genetik faktörler, sigara kullanılması, diyabet hastalığı, hipertansiyon hastalığı, sağlıksız beslenme, obezite ve hareketsiz yaşam tarzıdır.

Eğer hastanın ailesinde birinci dereceden yakınlarından annesi, babası ya da kardeşleri daha önce kalp hastalığına yakalandıysa genetik olarak bu hastalığa yatkınlığı vardır ve bu hastalığa yakalanma riski yüksektir. Hastalığa sebep olan diğer faktörlere dikkat etmezlerse genetik olarak yatkın hastalar ciddi kalp problemleri yaşayabilir ve hastalık ölümlerine sonuçlanabilir.

Genetik faktörlerin yanı sıra hastanın yaşam tarzı da kalp ve damar yolu hastalıklarında çok önemlidir. Sigara içmek, aşırı kiloluluk, stresli yaşam ve hareketsiz yaşam tarzı da kalp hastalıklarını arttırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı kapsamında kalp ve damar hastalıklarına sebep olan faktörlerden yaş, cinsiyet ve genetik etkenleri “değiştirilemez etkenler” olarak sınıflandırmıştır. Sigara tüketimi, sağlıksız beslenme, şişmanlık, yüksek tansiyon hastalığı ve diyabet

hastalığını“düzeltilbilir risk faktörleri” olarak adlandırmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sağlık Bakanlığı kalp ve kardiyoloji hastalığı düzeltilbilir risk faktörlerinin önlenmesi ile engellenebilecek ölüm sayısını belirlemiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2008). Şekil 2, obezite, sigara içme, hareketsiz yaşam ve sağlıklı beslenme gibi seçilmiş risk faktörlerinin önlenmesi ile Türkiye genelinde önlenilecek ölüm sayısını göstermektedir.

Şekil 2:Risk Faktörlerinin Önlenmesi İle Cinsiyete Göre Türkiye Genelinde Önlenilecek Ölüm Sayısı

<i>Risk faktörleri</i>	Önlenen Ölümler		
	<i>Erkek</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek+Kadın</i>
Obezite (>30, Vücut Kitle İndeksi)	26.006	31.136	57.143
Sigara İçme	52.905	1.794	54.699
Fiziksel aktivitenin yetersiz olma durumu	22.515	22.605	45.120
Düşük düzeyde meyve ve sebze tüketimi	21.668	17.066	38.734

Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2008

Şekil 2'ye göre Türkiye'de obezite kaynaklı 57.143 ölüm, sigara içme kaynaklı 54.699 ölüm, fiziksel aktivite eksikliğinden kaynaklı 45.120 ölüm ve düşük düzeyde meyve ve sebze yeme kaynaklı 38.734 ölüm engellenebilir.

2.2.2. Kalp ve damar hastalıkları çeşitleri ve belirtileri

Kalp damar hastalıklarının birçok farklı çeşidi vardır. Koroner arter, aritmi, aort anevrizması, kalp kapağı hastalıkları en sık karşılaşılan kalp hastalıklarıdır.

Kalp ve damar hastalığı, diğer kronik hastalıklardan farklı olarak hastaların yaşam kalitesini etkilemenin yanı sıra ölüm riskinden dolayı hastaların psikolojilerini de derinden etkiler. Kalp hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm sebepleri arasındadır. Bu nedenle kalp ve damar yolu hastalarında yüksek seviyede kaygı ve anksiyete yaşamaktadırlar.

Kalp ve damar yolu hastalığı hastalarında en sık gözlemlenen zorluklar, fiziksel güç gerektiren günlük temel aktivitelerde yaşanmaktadır. Günlük faaliyetlerden en yaygınları olan yürümek, merdiven çıkmak, eğilip kalkmak gibi temel fiziksel faaliyetlerde zorlanmak, hastaların günlük yaşantılarında kısıtlama ve

başka kişilere bağımlılığa neden olabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı kalp ve damar yolu hastalıkları, hastaların yaşam kalitelerini derinden etkilemektedir.

Kalp ve damar hastalığının belirtileri hastaların günlük yaşamını etkiler ve günlük temel aktiviteleri yapmalarını zorlaştırır ve diğer kişilere bağımlılığa neden olur. Bu sebepler nedeniyle hastaların yaşam kalitesi düşer.

Kalp ve damar hastalıkları belirtileri genellikle kalp ağrısı ve çarpıntı, baş, boyun ve ense ağrıları, sürekli yorgunluk ve halsizlik, nefes darlığı ve öksürük, bacaklarda ve karında ödem ve morarma, bayılma, hıçkırık ve yutma güçlüğüdür.

Öte yandan, kardiyoloji hastalarının hastalık belirtileri kaygı belirtilerine benzemektedir. Bu nedenle bazı anksiyete, panik atak gibi psikolojik hastalıklar kardiyoloji hastası sanılabilmektedir.

Bu kısımda kalp ve damar hastalıklarını ve belirtilerini anlayabilmek için en önemli dört kalp ve damar hastalıkları ve bu hastalıklarda gözlenen şikâyetler ayrı ayrı sunulmaktadır.

2.2.2.1.Koroner arter hastalığı

Arter kelime anlamı olarak atar damar demektir. Kalpten pompalanan kan, vücutta tüm dokulara atar damarlar sayesinde taşınır. Tüm organlar ve tüm dokular, arterlerin taşıdığı oksijen ile beslenir.

Kalbi besleyen atar damarlara koroner arterler denir. Kalpten çıkan aort damarının ilk kısmıdır. Sağ ve sol koroner arterler olmak üzere iki tane koroner arter bulunur. Koroner arterler kalp kaslarını beslemektedir.

Koroner arter hastalığı koroner arter damarlarında gözlenen damar daralması ya da tıkanmasıdır. Bu daralma ya da tıkanma nedeniyle koroner arterlerde kan dolaşımı zorlaşır ya da durur. Yüksek kolesterol, yüksek kan basıncı ve sigara tüketimi gibi faktörler damarların iç yüzeyinde daralmaya sebep olur.

Koroner arter hastalarda nefes darlığı, göğüs ve çene ağrısı ve kalp çarpıntısı gibi şikâyetlere sebep olur. Koroner arter hastalığı ileri aşamalarda ölüme sonuçlanan kalp krizine yol açmaktadır.

Koroner arter hastalığı çoğunlukla 40 yaş üzeri hastalarda gözlenir. Genetik yatkınlığı olan hastalarda daha erken yaşlarda gözlenebilir. Kadınlarda östrojen hormonunu koroner arter hastalığına karşı koruyucu etkisi vardır. Bu nedenle bu hastalık erkeklerde kadınlara oranda daha fazla gözlenir. Kadınlarda ise östrojen hormonunun azaldığı menopoz dönemi sonrasında koroner arter hastalığı artmaktadır.

2.2.2.2.Aritmi problemi

Aritmi problemi kalp ve damar hastalıklarının en sık gözlemlenen hastalıklarındandır. Aritmi kalp atımında oluşan ritim bozukluğudur. Aritmi hastalarda kalp çarpıntısı ve ileri evrelerinde bayılma şikâyetleri gözlenir.

Kalp atım hızı normal şartlarda dakikada 60 ile 100 arasında değişmektedir. Dakikada 60 atıştan yavaş kalp hızına bradiaritim denir. Dakikada 100 atıştan fazla kalp hızına takiaritim adı verilir. Ritim bozukluğu normal, yavaş ve hızlı kalp atımında gözlenebilir.

Aritmilerin tamamen düzensiz olabileceği gibi normalden birkaç fazla ya da birkaç eksik atış gibi bir düzeni de olabilir.

Önemli ve sık görülen aritmilerden atriyalprematür atım, kalp kulakçıklarında zamanından önce fazladan atış oluşmasından kaynaklanır. Bu hastalıkta genellikle tehlikeli değildir ve tedavi gerektirmez.

Bir diğer aritmi çeşidi olan ventikülerprematür atım en sık karşılaşılan ve kalp hastası olmayan kişilerde de gözlenir. Stres, kafein ve nikotin sağlıklı kişilerde bu aritmiye sebep olabileceği gibi tiroid hastalığı da bu aritmiye sebep olabilir.

Tehlikeli olan aritmilerden en sık karşılaşılan atriyal fibrilasyon kalp kulakçıklarının normal dışı kasılması ile ortaya çıkar. Bu hastalığın en büyük tehlikesi beyin gibi önemli organlara pıhtı oluşturma riskidir.

Sağlıklı kişilerde çok nadir görülmesine rağmen yaygın olarak kalp damar hastaları, kalp yetmezliği, tiroid hastalığı, yüksek tansiyon hastalığı ve kalp kapak hastalıklarında gözlenir.

2.2.2.3.Aort anevrizması

Aort anevrizması diğerk sık karşılaşılan kalp ve damar yolu hastalığı çeşididir. Anevrizma damar gelişmesi anlamına gelir. Aort anevrizması, damar duvar sağlamlığını kaybetmesiyle atardamarında oluşan balonlaşmayla ya da atardamar çapının normalden daha büyük hale gelmesiyle oluşan bozulmalardır.Damarda oluşan balonlaşma damar duvarını inceltir ve damarda yırtılma riski oluşturur. Bu nedenle bu hastalık damar yırtılmalar sebebiyle oluşan iç kanamalara neden olabilir.

Hastalarda boyun, sırt, göğüs ağrısı, nefes almakta zorluk, öksürük ve ses kısıklığı gibi şikâyetlere sebep olur.

Anevrizma her bölgede gözlenebildiği gibi bazı durumlarda bütün aort boyunca oluşabilir. Aort anevrizmaları en sık böbrek altında böbrek damarları çıktıktan sonraki bölgede ortaya çıkar. Böbrekten sonra en yaygın olarak karşılaşılan anevrizmalar, kalp aort damarında görülen damar genişlemeleridir.

Aort anevrizma hastalığında tedavi zorunludur. Tedavi amaçlı operasyon ya da stent takmak amaçlı anjiyo uygulamalarıdır.

2.2.2.4.Kalp kapağı hastalıkları

Kalp kapağı hastalıkları da önemli kalp ve damar yolu hastalıklarındandır. Kalp kapakları sayesinde kalbin içinde kan akışı tek yönlü olur. Kalpte ikisi sağ tarafta ikisi sol tarafta olmak üzere 4 tane kalp kapağı vardır.

Kalp kapağı hastalıklarında kalpte bulunan 4 kapakta daralma ya da yetmezlik oluşabilir. Kapakta oluşan daralma kanın ilerlemesine engel olurken, yetmezlik kapağın tam kapanmamasına, dolayısıyla kanın geri gelmesine sebep olur. Bazı hastalarda hem kapak daralması hem de yetmezliği bir arada gözlenebilir.

Doğuştan gelen bozukluklar, enfeksiyon, ileri yaş ve kapak formunun bozulması gibi faktörler kalp kapağı hastalığına sebep olmaktadır.

Kalp kapak hastalarında hastalığın çeşidine göre yorgunluk, halsizlik, kolay yorulma, çarpıntı, nefes darlığı, bacaklarda şişlik, pıhtı atma ve ritim bozuklukları gibi şikâyetler oluşur.

Kapak hastalıklarında tedavi hastadan hastaya ve hastalığın seviyesine göre değişmektedir. Hastanın durumu hafifse hastalığın takip edilmesi şartıyla ilaç tedavisine bile ihtiyaç duymadan yaşamını devam ettirir. Hastalık orta şiddetteyse genellikle ilaç tedavisi uygulanır. Hastalığın ilerlemesi durumunda operasyon ile darlıkların açılması gerekir. Eğer cerrahi müdahale yapılmazsa hastalığın ilerleyebilir, hayatı tehdit edebilir ya da kalbin kalıcı olarak hasar görmesine sebep olabilir.

Kalp ve damar yolu hastalıkları farklılıklar gösterse bile ortak belirti ve şikâyetler taşımaktadır. Belirtiler ve şikâyetler çoğunlukla kalpte ağrıya da çarpıntı, baş ağrıları, sürekli devam eden yorgunluk ve halsizlik, hıçkırık ve yutma güçlüğü, nefes darlığı ve öksürük, bacaklarda ve karında ödem, morarma ve bayılma olarak gözlenir.

Hastaların ölüm korkusu yaşamlarının yanı sıra yaşam kaliteleri de büyük oranda düşer. Kalp ve damar yolu hastalıkları belirtileri hastaların günlük yaşamını etkiler ve temel yaşam aktiviteleri yapmalarını zorlaştırır ve bu nedenle hastalar diğer kişilere bağımlı olur.

Bu kısımda hastaların psikolojilerini etkileyen kalp ve damar yolu hastalıkları, hastalık çeşitleri ve belirtileri incelenmiştir. Bundan sonraki kısımlarda hastalarda gözlenen kaygı seviyeleri ve bu konuda literatürde yer alan çalışmalar sunulmaktadır.

2.2.3. Kalp ve damar hastalarında gözlemlenen kaygı çeşitleri ve seviyeleri

Kalp ve damar yolu hastalığı hastalarında en sık gözlemlenen zorluklar fiziksel güç gerektiren aktivitelerde yaşanmaktadır. Günlük faaliyetlerden en yaygınları olan yürümek, merdiven çıkmak, eğilip kalkmak gibi temel fiziksel faaliyetlerde zorlanmak, günlük aktivitelerde kısıtlama ve başkalarına bağımlılığa neden olabilmektedir. Bu sebeplerden ötürü kalp ve damar yolu hastalıkları hastaların yaşam kalitelerini derinden etkilemektedir (Akyol, 1993).

Kalp ve damar hastalığı, diğer kronik hastalıklardan farklı olarak hastaların yaşam kalitesini etkilemenin yanı sıra ölüm riskinden dolayı hastaların psikolojilerini de derinden etkiler. Kalp hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm sebepleri arasındadır. Bu nedenle kalp ve damar yolu hastaları yüksek seviyede kaygı ve anksiyete yaşamaktadırlar. Kalp ve damar hastalarının yaşadıkları kaygı ve anksiyete üzerine literatürde birçok çalışma vardır.

Göz ve Sel kardioloji yoğun bakım servisinden kardioloji kliniğine geçirilen hastaların anksiyetesi üzerinde çalışmıştır (Göz, 2009). Araştırmacılar çalışmalarında bir üniversite hastanesinin kardioloji yoğun bakım bölümünde tedavi gördükten sonra kardioloji kliniğine transfer edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 64 hastayı analiz etmiştir. Yapılan analizler sonrasında, hastaların kaygı düzeylerinin transfer kararını öğrendiklerinde arttığı gözlemlenmiştir. Göz ve Sel, kaygı düzeyinin azaltılmasının hastaların yoğun bakımdan servise transfer edilme süreci hakkında bilgilendirerek ve aileler ile beraber çalışarak mümkün olacağını önermişlerdir.

Demir ve Arslantaş koroner anjiyografi ve anjiyoplasti işlemleri geçirecek kalp hastalarına operasyon öncesi müzik ile kas gevşetme egzersizleri yaptırmanın anksiyete düzeyleri üzerine etkisi incelemiştir (Demir, 2014). Çalışma sonucunda, operasyon geçirecek hastalara müzik ile kas gevşeme egzersizleri yaptırmanın hastaların anksiyete düzeylerini önemli ölçüde azalttığı gözlemlenmiştir.

Koroner anjiyografi hastalarının kaygıları üzerinde bir diğer çalışma Balcı ve Enç tarafından yapılmıştır (Balcı, 2013). Araştırmacılar, koroner anjiyografi

uygulanacak hastalara operasyon öncesi video izletilerek verilen eğitimin hastalara fiziksel ve psikojik etkilerini incelemiştir. Kalp hızı, kan basıncı ve solunum sayısı gibi fiziksel etkiler ve stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik etkiler analiz edilmiştir. İlk defa koroner anjiyografi uygulanan 60 hasta incelendiğinde operasyon öncesi verilen video eğitimin, hastaları olumlu olarak fiziksel ve psikolojik etkisi olduğu gözlemlenmiştir.

Sidar ve ark., açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda ağrı ve kaygı düzeyleri üzerinde çalışma yürütmüştür (35). Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Bölümündeki 81 hasta incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda, kaygının duygu durumu ve kişisel özelliklere göre değiştiği ve ağrı algısında büyük bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir.

Sidar ve ark. kalp ve damar hastalıkları bölümünde operasyon geçiren hastaların yaşadığı anksiyete sebeplerini ağrı, ölüm korkusu, anestezi kaygısı, sağlığını kaybetme korkusu, cinsel faaliyetlerini kaybetme korkusu, sosyal faaliyetlere katılamama kaygısı, yetersizlik duygusu, değersizlik kaygısı, estetik kaygılar ve ekonomik kaygılar olarak sıralamıştır (Sidar, 2013).

Özer ve ark., Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde oluşan anksiyete ve depresyon üzerine çalışmıştır (Özer, 2009). Kardiyoloji bölümünde yatan 506 hasta incelenmiştir. Tüm hastalarda yüksek düzeyde anksiyete gözlemlenmiştir. Araştırmacılar, Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda anksiyete ve depresyon seviyelerini hemşirelik ve kardiyak rehabilitasyon programlarıyla azaltılacağını önermişlerdir.

Aydemir ve ark., kronik kalp hastalığı sebebiyle hastanede yatan 114 hastanın depresyon ve anksiyete seviyelerini analiz etmiştir (Aydemir, 2015). Çalışma, kalp hastalarında, depresyon ve anksiyetenin önemli ölçüde olduğu gözlemlenmiştir. Kaygı hastaların yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkilemiş ve hastalığını kötüleşmesine sebep olduğunu göstermiştir. Bu sebeple araştırmacılar, kronik kalp hastalarına tedavi sürecinde psikolojik destek verilmesini önermiştir.

Çalışmanın bu bölümünde hastalarda gözlemlenen kaygı seviyeleri sunulmuştur. Ayrıca kalp ve damar hastalarında görülen kaygı çeşitleri ve seviyeleri incelenerek literatürde bu alanda yapılmış çalışmalar anlatılmıştır.

Literatür taraması sonucunda birçok hastalığın hastalar üzerinde kaygı ve anksiyete oluşturduğu gözlemlenmiştir.

Hastalıkların ölüm risk oranına ve hastaların yaşam kalitesini etkileme derecesine bağlı olarak kaygı seviyelerinde değişiklikler görülmektedir.

Kaygı seviyesi en fazla kanser hastaları ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıklarda oluşmaktadır.

Hastaların yaşadığı kaygının seviyesi, hastaların bilgilendirmesi ya da yakınları tarafından ziyaret edilmesi gibi durumlarda azalma göstermiştir.

Kalp ve damar hastalığı, diğer kronik hastalıklardan farklı olarak hastaların yaşam kalitesini etkilemenin yanı sıra ölüm riskinden dolayı hastaların psikolojilerini de derinden etkiler. Bu nedenle kalp ve damar yolu hastalarının yüksek seviyede kaygı ve anksiyete yaşamaktadırlar ve bu kaygı hastalığın kötüleşmesine sebep olmaktadır.

Ayrıca, operasyon geçiren hastalarda kaygı ve anksiyete daha yüksek seviyede gözlemlenirken operasyon öncesi verilen eğitim ve müzik eşliğinde rahatlatma, aile desteği, psikolojik destek gibi takviyeler hastaların kaygı seviyesini düşürebilmektedir.

BÖLÜM III

3. KALP VE DAMAR HASTALARININ YAŞADIKLARI ENDİŞELERİN ANALİZ UYGULAMASI

Çalışmanın ikinci bölümü uygulama kısmını oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıklarının hastalar üzerinde oluşturduğu psikolojik etki anket uygulama yöntemi ile incelenmektedir. Kardiyoloji servisine gelen hastaların kaygı düzeylerini diğer servislere gelen hastalarının kaygı düzeyleriyle karşılaştırmak ve farklı servis hastaları arasındaki hastalık algısı farkları araştırmak amacıyla hastalara anket uygulaması yapılmaktadır.

Bu araştırma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı-tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Çalışma kapsamında, Özel Pendik Bölge Hastanesine gelen 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalara anket uygulaması yapılmaktadır.

Verilerin elde edilmesinde hastaların demografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile ilgili düşüncelerini içeren anket formu, Beck anksiyete ölçeği ve WHOQOL SF-36 anketi kullanılmaktadır.

Anket verilerinin istatistik analizi bilgisayar programı olan SPSS programı ile yapılmıştır.

Uygulama bölümü üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım uygulamanın gereç ve yöntemini içermektedir. İkinci kısım bulguları sunulmaktadır. Üçüncü kısımda ise uygulamanın sonuçları tartışılmaktadır.

3.1. Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı-tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Araştırma için hastane yöneticisinden izin alınmıştır. Anket soruları sorulmadan önce gönüllü hastalar bilgilendirilmiş ve hastalara gönüllü onay formları imzalatılmıştır.

Çalışma kapsamında, Özel Pendik Bölge Hastanesine gelen hastalara anket uygulaması yapılacak. Araştırmanın evrenini Özel Pendik Bölge Hastanesine gelen hastalar, örnekleme ise anket uygulamasını kabul eden 203 sayıda hasta oluşturmaktadır. Ankete katılan hastalar, Özel Pendik Bölge Hastanesi'ne kardiyoloji servisine gelen 101 adet hasta ve diğer servislere gelen 102 adet hastadır.

Verilerin elde edilmesinde hastaların demografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile ilgili düşüncelerini içeren anket formu, Beck anksiyete ölçeği ve WHOQOL SF-36 anketi kullanılmıştır.

Anket formları uygulanmadan önce hastalar bilgilendirilmiştir ve onayları yazılı olarak alındıktan sonra uygulanmıştır. Soruların doğru anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek için anket çalışmasına başlamadan önce ankete katılan hastalardan farklı olarak 5 hastaya anket uygulanmıştır.

3.1.1. Demografik ve hastalık özelliklerini içeren anket formu

Anket formu üç kısımdan oluşur. Hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalık özelliklerini ve kaygı belirtilerini anlamak üzere farklı sorular içermektedir(**Ek 1**).

Anket formu hastaları, sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, yalnız yaşayıp yaşamaması ve gelir durumuna göre sınıflandırmaktadır.

Kardiyoloji ve diğer bölüm hastaları sosyo-demografik özelliklere göre homojen dağılması beklenir. Homojen dağılım sayesinde sosyo-demografik özelliklerin hastaların anksiyete ve kaygı seviyelerini etkilemesi engellenmektedir.

Ankette ayrıca, hastaların geldiği servis, tedavi süresi, hastaların hastalıkları üzerinde bilgi sahibi olup olmaması ve bu bilgiyi kimden aldığı sorulmaktadır.

Hastaların kaygı belirtileri de anket formunda araştırılmaktadır. Hastalıklar nedeniyle artan anksiyete ve kaygı seviyesinin hastalarda oluşturduğu fiziksel tepkiler sorulmaktadır. Ankette sorulan tepkiler, nefes almada güçlük, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, öğürme, bulantı, kusma, boğazda düğümlenme, titreme, seğirme, ürperme hissi, üşüme hissi, baş dönmesi, kötü rüya görme, bilinç bulanıklığıdır.

3.1.2. Beck anksiyete ölçeği anket formu

Beck Anksiyete Ölçeği literatürde yer alan anksiyete belirtilerini ölçmek için çok sık kullanılan bir yöntemdir. Beck Anksiyete Ölçeği 21 sorudan oluşur. Puanlama 0 ile 3 arasında yapılır ve toplam puan ne kadar yüksekse yaşanan anksiyete o kadar yüksektir (Güleç, 2005).

Beck ve arkadaşları 1988 yılında bu yöntemi geliştirmiştir (Beck, 1988). Bu yöntemin Türkiye’de geçerli ve güvenilir olduğu Ulusoy ve arkadaşları tarafından sağlanmıştır (Ulusoy, 1998).Ek 2, Beck Anksiyete Ölçeğini göstermektedir.

3.1.3. WHOQOL SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anket formu

SF-36 Dünya sağlık örgütü tarafından 1992 yılında düzenlenmiştir. WHOQOL SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anketi sekiz başlık altında 36 soru içeren bir ankettir. SF-36 araştırmalarda kolaylıkla kullanılabilen kısa olmasına rağmen kapsamlı bir anketidir.

Hastaların fiziksel, sosyal durum ve hastalık belirtilerinin değerlendirilir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anketi farklı hastalık ve tedavilerde, her yaşta hastanın hastalıklardan ve tedavilerden olumlu ve olumsuz nasıl etkilendiğini ölçer (Soyyigit, 2006).

Kategorilerden elde edilen toplam puan 0-100 arasında değerlendirilir ve toplam puan ne kadar düşükse hastanın sağlık durumunun o kadar kötü olduğunu ifade eder (Atasever, 2003).Ek 3, WHOQOL SF-36 anketini göstermektedir.

SF-36 puanı 8 alt boyutta analiz edilir. SF-36 anketinin her sorusu 0 ile 100 puan arasında alır ve farklı soruların toplanmasıyla alt gruplar oluşur. Bu alt boyutlar; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlıkır.

3.1.4. Araştırma verisinin analiz yöntemi: SPSS analiz programı

Anket verileri öncelikli olarak elde kodlandı. Sonrasında, verilerin istatistik analizi bilgisayar yardımı ile yapılmıştır. Analiz yöntemi olarak bilgisayar programı olan SPSS programı kullanılmaktadır. Anket sonuçları SPSS programı ile anlamlı bir hale getirip yorumlanmaktadır.

SPSS'nin İngilizce kelime anlamı istatistiksel analiz için kullanılan yazılım paketidir. Çoğunlukla sosyal bilimler istatistik çalışmalarında kullanılan bir bilgisayar programıdır. SPSS Inc. İsimli Amerikalı bir şirket tarafından 1968'de kullanıma sunulan program 2009 yılında IBM tarafından alınmış ve 2010 yılından beri piyasada IBM SPSS Statistic ismiyle yer almaktadır.

SPSS programı Sosyal Bilimler alanında özellikle sağlık sektörü, pazar araştırmaları, eğitim araştırmaları ve devlet araştırmalarında kullanılır. Grafikselleştirilmiş kullanıcı ara yüzü sayesinde veri yönetimi ve istatistiksel analizleri, kullanıcılar tarafından diğer programlara göre daha kolay ulaşılır durumdadır.

Bu çalışmada sağlık sektöründe uygulanan anket çalışması ile ulaşılan sonuçlar SPSS programında amacımıza uygun istatistiksel yöntemler seçerek değerlendirildi.

Uygun analiz yöntemini belirlemek için öncelikli olarak veriler analiz edildi. Veriler parametrik ve non-parametrik olmak üzere iki temel gruba ayrılmaktadır. Verilerin parametrik olarak sınıflandırılması için aşağıdaki üç koşulu sağlaması gerekmektedir (Eymen, 2007).

1. Veri seti 30'dan büyük olmalı.
2. Faktörler normal dağılıma sahip olup olmalı.
3. Veriler homojen dağılmalı.

Yukarıdaki koşullar dışındaki duruma uyan veriler non-parametrik olarak adlandırılır.

Verilerin sınıflandırılmasına göre seçilen analiz yöntemi değişmektedir. Parametrik veriler için kullanılan temel analiz yöntemleri Varyans Analizi, T-Testi ve Pearson Korelasyonudur. Non-parametrik veriler için kullanılan temel analiz yöntemleri Ki-Kare Testleri, Kruskal-Wallis Testi ve Spearman Korelasyonudur (Eymen, 2007).

Bu çalışmada veriler non-parametrik çıktığı için ki-kare testi, Kruskal-Wallis Testi ve Spearman Korelasyonu uygulanmıştır.

3.2.Bulgular

Çalışma kapsamında 101'ikardiyoloji102'sidiğer servislere gelen hastalar olmak üzere toplam 203hastaya ait veriler değerlendirildi. Hastalar, demografik özellikler, hastalık bilgisi, kaygı belirtileri ve kaygı seviyesi açısından analiz edildi.

3.2.1. Hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Bu kısımda hastaların sosyo-demografik dağılımları incelenmektedir. Bu bölümde “Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların demografik bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Hastalardan cevaplanması istenen “Demografik özellikleri içeren anket formu” ile ulaşılan bilgiler, frekans ve yüzde dağılımları olacak şekilde tablo haline getirilmiştir.

Tablo 1, kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların sosyo-demografik özellikleri frekansını ve yüzde dağılımlarını göstermektedir.

Kardiyoloji bölümüne gelen hastaların %33'ü kadın, %67'si erkekti. Diğer bölümlere gelen hastaların %51'i kadın, %49'u erkekti.

Medeni durumlarına bakıldığında, her iki gruptaki hastaların çoğu evliydi. Kardiyoloji bölüme gelen hastaların %12'sibekâr, %68'i evli ve %15'i eşinden

ayrılmış ya da eşini kaybetmişti. Diğer bölümlere gelen hastaların %24'ü bekâr, %65'i evli ve %9'u eşinden ayrılmış ya da eşini kaybetmişti.

Kardiyoloji bölüme gelen hastaların çoğunluğu lise mezunuyken diğer bölümlere gelen hastaların çoğunluğu üniversite mezunuydu. Kardiyoloji bölümü hastalarının %12'si ortaokul, %51'i lise ve % 32'si üniversite mezunuydu. Diğer bölümlere gelen hastaların %4'ü ortaokul, %30'u lise ve %63'ü üniversite mezunuydu.

Her iki gruptaki hastaların çoğunluğu serbest meslek sahibiydi. Kardiyoloji bölümüne gelen hastaların %13'ü işçi, %16'sı memur, %12'si ev hanımı, %33'ü serbest meslek, %14'ü emekli ve %5'i işsizdi. Diğer bölümlere gelen hastaların %9'u işçi, %20'si memur, %13'ü ev hanımı, %27'si serbest meslek, %8'i emekli ve %5'i işsizdi.

Her iki gruptaki hastaların çoğunluğu SGK sosyal güvencesine sahipti. Kardiyoloji bölümüne gelen hastaların %54'ü SGK sosyal güvencesine sahipken %14'ü sosyal güvence sahibi değildi. Diğer bölümlere gelen hastaların %51'i SGK sosyal güvencesine sahipken %8'i sosyal güvence sahibi değildi.

Her iki gruptaki hastaların yaşadığı yere göre gözlendiğinde, Kardiyoloji bölümüne gelen hastaların %80'i ilde otuyorken diğer bölümlere gelen hastaların %79'u ilde yaşamaktaydı.

Her iki gruptaki hastaların çoğunluğu eşi ve çocukları ile yaşamaktaydı. Kardiyoloji bölümüne gelen hastaların %16'sı yalnız ve %78'i ailesiyle yaşamaktaydı. Diğer bölümlere gelen hastaların %8'i yalnız yaşamaktayken, %71'i ailesiyle yaşamaktaydı.

Gelir durumlarına bakıldığında çoğunluğun geliri giderine denkti. Kardiyoloji hastalarının %28'inin geliri giderinden azdı. Diğer bölümlere gelen hastaların %18'inin geliri giderinden azdı.

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Kardiyoloji		Diğer bölümler	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	33	33%	51	51%
	Erkek	66	67%	49	49%
Medeni durum	Bekar	12	12%	24	24%
	Evli	67	68%	65	65%
	Eşinden ayrılmış/ölmüş	15	15%	9	9%
	Diğer (Açıklama)	0	0%	0	0%
Eğitim durumu	Okur-yazar	1	1%	0	0%
	İlkokul	4	4%	3	3%
	Ortaokul	12	12%	4	4%
	Lise	50	51%	30	30%
	Üniversite	32	32%	63	63%
	Diğer (Açıklama)	1	1%	0	0%
Meslek/iş	Çiftçi	0	0%	0	0%
	İşçi	13	13%	9	9%
	Memur	16	16%	20	20%
	Ev hanımı	12	12%	13	13%
	Serbest meslek	33	33%	27	27%
	Emekli	14	14%	8	8%
	İşsiz	5	5%	5	5%
	Diğer (Açıklama)	6	6%	18	18%
Sosyal güvence	Emekli sandığı	9	9%	11	11%
	SSK	53	54%	51	51%
	Bağ-Kur	21	21%	22	22%
	Yeşil kart	2	2%	1	1%
	Yok	14	14%	8	8%
	Diğer (Açıklama)	1	1%	6	6%
Yaşadığı yer	İl	79	80%	79	79%
	İlçe	16	16%	20	20%
	Kasaba	4	4%	0	0%
	Köy	0	0%	0	0%
	Diğer (Açıklama)	0	0%	3	3%
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	16	16%	8	8%
	Eşi	15	15%	17	17%
	Eşi ve çocukları	57	58%	47	47%
	Çocukları	5	5%	7	7%
	Diğer (Açıklama)	5	5%	18	18%
Gelir Durumu	Gelir giderden az	28	28%	18	18%
	Gelir gidere denk	71	72%	80	80%

Hastaların sosyo-demografik özellikleri SPSS programı ile analiz edilmiştir.SPSS programında sosyo-demografik özellikler nitel değişkenler olduğu

için “ki-kare” testi kullanılmıştır. Analiz yöntemi ile sosyo-demografik faktörlerin hastalıklara etkisi olup olmadığı ve bu faktörler açısından gruplar arası anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir.

3.2.1.1. Kadınların ve erkeklerin kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu kontrol edilmektedir. Normal dağılıma uygunluk “Normallik testi – Kolmogorov Smirnov” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 2 cinsiyet kriterine göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 2: Cinsiyet Faktörü Verilerin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	Sig.	İstatistik	Df	Sig.
Cinsiyet	Kardiyoloji	,419	101	,000	,601	101	,000
	Diğer Bölümler	,345	102	,000	,636	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 3, kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyetlerini ki-kare testi kullanarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır.

Tablo 3: Cinsiyet Faktörü Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi					
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2-tarafli)	Gerçek Anlam (2-tarafli)	Gerçek Anlam (1-tarafli)
Pearson Ki-kare	5,524 ^a	1	,019		
Devamlılık Düzeltme ^b	4,877	1	,027		
Olabilirlik Oranı	5,552	1	,018		
Fisher'in Kesinlik Testi				,023	,013
Geçerli Durum Sayısı	203				
a. 0 hücreleri (0,0%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 43,29'dur.					
b. Sadece 2x2 tablosu için hesaplanmıştır.					

Ki-kare testinde en küçük teorik frekans 43,29 olarak bulunmuştur. Bu değer 25'ten büyük olduğu için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için cinsiyet ve hastalıklar arasında ilişki vardır sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.

3.2.1.2. Hastaların medeni durumuna bağı olarak kardiyoloji ve diğler bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Hastaların medeni durumlarına bağı olarak kardiyoloji ve diğler bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğı araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örnekleminiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğler servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örnekleme Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 4 medeni durum kriterine göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğü için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Medeni durum kriterine bağı olarak hastaların kardiyoloji ve diğler bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

H_0 :Medeni durum kriterine bağı olarak hastaların kardiyoloji ve diğler bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur

H_1 :Medeni durum kriterine bağı olarak hastaların kardiyoloji ve diğler bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 4: Medeni Durum Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	Sig.	İstatistik	Df	Sig.
Medeni	Kardiyoloji	,371	101	,000	,703	101	,000
Durum	Diğer Bölümler	,366	102	,000	,729	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların medeni durumları ki-kare testi kullanarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır. Tablo 5, SPSS programı ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Tablo 5: Medeni Durum Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi			
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2-tarafli)
Pearson Ki-kare	6,700 ^a	2	,035
Devamlılık Oranı	6,825	2	,033
Olabilirlik Oranı	203		

a. 0 hücreleri (0,0%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 12,44'tür.

Medeni durum analizinde ki-kare testinde hesaplanan teorik frekanslar içerisinde 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçük olduğu (12,44) için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için medeni durum ve hastalıklar arasında ilişki vardır sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, hastaların medeni durumlarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.

3.2.1.3. Hastaların eğitim seviyesine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Hastaların eğitim seviyesine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar

olduğundan ($n > 30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : %95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 : %95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 6 eğitim durumu kriterine göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 6: Eğitim Seviyesi Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Eğitim	Kardiyoloji	,278	101	,000	,807	101	,000
Durumu	Diğer Bölümler	,373	102	,000	,663	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Eğitim durumu kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : Eğitim durumu kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur
- H_1 : Eğitim durumu kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların eğitim seviyesi ki-kare testi kullanarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır.

Tablo 7 SPSS programı eğitim seviyesi ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Tablo 7: Eğitim Seviyesi Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi			
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2- Taraflı)
Pearson Ki-kare	20,546 ^a	4	,000
Devamlılık Oranı	21,409	4	,000
Olabilirlik Oranı	203		

a. 4 hücreleri (40,0%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 50'dir.

Eğitim seviyesi analizinde ki-kare testinde hesaplanan teorik frekanslar içerisinde 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçük olduğu için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için eğitim seviyesi ve hastalıklar arasında ilişki vardır sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, eğitim seviyesine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.

3.2.1.4. Hastaların meslek grubuna bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Hastaların meslek grubuna bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n > 30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : %95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 : %95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 8 meslek grubu kriterine göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 8: Meslek Grubu Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Meslek	Kardiyoloji	,203	101	,000	,848	101	,000
/İş	Diğer Bölümler	,221	102	,000	,843	102	,000
a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi							

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Meslek grubu kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Meslek grubu kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Meslek grubu kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların meslek çeşitleri ki-kare testi kullanarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır. Tablo 9, SPSS programı meslek farklılıkları ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Tablo 9: Meslek Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi			
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2- Taraflı)
Pearson Ki-kare	9,348 ^a	6	,155
Devamlılık Oranı	9,654	6	,140
Olabilirlik Oranı	203		
a. 2 hücreleri (14,3%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 4,48'dir.			

Meslek farklılıkları analizinde ki-kare testinde hesaplanan teorik frekanslar içerisinde 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçük olduğu için Pearson ki-kare

test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten büyük olduğu için meslek farklılıkları ve hastalıklar arasında ilişki yoktur sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, meslek grubu kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olmadığı ifade edilebilir.

3.2.1.5. Hastaların sosyal güvencelerine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Hastaların sosyal güvencelerine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 10 sosyal güvence kriterine göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 10: Sosyal Güvence Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Sosyal	Kardiyoloji	,329	101	,000	,816	101	,000
Güvence	Diğer Bölümler	,333	102	,000	,770	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Sosyal güvence kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

H0:Sosyal güvence kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur

H1:Sosyal güvence kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların sosyal güvence çeşitleri ki-kare testi kullanarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır. Tablo 11 SPSS programı sosyal güvence farklılıklarının ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Tablo 11: Sosyal Güvence Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi			
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2-tarafli)
Pearson Ki-kare	9,092 ^a	5	,105
Devamlılık Oranı	11,462	5	,043
Olabilirlik Oranı	203		
a. 4 hücreleri(33,3%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 1,00'dir			

Sosyal güvence farklılıkları analizinde ki-kare testinde hesaplanan teorik frekanslar içerisinde 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçük olduğu için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten büyük olduğu için sosyal güvence farklılıkları ve hastalıklar arasında ilişki yoktur sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, sosyal güvence kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olmadığı ifade edilebilir.

3.2.1.6. Hastaların yalnız ya da başkalarıyla birlikte yaşamalarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Hastaların yalnız ya da başkalarıyla birlikte yaşamalarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 12 birlikte ya da yalnız yaşama kriterine göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 12: Birlikte Yaşama Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	Df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Kardiyoloji	,333	101	,000	,740	101	,000
	Diğer Bölümler	,274	102	,000	,767	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Birlikte yaşama kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Birlikte yaşama kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Birlikte yaşama kriterine bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların birlikte yaşadığı kişiler özelliği ki-kare testi kullanarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır. Tablo 13, SPSS programı birlikte yaşadığı kişiler özelliğinin ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Tablo 13: Birlikte Yaşam Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi			
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2-tarafli)
Pearson Ki-kare	10,326 ^a	4	,035
Devamlılık Oranı	10,878	4	,028
Olabilirlik Oranı	203		

a. 0 hücreleri(0,0%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 6,47'dir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler özelliği analizinde ki-kare testinde hesaplanan teorik frekanslar içerisinde 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçük olduğu için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için hastaların birlikte yaşadığı kişiler ve hastalıklar arasında ilişki vardır sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, yaşam şekline bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.

3.2.1.7. Hastaların gelir durumlarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?

Bu bölümde “Hastaların gelir durumlarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 14 gelir durumuna göre verilerin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 14: Gelir Durumu Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	Df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Gelir Durumu	Kardiyoloji	,459	101	,000	,552	101	,000
	Diğer Bölümler	,501	102	,000	,462	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Gelir durumuna bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : Gelir durumuna bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık yoktur
- H_1 : Gelir durumuna bağlı olarak hastaların kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Kardiyoloji bölümüne ve diğer bölümlere gelen hastaların gelir durumları ki-kare testi kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırmaktadır. Tablo 15, SPSS programı gelir farklılıklarının ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Gelir durumları farklılıkları analizinde ki-kare testinde hesaplanan en küçük teorik frekans 25'ten küçük olduğu için Yates'in ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten büyük olduğu için gelir seviyesi ve hastalıklar arasında ilişki yoktur sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, gelir durumunun, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark yaratmadığı ifade edilebilir.

İki grup arasında farklılık gözlenen demografik özelliklerden; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yalnız yaşama faktörleri kardiyoloji hastalığını etkilemektedir denilebilir.

Tablo 15: Gelir Durumu Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi					
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2- Taraflı)	Gerçek Anlam (2- Taraflı)	Gerçek Anlam (1- Taraflı)
Pearson Ki-kare	2,428 ^a	1	,119		
Devamlılık Düzeltme ^b	1,930	1	,165		
Olabilirlik Oranı	2,441	1	,118		
Fisher'in Kesinlik Testi				,131	,082
Geçerli Durum Sayısı	203				
a. 0 hücreleri (0,0%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 22,39'dur.					
b. Sadece 2x2 tablosu için hesaplanmıştır.					

Meslek, sosyal güvence ve gelir durumunun hastalıkları etkilememesinin sebebi, anketin özel bir hastanede yapılması olarak açıklanabilir. İleriki çalışmalarda bu yönde bir araştırma yürütülebilir.

3.2.2. Hastaların hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

Bu kısımda hastaların hastalık özellikleri incelenmektedir. “Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların hastalık özellikleri nasıl bir dağılım göstermektedir?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Tablo 16 kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların hastalık özelliklerini ve toplam sayıya göre % dağılımlarını göstermektedir.

Tablo 16: Hastaların Hastalık Özellikleri

		Kardiyoloji		Diğer Bölümler	
		N	%	N	%
Geldiği servis	Kardiyoloji	99	100%	0	0%
	Diğer	0	0%	100	100%
Tedavi süresi	0-3 yıl	69	70%	74	74%
	3-5 yıl	17	17%	13	13%
	5-10 yıl	9	9%	4	4%
	10+ yıl	4	4%	5	5%
Hastalık bilgisi	Bilgisi yok	29	29%	36	36%
	Tanısını biliyor	63	64%	56	56%
	Daha önce hastaneye gelmiş	6	6%	7	7%
Bilgiyi kimden aldı?	Bilgi almadı	10	10%	11	11%
	Doktor	86	87%	84	84%
	Hemşire	0	0%	1	1%
	Doktor+hemşire	2	2%	0	0%
	Diğer (Açıklama)	0	0%	1	1%

Her iki gruptaki hastaların çoğunluğunun tedavi süresi 0-3 yıl arasındaydı. Kardiyoloji bölümüne gelen hastaların %70'inin tedavi süresi 0-3 yıl arası, %17'sinin 3-5 yıl, %9'unun 5-10 yıl ve %4'ünün tedavi süresi 10 yıldan fazlaydı. Diğer bölümlere gelen hastaların %74'ünün tedavi süresi 0-3 yıl arası, %13'ünün 3-5 yıl, %4'ünün 5-10 yıl ve %5'inin tedavi süresi 10 yıldan fazlaydı.

Her iki gruptaki hastaların çoğunluğunu tanısını biliyordu. Kardiyoloji hastalarının %29'unun hastalığı ile ilgili bilgisi yokken, diğer bölümlere gelen hastaların %36'sının hastalığı hakkında bilgisi bulunmamaktaydı.

Her iki gruptaki hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgi almaları incelendiğinde Kardiyoloji hastalarının %10'u bilgi almamışken, %87'i doktordan hastalığıyla ilgili bilgi aldı. Diğer bölüm hastalarının %11'i bilgi almamışken, %84'ü doktordan hastalığıyla ilgili bilgi aldı.

3.2.2.1. Hastalık özellikleri – Tedavi süresi

Bu bölümde “Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının tedavi süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz

101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 17 tedavi süresi verilerinin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 17: Tedavi Süresi Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Tedavi	Kardiyoloji	,412	101	,000	,628	101	,000
Süresi	Diğer Bölümler	,448	102	,000	,535	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının tedavi süreleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının tedavi süreleri arasında anlamlı farklılık yoktur
- H_1 : Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının tedavi süreleri arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Hastaların hastalık özellikleri SPSS programı ile analiz edilmiştir. SPSS programında nitel özellikler analiz edildiği için ki-kare testi yapılarak gruplar arası

anlamli fark olup olmadigi incelendi.Tablo 18 SPSS programi tedavi surelerinin ki-kare test sonucunu gostermektedir.

Tablo 18: Tedavi Süresi Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi			
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2-tarafli)
Pearson Ki-kare	2,476 ^a	3	,480
Devamlilik Orani	2,526	3	,471
Olabilirlik Orani	203		

a. 1 hücreleri(12,5%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 4,98'dir.

Hastaların tedavi sürelerindeki farklılıklar analiz edildiğinde ki-kare testinde hesaplanan teorik frekanslar içerisinde 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçük olduğu için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten büyük olduğu için tedavi süreleri ve hastalıklar arasında ilişki yoktur sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip hastaların tedavi sürelerinde anlamlı bir fark olmadığı ifade edilebilir.

3.2.2.2.Hastalık özellikleri – Hastalık bilgisi

Bu bölümde “Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının hastalık bilgilerine sahip olmasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan (n>30) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H0:%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H1:%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 hipotezi ret edilir.

Tablo 19 hastalık bilgisi verilerinin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 19: Hastalık Bilgisi Verilerinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	Df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Hastalık Bilgisi	Kardiyoloji	,429	101	,000	,591	101	,000
	Diğer Bölümler	,411	102	,000	,608	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının hastalık bilgileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile araştırılmaktadır.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının hastalık bilgileri arasında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarının hastalık bilgileri arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olup olmaması SPSS programı ile analiz edilmiştir. SPSS programında nitel özellikler analiz edildiği için ki-kare testi yapılarak gruplar arası anlamlı fark olup olmadığı incelendi.

Tablo 20 SPSS programı hastalık bilgisinin ki-kare test sonucunu göstermektedir.

Hastaların tedavi sürelerindeki farklılıklar analiz edildiğinde ki-kare testinde hesaplanan en küçük teorik frekanslar 25'ten büyük olduğu için Pearson ki-kare test sonucu kullanılmaktadır. p değeri 0.05'ten büyük olduğu için tedavi süreleri ve hastalıklar arasında ilişki yoktur sonucuna ulaşırız. Diğer bir ifadeyle, tedavi süresinin kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark yaratmadığı ifade edilebilir.

Hastaların tedavi süresi ve hastalık olgusu hakkında bilgi sahip olması gibi hastalık özellikleri incelendiğinde kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark yaratmadığı gözlemlenmiştir.

Tablo 20: Hastalık Bilgisi Ki-Kare Test Sonucu

Ki-kare Testi					
	Değer	df	Asimtotik Anlam (2-tarafli)	Gerçek Anlam (2-tarafli)	Gerçek Anlam (1-tarafli)
PearsonKi-kare	,291 ^a	1	,589		
DevamlılıkDüzelme ^b	,154	1	,695		
OlabilirlikOranı	,291	1	,589		
Fisher'in Kesinlik Testi				,658	,348
Geçerli Durum Sayısı	203				
a. 0 hücreleri (0,0%) 5'ten az sayıda beklenmektedir. Beklenen en küçük sayı 34,83'tür.					
b. Sadece 2x2 tablosu için hesaplanmıştır.					

3.2.3. Hastaların kaygı belirtilerinin karşılaştırılması

Bu kısımda hastaların kaygı belirtileri incelenmektedir. “Kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların kaygı belirtileri nasıl bir dağılım göstermektedir?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Ankete katılan hastalara en sık gözlemlenen 14 kaygı belirtisine sahip olup olmadıkları soruldu. Bu kaygı belirtileri nefes almada güçlük,yorgunluk, uykuya dalmada güçlük,uykuyu sürdürmede güçlük,öğürme, bulantı, kusma, boğazda düğümlenme, titreme,seğirme, ürperme hissi,üşüme hissi,baş dönmesi, kötü rüya görme,bilinç bulanıklığı şikâyetleridir.

Kardiyoloji hastalarında gözlemlenen kaygı belirtileri kaç hastada gözlemlendiği Tablo 21’de verilmiştir.

Kardiyoloji hastalarında en fazla oranda gözlemlenen ilk beş kaygı belirtisi yorgunluk, nefes almada güçlük, üşüme hissi, uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük şikâyetleridir.

Tablo 21: Kardiyoloji Hastaların Kaygı Belirtileri

Kaygı Belirtisi	Adet
Yorgunluk	84
Nefes almada güçlük	39
Üşüme hissi	23
Uykuya dalmada güçlük	18
Uykuyu sürdürmede güçlük	18
Baş dönmesi	13
Boğazda düğümlenme	10
Bulantı	10
Titreme, seğirme	9
Kötü rüya görme	7
Ürperme hissi	6
Kusma	2
Öğürme	2
Bilinç bulanıklığı	2

Diğer bölümlere gelen hastalarda gözlemlenen kaygı belirtileri hastalarda gözlenen adedi tablo 22’te verilmiştir.

Tablo 22: Diğer Hastaların Kaygı Belirtileri

Kaygı Belirtisi	Adet
Yorgunluk	61
Uykuya dalmada güçlük	31
Nefes almada güçlük	21
Üşüme hissi	15
Baş dönmesi	15
Boğazda düğümlenme	12
Uykuyu sürdürmede güçlük	11
Bulantı	9
Kötü rüya görme	9
Ürperme hissi	9
Kusma	7
Titreme, seğirme	4
Öğürme	4
Bilinç bulanıklığı	3

Diğer bölüme gelen hastalarda en fazla oranda gözlenen ilk beş kaygı belirtisi yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, nefes almada güçlük, üşüme hissi, baş dönmesi şikâyetleridir.

3.2.4. Hastaların kaygı seviyelerinin karşılaştırılması

Bu kısımda ankete katılan kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların kaygı seviyeleri Beck Anksiyete Ölçeği ve SF-36 puanları kullanılarak SPSS programında analiz edilmektedir.

3.2.4.1. Beck Anksiyete ölçeği analizi

Bu bölümde “Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının BECK anksiyete ölçeğine göre kaygı seviyeleri arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 23 Beck anksiyete ölçeğinin normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 23: Beck Anksiyete Ölçeğinin Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi							
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	Df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Beck	Kardiyoloji	,117	101	,002	,957	101	,002
	Diğer Bölümler	,120	102	,001	,924	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) SPSS programında “ Spearman Kolerasyonu ” kullanılarak analiz edilmiştir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji ve diğer bölüm hastaları arasında Beck anksiyete ölçeğinde anlamlı fark yoktur
- H1: Kardiyoloji ve diğer bölüm hastaları arasında Beck anksiyete ölçeğinde anlamlı fark vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 24, BAÖ’ğinin Spearman Kolerasyonu sonuçlarını göstermektedir. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastaları arasında Beck anksiyete ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 24: BAÖ’ğinin Spearman Kolerasyon Sonuçları

Korelasyon			
			Beck
Spearman Korelasyon	Beck	Korelasyon Katsayısı	1,000
		Sig. (2- taraflı)	.
		N	203
	Bölüm	Korelasyon Katsayısı	-,317**
		Sig. (2- taraflı)	,000
		N	203

** . Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlı (2- taraflı).

Tablo 25, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının Beck anksiyete ölçeklerinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tablo 25, kardiyoloji hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği ortalamasını 17,69, standart sapması 10,40 olarak göstermektedir. Diğer bölüm hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği ortalaması ise 11,16, standart sapması 6,86’dır.

Tablo 25: Beck Anksiyete Ölçeği Ortalama Ve Standart Sapması

	Ortalama		Standart Sapma		Standart Ortalama Hata	
	Bölüm		Bölüm		Bölüm	
	Kardiyoloji	Diğer Bölümler	Kardiyoloji	Diğer Bölümler	Kardiyoloji	Diğer Bölümler
BeckAnksiyete Ölçeği	17,69	11,16	10,404	6,859	1,035	,679

SPSS analiziyle, Beck anksiyete ölçeğine göre kardiyoloji hastalarının anksiyete seviyesinin diğer bölüm hastalarının anksiyete seviyesine göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

3.2.4.2. WHOQOL SF-36 yaşam kalitesi ölçeği analizi

Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının WHOQOL SF-36 puanları, SPSS programında analiz edilerek, hastaların kaygı seviyeleri 8 alt ölçekte incelenmektedir. Bu alt boyutlar; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlıktır.

Bu kısımda WHOQOL SF-36 puanları 8 alt ölçekleri SPSS programında ayrı ayrı analiz edilmektedir.

3.2.4.2.1. SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının fiziksel fonksiyonları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnov Testi ” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 26 fiziksel fonksiyon alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 26: Fiziksel Fonksiyon Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	Kardiyoloji	,115	101	,002
	Diğer Bölümler	,186	102	,000
a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi				

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği SPSS programında “Kruskal - Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel fonksiyonları arasında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel fonksiyonları arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 27, SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeğinin Kruskal-Wallis testi sonuçlarını fiziksel fonksiyon alt başlığını göstermektedir.

Tablo 27: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Fiziksel Fonksiyon

Test İstatistikleri ^{a,b}	
	Fiziksel Fonksiyon
Ki-kare	38,964
Df	1
Asimp. Sig.	,000
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 27'deki SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel fonksiyonları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 28, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir. Tabloya göre kardiyoloji hastalarının fiziksel fonksiyon puanı $37,33 \pm 13,22$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir. Diğer bölüm hastalarının ise fiziksel fonksiyon puanı $48,77 \pm 12,59$ değerindedir.

Tablo 28: SF-36 Fiziksel Fonksiyon Ortalama Ve Standart Sapması

Kayı seviyesi alt ölçeği	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Fiziksel Fonksiyon	Kardiyoloji	37,33	13,22
	Diğer Bölümler	48,77	12,59

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının fiziksel fonksiyonları diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.2. SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının fiziksel rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n > 30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnov Testi ” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 29 fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir.

Tablo 29: Fiziksel Rol Güçlüğü Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kardiyoloji	,216	101	,000
	Diğer Bölümler	,372	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Tablo 29'a göre p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 30, SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinin Kruskal-Wallis testi sonuçlarını göstermektedir. SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 30: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Testi Sonuçları – Fiziksel Rol Güçlüğü

Test İstatistikleri ^{a,b}	
	Fiziksel Rol Güçlüğü
Ki-kare	10,686
df	1
Asimp. Sig.	,001
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 31, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının fiziksel rol güçlüğü puanı $29,21 \pm 19,31$ değerindedir. Diğer bölüm hastalarının ise fiziksel rol güçlüğü puanı $37,13 \pm 18,65$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 31: SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Ortalama Ve Standart Sapması

Kayı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kardiyoloji	29,21	19,31
	Diğer Bölümler	37,13	18,65

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının fiziksel rol güçlüğü diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.3. SF-36 duygusal rol güçlüğü alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının duygusal rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu incelenmektedir.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n > 30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 32: Duygusal Rol Güçlüğü Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Duygusal Rol Güçlüğü	Kardiyoloji	,225	101	,000
	Diğer Bölümler	,395	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Tablo 32 duygusal rol güçlüğü alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 duygusal rol güçlüğü alt ölçeği SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların duygusal rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların duygusal rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 33, SF-36 puanlarının Kruskal-Wallis testi sonuçlarını duygusal rol güçlüğü alt başlığını göstermektedir. SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların duygusal rol güçlüğü arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 33: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Duygusal Rol Güçlüğü

Test İstatistikleri ^{a,b}	
	Emosyonel Rol Güçlüğü
Ki-kare	17,119
Df	1
Asimp. Sig.	,000
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 34, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi duygusal rol güçlüğü alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının duygusal rol güçlüğü $29,21 \pm 19,35$ değerindedir. Diğer bölüm hastalarının ise duygusal rol güçlüğü $39,54 \pm 16,40$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 34: SF-36 Duygusal Rol Güçlüğü Ortalama Ve Standart Sapması

Kaygı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Duygusal Rol Güçlüğü	Kardiyoloji	29,21	19,35
	Diğer Bölümler	39,54	16,40

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının duygusal rol güçlüğü diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.4. SF-36 canlılık alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının canlılık özellikleri arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnov Testi ” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 35 canlılık alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 35: Canlılık Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Canlılık	Kardiyoloji	,146	101	,000
	Diğer Bölümler	,095	102	,024

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 canlılık alt ölçeği SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların canlılıkları arasında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların canlılıkları arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 36, SF-36 puanlarının Kruskal-Wallis testi sonuçlarını canlılık alt başlığını göstermektedir. SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların canlılıkları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 36: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Canlılık

Test Statistics ^{a,b}	
	Canlılık
Ki-kare	12,139
df	1
Asimp. Sig.	,000
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 37, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi canlılık alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının canlılık puanı $55,4 \pm 20,97$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir. Diğer bölüm hastalarının ise canlılık puanı $64,31 \pm 18,51$ değerindedir.

Tablo 37: SF-36 Canlılık Ortalama ve Standart Sapması

Kayı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Canlılık	Kardiyoloji	55,40	20,97
	Diğer Bölümler	64,31	18,51

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının canlılık durumu diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.5. SF-36 ruhsal sağlık alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının ruhsal sağlıkları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemeimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu“ Kolmogorov Smirnov Testi ” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 38 ruhsal sağlık alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşıyoruz.

Tablo 38: Ruhsal Sağlık Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Ruhsal_Sağlık	Kardiyoloji	,083	101	,045
	Diğer Bölümler	,122	102	,001

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 ruhsal sağlık alt ölçeği SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların ruhsal sağlıkları arasında anlamlı farklılık yoktur

- H1: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastalarının ruhsal sağlıkları arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 39, SF-36 puanlarının Kruskal-Wallis testi sonuçlarını canlılık alt başlığını göstermektedir. SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastalarının ruhsal sağlıkları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 39: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Ruhsal Sağlık

Test Statistics ^{a,b}	
	Ruhsal Sağlık
Ki-kare	16,748
df	1
Asimp. Sig.	,000
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 40, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ruhsal sağlık alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının ruhsal sağlık puanı $58,10 \pm 18,78$ değerinde, diğer bölüm hastalarının ise $68,39 \pm 13,91$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 40: SF-36 Ruhsal Sağlık Alt Ölçeği Ortalama ve Standart Sapması

Kayı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Ruhsal Sağlık	Kardiyoloji	58,10	18,78
	Diğer Bölümler	68,39	13,91

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının ruhsal sağlık durumu diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.6. SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının sosyal fonksiyonları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu incelenmektedir.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnov Testi ” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 41 sosyal fonksiyon alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05’ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 41: Sosyal Fonksiyon Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Sosyal Fonksiyon	Kardiyoloji	,139	101	,000
	Diğer Bölümler	,174	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 sosyal fonksiyon altölçeği SPSSprogramında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların sosyal fonksiyonları arasında anlamlı farklılık yoktur
- H_1 : Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların sosyal fonksiyonları arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 42, SF-36 puanlarının Kruskal-Wallis testi sonuçlarını sosyal fonksiyon alt başlığını göstermektedir.

SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların sosyal fonksiyonları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 42: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Sosyal Fonksiyon

Test İstatistikleri ^{a,b}	
	Sosyal Fonksiyon
Ki-kare	10,916
df	1
Asimp. Sig.	,001
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 43, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının sosyal fonksiyon puanı $65,72\pm 22,96$ değerinde, diğer bölüm hastalarının ise $75,49\pm 24,56$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 43: SF-36 Sosyal Fonksiyon Ortalama ve Standart Sapması

Kayı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Sosyal Fonksiyon	Kardiyoloji	65,72	22,96
	Diğer Bölümler	75,49	24,56

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının sosyal fonksiyonu diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.7. SF-36 vücut ağırlığı alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının vücut ağırlıkları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar

olduğundan ($n>30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu“ Kolmogorov Smirnov Testi ” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 hipotezi ret edilir.

Tablo 44vücut ağrısı alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılıma uymuyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 44: Vücut Ağrısı Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Vücut Ağrısı	Kardiyoloji	,106	101	,007
	Diğer Bölümler	,175	102	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 vücut ağrısı alt ölçeği SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H_0 : Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların vücut ağrıları arasında anlamlı farklılık yoktur
- H_1 : kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların vücut ağrıları arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H_0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 45, SF-36 puanlarının Kruskal-Wallis testi sonuçlarını vücut ağrısı alt başlığını göstermektedir. SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların vücut ağrıları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 45: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Vücut Ağrısı

Test İstatistikleri ^{a,b}	
	Vücut Ağrısı
Ki-kare	5,940
df	1
Asimp. Sig.	,015
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 46, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi vücut ağrısı alt ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının vücut ağrısı puanı $67,82 \pm 23,37$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir. Diğer bölüm hastalarının ise vücut ağrısı puanı $75,12 \pm 25,02$ değerindedir.

Tablo 46: SF-36 Vücut Ağrısı Ortalama ve Standart Sapması

Kayı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Vücut Ağrısı	Kardiyoloji	67,82	23,37
	Diğer Bölümler	75,12	25,02

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının vücut ağrısı diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

3.2.4.2.8. SF-36 genel sağlık alt ölçeği

Bu bölümde “WHOQOL SF-36 alt ölçeğine göre kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının genel sağlık algıları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?” sorusu araştırılmaktadır.

Öncelikle verilerin parametrik mi non-parametrik mi olduğu araştırılmaktadır. Parametrik verilerin ilk koşulu veri setinin 30 adetten fazla olmasıdır. Örneklemimiz 101 adet kardiyoloji bölümü hastası ve 102 adet diğer servislere gelen hastalar olduğundan ($n > 30$) veri seti koşulunu sağlamaktadır. İkinci olarak, verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnov Testi” ile araştırılmaktadır.

Normallik testi için aşağıdaki hipotezleri oluşturulur:

- H_0 :%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır.
- H_1 :%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 hipotezi ret edilir.

Tablo 47 genel sağlık alt ölçeği normallik testi sonucunu göstermektedir. p değeri 0.05'ten küçük olduğu için veriler normal dağılmıyor sonucuna ulaşırız.

Tablo 47: Genel Sağlık Normallik Testi – Kolmogorov-Smirnov

Normallik Testi				
	Bölüm	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		İstatistik	df	Sig.
Genel Sağlık	Kardiyoloji	,122	101	,001
	Diğer Bölümler	,124	102	,001

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi

Veriler normal dağılıma uymadığı için non-parametrik olarak sınıflandırılır. Kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 genel sağlık alt ölçeği SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmektedir.

Farklılık testi için aşağıdaki hipotezler oluşturulur:

- H0: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların genel sağlıkları arasında anlamlı farklılık yoktur
- H1: Kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların genel sağlıkları arasında anlamlı farklılık vardır.

Test sonrası bulunan sonuç ile H0 (eşitlik) hipotezi ret edilir.

Tablo 48, SF-36 puanlarının Kruskal-Wallis testi sonuçlarını genel sağlık alt başlığını göstermektedir. SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların genel sağlıkları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 48: SF-36 Puanı Kruskal Wallis Test Sonuçları – Genel Sağlık

Test İstatistikleri ^{a,b}	
	Genel Sağlık
Ki-kare	14,096
df	1
Asimp. Sig.	,000
a. Kruskal Wallis Testi	
b. Gruplama Değeri: Bölüm	

Tablo 49, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ortalama ve standart sapmalarını göstermektedir.

Tabloya göre kardiyoloji hastalarının genel sağlık puanı $46,09 \pm 13,67$ değerinde olduğu gözlemlenmektedir. Diğer bölüm hastalarının ise genel sağlık puanı $53,28 \pm 12,36$ değerindedir.

Tablo 49: SF-36 Genel Sağlık Ortalama ve Standart Sapması

Kayı seviyesi	Bölüm	Ortalama	Std. Sapma
Genel Sağlık	Kardiyoloji	46,09	13,67
	Diğer Bölümler	53,28	12,36

SPSS analizlerine göre kardiyoloji hastalarının genel sağlık durumu diğer bölüm hastalarından düşüktür sonucuna ulaşılır.

Kardiyoloji hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık olan bütün alt boyutlarda diğer bölüm hastalara göre daha düşük ortalamaya sahiptir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde toplam puan ne kadar düşükse hastanın sağlık durumunun o kadar kötü olduğunu ifade ettiğinden kardiyoloji bölümü hastalarının diğer bölüm hastalarına göre kaygı seviyesinin daha yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu söylenebilir.

BÖLÜM IV

4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kaygı, tehlikeli bir duruma ya da tehdit ortamı oluşturan çevresel etkilere karşı kişilerin hissettiği ve gösterdiği karmaşık duygusal tepkilerdir. Anksiyete kaygı duygusunun daha yoğun hali olmakla beraber içsel ya da dışsal bir tehlikenin kişiler tarafından yaşamı tehdit olarak algılanmasına neden olan derin kaygı ve korku duygusudur.

İnsan vücudu tehlike anında bir takım tepkiler verir. Anksiyete ve yüksek kaygı seviyesinde, vücut tehlike anında verdiği tepkileri sürekli olarak ve şiddetli bir şekilde verir. Belirli bir süreden sonra bu tepkiler kişilerin günlük yaşamını zorlaştırır ve sosyal hayatını etkiler.

Hastalıklar, ilk şikâyetlerden itibaren, tanı konma ve tedavi süreçleri boyunca hastaların psikolojik dengesini bozar, hastalarda kaygı oluşmasına sebep olur ve günlük yaşamlarını olumsuz etkiler. Psikolojik bozukluklar ve kaygılar hastalarda hastalığın belirtileri ve sonuçlarına göre değişik seviyede gözlenir. Ölüm riski yüksek hastalıklar hastaların psikolojik durumunu derinden etkiler. Bazı koşullarda eklem ağrısı gibi ölüm riski bulunmayan hastalıklar, hastaların günlük yaşamını kısıtladığı için hastalarda yüksek anksiyete ve kaygı oluşturabilir.

Anksiyete ve kaygı normalde her kişide yer alan seviyesine göre sağlık ya da hastalık olarak şekillenen duygu durumudur. Anksiyete ve kaygı kontrol edilebilir seviyelerde olursa kişilerin kendilerini geliştirmelerinde olumlu katkıları olur. Anksiyete ve kaygı kontrol edilemeyen yüksek seviyelere ulaştığında kişilerin günlük yaşamlarını zorlaştırır ve sosyal ilişkilerine zarar verir. Bu durumlarda, anksiyete ve kaygı tedavi edilmesi gereken bir hastalık boyutuna dönüşür.

Kalp ve damar hastalıkları dünyada orta ve ileri yaş grubunda en önemli ölüm sebepleri arasındadır. Türkiye’de de kardiyoloji hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır.

Kalp ve damar hastalıklarını tetikleyen ana faktörler sigara kullanılması, hipertansiyon, diyabet, kilo problemi, genetik yatkınlık, hareket kısıtlılığıdır.

Ölüm riskinin yüksek olmasının yanı sıra kalp ve damar yolu hastalığı hastalarının yaşamlarında çok sayıda zorluk gözlenir. Bu zorluklar; fiziksel güç gerektiren günlük temel aktivitelerde yaşanmaktadır. Günlük faaliyetlerden en yaygınları olan yürümek, merdiven çıkmak, eğilip kalkmak gibi temel fiziksel faaliyetler kalp ve damar yolu hastalarında sorun haline gelmektedir. Bu sorunlardan dolayı, hastaların günlük yaşantılarında kısıtlama oluşmakta ve sorunlar ilerledikçe başka kişilere bağımlılığa neden olabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı kalp ve damar yolu hastalıkları, hastaların yaşam kalitelerini derinden etkilemektedir.

Hastalık, ilk şikâyetlerin yaşanmasından itibaren, tanı konma anı ve tedavi süreçleri boyunca hastaların psikolojik dengesini bozar, hastalarda anksiyete ve kaygı oluşmasına sebep olur ve hastaların günlük yaşamlarını etkiler.

Bu tez çalışmasında kalp ve damar yolu hastalıklarının hastalar üzerinde oluşturduğu psikolojik etkiler incelenmiştir. Çalışma kapsamında, kardiyoloji servisine gelen hastaların kaygı düzeylerini diğer servislere gelen hastalarının kaygı düzeyleriyle karşılaştırılmış ve hastalık algısı farkları araştırılmıştır.

Kalp hastalıkları ölümcül sonuçlar getiren başlıca hastalıklardandır. Hastalık ayrıca hastaların günlük yaşamlarını da zorlaştırmaktadır. Ölüm korkusu ve yaşam kalitesinin düşmesi nedeniyle kalp ve damar yolu hastalıkları, hastalar üzerinde daha büyük bir psikolojik etki yaratmaktadır.

Kalp ve damar yolu hastalarının duygu ve düşünceleri diğer bölüm hastalarından farklılık göstermektedir. Hastaları birbirinden ayıran yönler, duygusal yönelimleri ve algısal farklılıklar bulunmaktadır.

Birinci bölümde literatür taraması yöntemi kullanılarak kardiyoloji hastalıklarının belirtileri, hastaların yaşadığı kaygılar ve bu kaygıların diğer bölüm hastaları ile farklılıkları anlatılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde anket yoluyla hastaların konu hakkındaki düşünceleri öğrenildiği uygulama çalışması yürütülmüştür. Öncelikli olarak uygulamanın gereç ve yöntemini sunulmuştur. Ardından bulgular anlatılmış ve uygulamanın sonuçları tartışılmıştır. Anket hastaların sosyo demografik özellikleri, hastaneye geldikleri servis, tedavi süresi, hastalığıyla ilgili bilgisi olup olmadığı gibi özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca, veri toplama araçları olarak literatürde yer alan Beck anksiyete ölçeği ve WHOQOL SF-36 yaşam kalitesi ölçeği anketlerinden yararlanılmıştır.

Çalışma kapsamında, Özel Pendik Bölge Hastanesine gelen hastalara anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Özel Pendik Bölge Hastanesine gelen hastalar, örnekleme ise anket uygulamasını kabul eden 203 sayıda hasta oluşturmuştur. Çalışmanın temelinde hastaların yorumları dikkate alınmıştır.

Anket çalışmasıyla hastalardan alınan cevaplar istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Analiz yöntemi olarak bilgisayar programı olan SPSS programı kullanılmıştır. Anket sonuçlarının SPSS programı ile analizi sonucunda demografik özelliklerin hastalıklara etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

Çalışma kapsamında kalp ve damar yolu servisine gelen hastaların kaygı düzeyleri ile diğer bölümlere gelen hastalarının kaygı düzeyleri arasında fark olup olmadığı istatistiksel olarak karşılaştırmıştır.

SPSS programında yürütülen ki-kare testleri sonucunda iki grup arasında farklılık gözlenen demografik özelliklerin kalp ve damar yolu hastalıkları üzerine etkileri analiz edilmiştir.

SPSS analiz sonuçlarına göre;

- Kadın ve erkekler arasında kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.
- Hastaların medeni durumlarına bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu saptanmıştır.
- Eğitim seviyesine bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.

- Sosyal güvence kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olmadığı saptanmıştır.
- Yalnız ya da aileyle beraber yaşam şekline bağlı olarak kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark olduğu ifade edilebilir.
- Gelir durumunun, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark yaratmadığı ifade edilebilir.

Hastaların ekonomik durumlarının etkisiz çıkmasının sebebi, anketin özel bir hastanede yapılması olarak açıklanabilir. Çalışmanın bu yönü bundan sonra yürütülecek araştırmalara konu olabilir.

Hastaların hastalık özellikleri SPSS programı ile analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, hastaların tedavi süresi ve hastalık olgusu hakkında bilgi sahip olması gibi hastalık özellikleri incelendiğinde kardiyoloji ve diğer bölüm hastalıklarına sahip olma oranlarında fark yaratmadığı gözlemlenmiştir.

Yürütülen SPSS analiziyle, Beck anksiyete ölçeğine göre kardiyoloji hastalarının anksiyete ve kaygı seviyelerinin diğer bölüm hastalarıyla karşılaştırılmıştır.

SPSS sonuçlarına göre kardiyoloji hastalarının anksiyete ve kaygı seviyelerinin diğer bölüm hastalarının anksiyete seviyesine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kardiyoloji ve diğer bölüm hastaların kaygı belirtileri incelenmiştir.

Kardiyoloji hastalarında en fazla oranda gözlemlenen ilk beş kaygı belirtisi yorgunluk, nefes almada güçlük, üşüme hissi, uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük şikâyetleridir. Diğer bölüme gelen hastalarda ise en fazla oranda gözlenen ilk beş kaygı belirtisi yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, nefes almada güçlük, üşüme hissi, baş dönmesi şikâyetleridir.

Ankete katılan kardiyoloji ve diğer bölümlere gelen hastaların kaygı seviyeleri Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak SPSS programında analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, Beck anksiyete ölçeğine göre kardiyoloji hastalarının anksiyete seviyesinin diğer bölüm hastalarının anksiyete seviyesine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu tez çalışmasında, kardiyoloji ve diğer bölüm hastalarının WHOQOL SF-36 puanları, SPSS programında “Kruskal-Wallis Testi” kullanılarak analiz edilmiştir.

SF-36 puanları hastaların kaygı seviyelerini fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık olmak üzere 8 alt boyutta analiz etmektedir

SPSS analizine göre, kardiyoloji bölümü ve diğer bölüm hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlıklarını etkileyen kaygı seviyelerinin non-parametrik olduğu ve aralarında anlamlı farklılık bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$).

Analiz sonuçlarına göre, kardiyoloji hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık olan bütün alt boyutlarda diğer bölüm hastalara göre daha düşük ortalamaya sahiptir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde toplam puan ne kadar düşüğe hastanın sağlık durumunun o kadar kötü olduğunu ifade ettiğinden kardiyoloji bölümü hastalarının diğer bölüm hastalarına göre kaygı seviyesinin daha yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., & Cansel, N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Archives of Neuropsychiatry / NoropsikiatriArsivi*, 46(3), 91-97.
2. Akyol, A. D. (1993). Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 75-80.
3. Aslan, S. H., Karaköse, H., Soy, M., & Alparlan, Z. N. (1996). Romatoid Artriti Olan Kadın Hastalarda Beden Algısı, Benlik Saygısı, Aleksitimi, depresyon ve kaygı. *Düşünen Adam*, 9, 23-27.
4. Atasever, A., & Erdinç, E. (2003). KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51, 446-55.
5. Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., & Gündüz, H. (2015). Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4), 199-203.
6. Balcı, A., & Enç, N. (2013). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 41-50.
7. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
8. Bilgiç, A., Yılmaz, S., Tıraş, S., Deda, G., & Kılıç, E. Z. (2006). Bir grup epilepsili çocukta depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 165-172.
9. Bilir, N. (2004). Yaşlanan Toplum. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD*, 1.
10. Cankurtaran, E. Ş., Uluğ, B., & Saygı, S. (2004). Comorbid psychiatric disorders in epilepsy. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 14(2), 97-106.
11. Çetinkaya, F., & Karabulut, N. (2010). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı Ve Ağrı Düzeyine Etkisi/The Impact on the Level of Anxiety and Pain of the Training Before Operation Given to Adult Patients Who Will Have Abdominal Operation. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(2), 20-26.
12. Demir Ö., Arslantaş H. (2014). Koroner Anjiyografi ve Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Müzik Eşliğinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizinin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 113-121.
13. DüNDAR, Ü., Solak, Ö., Demirdal, Ü. S., Toktaş, H., & Kavuncu, V. (2009). Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Genel Tıp Derg*, 19, 99-104.
14. Elitoğ, N., Erkuş, B., (2008). Acıbadem hastanesi kardiyak rehabilitasyon hemşireliği deneyimi sonuçları, *Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi*.
15. Erdem, N., & Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(3).

16. Eren, İ. E. İ., Erdi, Ö. E. Ö., & Çivi, İ. Ç. İ. (2004). Tip II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 85-94.
17. Eren, İ., Erdi, Ö., & Özcankaya, R. (2003). Tip II Diabetik Hastalarda Kan Şekeri Kontrolü İle Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3):184-191
18. Eymen, U. E. (2007). SPSS 15.0 veri analiz yöntemleri. *Istatistik Merkezi Yayınları, Turkey*.
19. Fitzpatrick R. (1992). "Quality of Life Measures in Health Care", Applications and Issues in Assessment BMJ, 305, 1074-1077.
20. Göz, F., & Sel, A. (2009). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinden kardiyoloji kliniğine transfer edilecek olan hastalarda transfer anksiyetesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty)* Cilt 6, Sayı 2.
21. Gül, A. İ., Uçar, M., Sarp, Ü., Karaaslan, Ö., & Börekçi, E. (2015). Miyofasyal Ağrı Sendromu ve Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişki. *IJCR*, 2(3), 89-92.
22. Güleç, H., Sayar, K., & Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
23. Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z., & Kültür, S. (2001). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi Ve Yeti Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 89-98.
24. Hopwood, P., & Stephens, R. J. (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 893-893.
25. Işık E., Taner Y. (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. *Asimetrik Parelel Kitabevi*, 3-29.
26. Kapçı, E. G. (2004). Ameliyat Olan Kanser Hastalarının Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(21), 7-13.
27. Karadakovan A (1988). Kardiyovasküler hastalıkların toplumsal önemi. *Ege Üniv. HYO Derg.* 4(3): 53-56.
28. Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(2).
29. Koçer, E., Canan, F., Büyükkaya, R., Yazgan, Ö., & Yazgan, S. (2009). Ayaktan İzlenen Hastalarda Batın Ultrasonografisi ile İlişkili Kaygı: Kanser Olmayan Hastaların Kaygı Düzeyi. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 4-8.
30. Lalli, A. F. (1974). Urographic Contrast Media Reactions and Anxiety 1. *Radiology*, 112(2), 267-271.
31. Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.
32. Özer, Z. C., Şenuzun, F., & Tokem, Y. (2009). Miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Dergisi*, 37(8), 557-62.
33. Özkan, S., & Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(6), 60-64.
34. Özlü, M. F., Yıldırım, O., Alim Erdem, D., & Öztürk, S. (2013). Açıklanamayan çarpıntı nedeniyle elektrofizyolojik çalışma yapılan hastalarda yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk Kardiyol Dergisi*, 41(2), 136-140.
35. Özyurt, G., Öztura, İ., Alkın, T., & Özerdem, A. (2013). Epilepsiye Bağlı Anksiyete Bozukluğu Olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1), 71-75.

36. Sidar, A., Dedeli, Ö., & İşkesen, A. İ. (2013). Açık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 1-8.
37. Soyuyğit, Ş., Erk, M., Güler, N., & Kılınç, G. (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54, 259-266.
38. Türkiye Sağlık Bakanlığı, (2012). Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı. *Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-39047/h/plan1.pdf>. Erişim tarihi, 12(06).*
39. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2008). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. *Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın*, 743.
40. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmn H (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 12, 163-172.
41. Uz, S. (2007). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete Depresyon Oranı, Seviyesi, Etki Eden Hastalık Özellikleri Ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılıkları. *Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*.
42. Weber B. E., Kapoor W. N. (1996). Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med*, 100, 138-48.
43. Yardakçı, A. G. R., & Akyolcu, N. (2004). Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 7-14.
44. Yazıcı, K., Tot, Ş., Biçer, A., Yazıcı, A., & Buturak, V. (2003). Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 95-101.
45. Yıldırım, N. K., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A., & Özmen, V. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Neuropsychiatry*, 46, 175-81.

EKLER

EK 1: Demografik ve hastalık özelliklerini içeren anket formu

Hastaların sosyo-demografik özellikleri		
Cinsiyet	Kadın	
	Erkek	
Medeni durum	Bekâr	
	Evli	
	Eşinden ayrılmış/ölmüş	
	Diğer (Açıklama)	
Eğitim durumu	Okur-yazar	
	İlkokul	
	Ortaokul	
	Lise	
	Üniversite	
	Diğer (Açıklama)	
Meslek/iş	Çiftçi	
	İşçi	
	Memur	
	Ev hanımı	
	Serbest meslek	
	Emekli	
	İşsiz	
	Diğer (Açıklama)	
Sosyal güvence	Emekli sandığı	
	SSK	
	Bağ-Kur	
	Yeşil kart	
	Yok	
	Diğer (Açıklama)	
Yaşadığı yer	İl	
	İlçe	
	Kasaba	
	Köy	
	Diğer (Açıklama)	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	
	Eşi	
	Eşi ve çocukları	
	Çocukları	
	Diğer (Açıklama)	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	
	Gelir gidere denk	

Hastalık özellikleri		
Geldiği servis	Kardiyoloji	
	Diğer	
Tedavi süresi	0-3 yıl	
	3-5 yıl	
	5-10 yıl	
	10+ yıl	
Hastalık bilgisi	Bilgisi yok	
	Tanısını biliyor	
	Daha önce aynı şikayetten hastaneye gelmiş	
Bilgiyi kimden aldı?	Bilgi almadı	
	Doktor	
	Hemşire	
	Doktor + hemşire	
	Diğer (Açıklama)	

Kaygı belirtileri
Nefes almada güçlük
Yorgunluk
Uykuya dalmada güçlük
Uykuyu sürdürmede güçlük
Öğürme
Bulantı
Kusma
Boğazda düğümlenme
Titreme, seğirme
Ürperme hissi
Üşüme hissi
Baş dönmesi
Kötü rüya görme
Bilinç bulanıklığı

EK 2: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği	Hiç	Hafif düzeyde, beni pek etkilemedi.	Orta düzeyde, hoş değildi ama katlanabildim.	Ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım.
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 3: WHOQOL SF-36 Anketi

SF 36	Açıklama
1. Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?	Mükemmel 1, Çok iyi 2, İyi 3, Orta 4, Kötü 5
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Geçen seneden çok daha iyi 1, Geçen seneden biraz daha iyi 2, Geçen sene ile aynı 3, Geçen seneden biraz daha kötü 4, Geçen seneden çok daha kötü 5
3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?	
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	Evet, çok kısıtlıyor 1, Evet, çok az kısıtlıyor 2, Hayır, hiç kısıtlamıyor 3.
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling ,golf	
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	
d. Pek çok katı çıkmak	
e. Tek katı çıkmak	
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	
4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?	
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	Evet 1, Hayır 2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	

SF 36	Açıklama
5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?	
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	Evet 1, Hayır 2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	
6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?	Hiç 1 Çok az 2 Orta derecede 3 Biraz 4 Oldukça 5
7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?	Hiç 1 Çok az 2 Orta 3 Çok 4 İleri derecede 5 Çok şiddetli 6
8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?	Hiç 1 Çok az 2 Orta 3 Çok 4 İleri derecede 5
9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.	
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	Her Zaman 1 Çoğu Zaman 2 Bir Kısım 3 Bazen 4 Çok Nadir 5 Hiçbir Zaman 6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	
e. Çok enerjiniz var mı?	
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	
h. Mutlu bir insan mıydınız?	
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	
10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?	Her zaman 1 Çoğu zaman 2 Bazı zamanlarda 3 Çok az zaman 4 Hiçbir zaman 5
11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?	
a. Sağlığım mükemmel	Tamamen Doğru 1 Çoğunlukla Doğru 2 Bilmiyorum 3 Çoğunlukla Yanlış 4 Tamamen Yanlış 5
b. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	
c. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	
d. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 44

KONU: Etik Kurul İzni

28.01.2016

Sayın; Ceren KALENDER

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda YILMAZ'ın danışmanlığında planladığınız “**Kalp ve Damar Hastalarının Endişe, Yaşam Kalitesi ve Hastalık Algısının Diğer Hastalardan Ayrılan Yönleri**” isimli araştırmanız kurulumuzun 28.01.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı



TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU
KARARLAR

Yayın Tarihi :10.12.2015
Revizyon Tarihi :25.01.2016
Revizyon No : 01
Sayfa No : 1 / 1

Tarih: 28 Ocak 2016

Karar No :08

Toplantı Sayısı:02

Ceren KALENDER'in Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ'ın danışmanlığında araştırmayı planladığı "Kalp Ve Damar Hastalarının Endişe, Yaşam Kalitesi ve Hastalık Algısının Diğer Hastalardan Ayrılan Yönleri" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. E.Sabri KAYALI (Başkan)	Mühendislik	Haliç Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	S. Kayalı
Prof. Dr. Güneş YAVUZER (Başkan Yard.)	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	G. Z.
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Raportör)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	O. O.
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	K. Sarpyener
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	I. Odabaş
Yrd. Doç. Dr. Adnan ÇOBAN	Psikiyatri Anabilim Dalı	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	A. Çoban
Yrd. Doç. Dr. Sevda BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	Var <input checked="" type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Av. Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	K. Hazinedar

ETKU:4

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında İstanbul'da doğdu. Faik Reşit Unat İlköğretim Okulu'nda ,orta okulu İstek Vakfı Belde Lisesi'nde ,liseyi İstek Vakfı Semiha Şakir Lisesi'nde tamamladı. Lisans eğitimini ise Yeditepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde tamamladı. Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nı 2014-2016 yılları arasında tamamladı. Lisans eğitimi sonrasında Maltepe Küçük Dahiler Anaokulu'nda sorumlu psikolog olarak 2010 -2011 yılları arasında çalışırken gönüllü olarak klinik stajını Yeditepe Surp Pirgiç Hastanesi'nde yapmıştır.2011-2012 yılları arasında Özel Yağmur Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde psikolog olarak çalışmıştır. 2012 -2013 yılları arasında ise Duyusal Akademi de psikolog olarak çalışmaya devam ettikten sonra 2013 yılında başladığı Özel Pendik Bölge Hastanesi'nde psikolog olarak çalışmaya hala devam etmektedir.