T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet AĞASLAN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi GÜLŞAH KUMAŞ

ADANA-2024

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet AĞASLAN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi GÜLŞAH KUMAŞ

Tez No:…….
ADANA-2024

KABUL VE ONAY

İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan "Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki'' adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: …/…./…

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi GÜLŞAH KUMAŞ

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Pınar YEŞİL DEMİRCİ

Çukurova Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ulviye ÖZCAN YÜCE

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Üye

Yukardaki Tez, Yönetim Kurulunun …./…./….. tarihi ve …….. sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Kübra AKILLIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI

	T.C. **ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ** **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ** Tez Çalışması Etik Beyanı Formu	Doküman No	FRM-ENST-0016
		İlk Yayın Tarihi	16/07/2024
		Revizyon Tarihi	---
		Revizyon No	---
		Sayfa No	1/1

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

…./…./20….

İMZA

Mehmet AĞASLAN

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde bilgi birikim ve tecrübeleri ile yoluma ışık tutan, sevgi ve hoşgörüsünü her zaman hissettiren kıymetli hocam Gülşah KUMAŞ'a, Yüksek Lisans Eğitimim sürecinde bana katkı veren değerli Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma, tez sürecimdeki desteklerinden ötürü değerli Tarsus Üniversitesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma, tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Enstitüsüne, birlikte yüksek lisans eğitim sürecini geçirdiğim ve her zaman desteklerini hissettiğim değerli arkadaşlarıma, tezimin veri toplama sürecinde bana her zaman hoşgörü ile yaklaşan, yardımcı olan kardiyoloji servisi hemşirelerine, çalışmama gönüllü olarak katılan kalp yetersizliği hastalarına ve benden desteğini esirgemeyen kıymetli aileme sonsuz teşekkür ediyorum.

Tezimi hayatımı paylaştığım, desteğini her zaman hissettiğim canım eşime ve biricik oğluma ithaf ediyorum.

Mehmet AĞASLAN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY ..... **i**
ETİK BEYANI ..... **ii**
TEŞEKKÜR ..... **iii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ ..... **ix**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xi**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı 4
2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi 4
2.3. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 6
2.4. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları 7
2.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi 8
2.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması 9
2.6.1. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği 10
2.6.2. Düşük EF'li (Sistolik) ve Korunmuş EF'li (Diyastolik) Kalp Yetersizliği 10
2.6.3. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği 11
2.7. Kalp Yetersizliğinde Tanı 11
2.8 Kalp Yetersizliğinde Prognoz 12
2.9. Kalp Yetersizliğinde Tedavi 13
2.9.1 Kalp Yetersizliği Tedavisinde Farmakolojik Tedavi 13
2.9.3. Kalp Yetersizliği Tedavisinde Non-Farmakolojik Yöntemler 17
2.10. Kalp Yetersizliği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 18
2.10.1. Sağlık Sorumluluğu 19
2.10.2. Fiziksel Aktivite 19
2.10.3. Beslenme 20
2.10.4. Manevi Gelişim 20
2.10.5. Kişilerarası İlişkiler 21
2.10.6. Stres Yönetimi 21
2.11. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi 21

2.12. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 24
3.1. Araştırmanın Amacı 24
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri 24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 24
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 25
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 25
3.6. Verilerin Toplanması 26
3.6.1. Veri Toplama Araçları 26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 28
3.8. Araştırmadaki Değişkenler 29
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu 29
4. BULGULAR 30
5. TARTIŞMA 65
5.1. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması 65
5.2. Hastaların Macnew Anketi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması 70
5.3. SBYDÖII ve Macnew Anketleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması 74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 75
KAYNAKLAR 77
EKLER 87
ÖZGEÇMİŞ 101

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.2.1. Nedenlere göre ölüm oranı, 2022, 2023. ..... **5**

Şekil 2.2.2. Dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin oranı, 2022, 2023 **..... 5**

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.3.1. Kalp yetersizliği oluşumuna sebep olan etkenler. 6
Tablo 2.4.1. Kalp yetersizliğinde görülen semptomlar. 7
Tablo 2.6.1. NYHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması. 9
Tablo 2.6.2. ACC/AHA Kalp yetersizliği Sınıflaması. 9
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 30
Tablo 4.2. Hastaların hastalıklarıyla ilişkli özelliklerin dağılımı 31
Tablo 4.3. SYBDÖII ve Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ilişkin bulguların dağılımı 32
Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. 333
Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam) 34
Tablo 4.6. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam) 35
Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 36
Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 37
Tablo 4.9. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 38
Tablo 4.10. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. 44
Tablo 4.11. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 45
Tablo 4.12. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 46
Tablo 4.13. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam). 47
Tablo 4.14. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması. 51

Tablo 4.15. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 52
Tablo 4.16. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması. (Devam) 53
Tablo 4.17. Hastaların hastalık özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması. 56
Tablo 4.18. Hastaların hastalık özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam). 57
Tablo 4.19. Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ile SYBDÖII puanlarının ilişkisinin incelenmesi 62
Tablo 4.20. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Macnew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeğini Yordama Düzeyi 64

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

KY: Kalp Yetersizliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KAH: Koroner Arter Hastalığı

HT: Hipertansiyon

DM: Diyabetes Mellitus

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

HAPPY: Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Öngördürücüleri)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

MI: Miyokard İnfarktüsü

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

NYHA: New York Heart Association (New York Kalp Cemiyeti)

ACC: American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)

AHA: American Heart Association (Amerikan Kalp Cemiyeti)

MR: Manyetik Rezonans

BT: Bilgisayarlı Tomografi

ESC: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Topluluğu)

ADEİ: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

ARB: Anjiotensin II Reseptör Blokörleri

KABG: Koroner Anjiografi By-Pass Grefti

ICT: Implantable Cardioverter-Defibrillators (Implante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör)

CRT: Cardiac Resynchronization Therapy (Kardiyak Resenkronizasyon Terapi)

ÖZET

Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Bu araştırma kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji servislerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya toplam 288 hasta dahil edilmiştir. Araştırma etik kurul onayı, kurum izni ve çalışmaya katılan hastalardan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi kullanılarak toplanmıştır. İstastiksel analizler SPSS 22 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ortalama puanının 113,26±20,15 ve MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ortalama puanının 3,01±1,13 olduğu belirlenmiştir. Kalp yetersizliği hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Sonuç olarak Hastaların SYBDÖII puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, alt boyutlarına göre en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite, en yüksek puan ortalamasını ise manevi gelişim alt boyutlarından aldığı, Macnew Anketi puan ortalamasının, ortalamanın altında olduğu, alt boyutlarına göre en düşük puanı fiziksel sınırlılık alt boyutundan, en yüksek puanı ise emosyonel fonksiyon alt boyutundan aldığı belirlenmiştir. Bu bağlamda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirecek daha fazla çalışma yapmak ve eğitimler düzenlemek hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Relationship Between Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life in Patients with Heart Failure

This descriptive and cross-sectional study was conducted to examine the relationship between healthy lifestyle behaviors and quality of life in patients with heart failure.

The study was conducted in the Cardiology wards of Adana City Training and Research Hospital. A total of 288 patients were included in the study. Ethics committee approval, institutional permission and written informed consent were obtained from the patients participating in the study. Data were collected using the Patient Information Form, Healthy Lifestyle Behaviors II Scale and MacNew Heart Disease Specific Quality of Life Questionnaire. Statistical analyses were performed using SPSS 22 software. The results obtained from the analysis of the data were accepted as statistical significance value $p<0.05$ at 95% confidence interval.

In the study, the mean score of the Healthy Lifestyle Behaviors II Scale was 113.26±20.15 and the mean score of the Macnew Living with Heart Disease Questionnaire was 3.01±1.13. It was determined that there was a statistically significant relationship between healthy lifestyle behaviors and quality of life in heart failure patients ($p<0.001$).

As a result, it was determined that the mean score of the patients was at a moderate level, the lowest mean score was obtained from the physical activity and the highest mean score was obtained from the spiritual development sub-dimensions according to the sub-dimensions, the mean score of the Macnew Questionnaire was below the average, the lowest score was obtained from the physical limitation sub-dimension and the highest score was obtained from the emotional function sub-dimension according to the sub-dimensions. In this context, conducting more studies and organizing trainings to improve healthy lifestyle behaviors will contribute to the improvement of patients' quality of life.

Keywords: Heart failure, healthy lifestyle behaviors, quality of life.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalpten, vücuttaki metabolik ihtiyaçları karşılayabilmek amacıyla yeterli düzeyde verim sağlanamadığı durumlarda ortaya çıkan kalp yetersizliği (KY) tablosu, ventriküllerin doluşuna veya ejeksiyon yetisine etki eden fonksiyon değişikliklerinin yol açtığı karmaşık bir klinik sendromdur (1,2).

Büyük bir morbidite ve mortalite kaynağı olan KY, özellikle yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı da artan bir hastalıktır (3). KY tanısı konulduktan sonraki ilk 30 gün içindeki ölüm oranının %2-3, ilk 1 yıldaki ölüm oranının %15-30, ilk 3 yıl içindeki ölüm oranının %30-50 ve ilk 5 yıl içerisinde ölüm oranının %50-75 arasında olduğu belirtilmektedir (3). Dünya genelinde, 2017 yılı verilerine göre 64,2 milyon insanın KY hastalığına sahip olduğu belirtilmektedir (4). KY hastalığının görülme sıklığının fazla olması sebebiyle sağlık bakım hizmetleri üzerindeki ekonomik yükü ciddi boyutlara ulaşmaktadır (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2012 yılında KY'nin toplam maliyetinin 30,7 milyar dolar civarında olduğu, bu maliyetlerin 2030 yılına kadar %127 oranında artarak 69,8 milyar dolara ulaşacağı ve bunun da her bir ABD'li yetişkin birey için yaklaşık 244 dolara tekabül edeceği tahmin edilmektedir (4). Ülkemizde gerçekleştirilen bir prevalans çalışmasında KY görülme sıklığının %2,7 olduğu, yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (5).

Kalp yetersizliği hastalığının oluşmasında Koroner Arter Hastalığı (KAH), Hipertansiyon (HT), Diyabetes Mellitus (DM), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), kardiyomiyopatiler, miyokardit, kalp kapak hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, aritmiler ve yüksek debi gibi durumlar rol oynamaktadır (6,7). Kalp yetersizliği tablosunun gelişmesinde en temel etkense KAH'tır ve meydana gelen yetersizlik durumunun neredeyse %60-75'i KAH'a bağlı gelişmektedir (8). Gelir düzeyi yüksek olan bölgelerde, KAH ve KOAH büyük bir bölümünde daha fazla etiyolojik faktör olarak rol oynarken, gelir düzeyi düşük olan bölgelerde HT, romatizmal kalp hastalığı, kardiyomiyopati ve miyokardit gibi etiyolojik faktörler daha fazla öne çıkmaktadır (9).

Kalp yetersizliği olan hastalarda çoğunlukla karşılaşılan sigara ve alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapmama, diyete uygun beslenmeme, tedavi ve yaşam

tarzı değişikliklerine ilişkin önerilere uymama gibi birçok sağlıklı yaşam biçimini ilgilendiren davranış, hastanın kişisel özellikleri ile yakın ilişki içerisindedir (10,11). Aşırı kalori alımı ve sağlıksız gıda tercihleri, yetersiz fiziksel aktivite ve emosyonel stres gibi yaşam tarzını ilgilendiren davranışlar; HT, DM, uyku bozuklukları ve dispne gibi durumların gelişmesine yol açarak KY oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmesinde, KY'nin erken tanısı ve önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının dikkate alınması gerekmektedir (10,11). KY hastalığının tedavi sürecinde de sağlıklı yaşam müdahalelerinin önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir (10,11,15). Çok sayıda büyük, gözlemsel çalışma obezite ile KY olguları arasında ilişki olduğunu göstermektedir (12-14). Bunun yanında, yeterli fiziksel aktivite, sigara ve alkol almama, yeterli ve dengeli beslenme gibi durumlar KY riskini belirgin olarak azalttığı bildirilmektedir (10).

Kalp yetersizliği, hastaların yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (16). Batıdaki yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar göz önüne alındığında yaşam kalitesinin kötü olması hastalığın prognozunun da olumsuz ilerlemesi ile ilişkilendirilirken farklı coğrafi bölgelerdeki KY hastalarında bu ilişkinin varlığı bilinmemektedir (17). KY hastalarında yaşam kalitesini düşüren en önemli faktörlerin arasında; hastalık şiddeti, ek kronik hastalıkların bulunması (DM, HT, KOAH gibi), semptomların görülme sıklığı ve şiddeti, özbakımda yetersizlik, sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilememe (dengesiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, düzenli egzersiz yapmama gibi), yetersiz sosyal destek, tedaviye ve hastalığa uyumda zorlanma, ileri yaş ve düşük gelir düzeyi gibi birçok özellik yer almaktadır (17,18). Bunlara ek olarak stres, anksiyete veya depresyonun da bulunması, yine yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (18). KY için tıbbi bakımın hedefleri arasında, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, sağkalımı uzatmak, semptomları hafifletmek, fonksiyonel kapasiteyi artırmak, hastaneye yatış sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek yer almaktadır (19).

Kalp yetersizliği hastalığının yönetiminde hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir (20). Hastalarda meydana gelen semptomların daha başarılı yönetilmesi, hastaneye yatış sıklığının azaltılması, hastaların öz bakım eksikliğinin giderilmesi, sağlıklı yaşam tarzının oluşturulması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi noktasında hemşirelik mesleği önemli rol oynamaktadır (21,22). Hemşirelerin eğitici rollerini

kullanarak çeşitli materyaller (broşür, kitap, kitapçık vs.) vasıtasıyla hastaların tedaviye uyum, bilgi düzeyi, beslenme ve egzersiz alışkanlığı, sigara ve alkol kullanımından kaçınma ve semptom yönetimi gibi birçok noktaya etki ederek KY hastalığının sürecinde aktif rol oynadığı belirtilmektedir (23-26).

Literatürde kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (11-15). Geniş bir bölgeye hizmet veren Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki hasta potansiyelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ortaya konulması literatüre katkı sağlayarak, yaşam kalitesini artırma noktasında yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Soruları

- Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

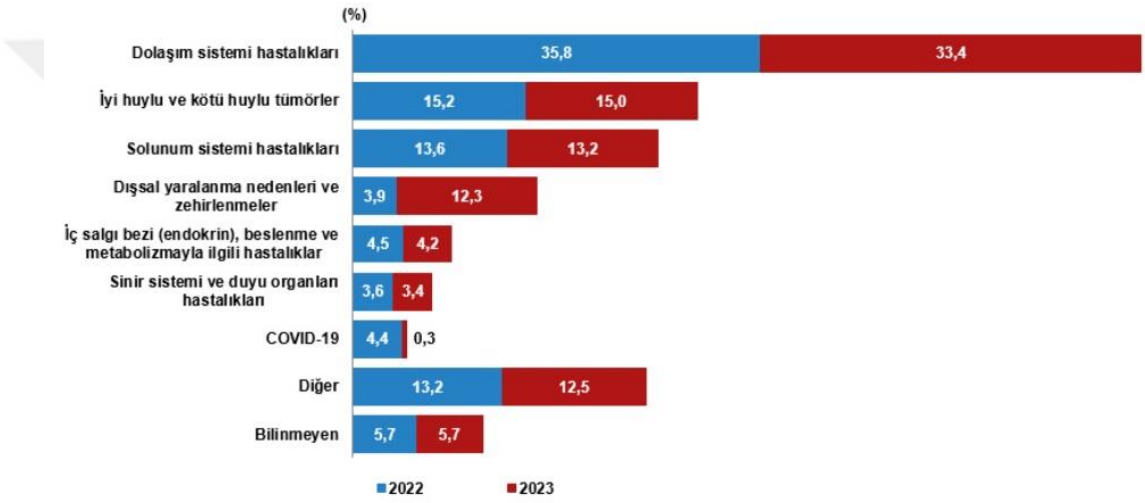
Kalp yetersizliği, kalbin işlevsel ve yapısal özelliklerinde meydana gelen bozulmalar ve kalpten dokulara ihtiyaç duyulan kanın yetersiz pompalanması veya hiç pompalanamaması durumu olarak tanımlanmaktadır (27). KY, fiziksel aktivite sırasında veya dinlenim durumunda kalp debisinin ve artmış intrakardiyak basınca bağlı olarak, dispne, yorgunluk, bitkinlik, ortopne ve alt extremitelerde şişlik gibi belirli semptomlarla kendini gösteren ve bunların yanında pulmoner konjesyon, artmış juguler venöz basınç ve periferik ödem ile karakterize fonksiyonel veya yapısal bir kardiyak bozulma sebebiyle ortaya çıkan klinik tablodur (28-30). KY, yetişkinlerde önemli bir morbidite ve mortalite kaynağıdır ve klinik tablo değişkenlik gösterebilmektedir (31). Genellikle belirti ve bulgular, KY'nin gelişim hızına, sağ ventrikül veya sol ventrikülün etkilenme boyutuna göre farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir (33,34). KY, ilerleyici ve kişilerin yaşamları boyunca mücadele etmesini gerektiren bir tablodur (35).

2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

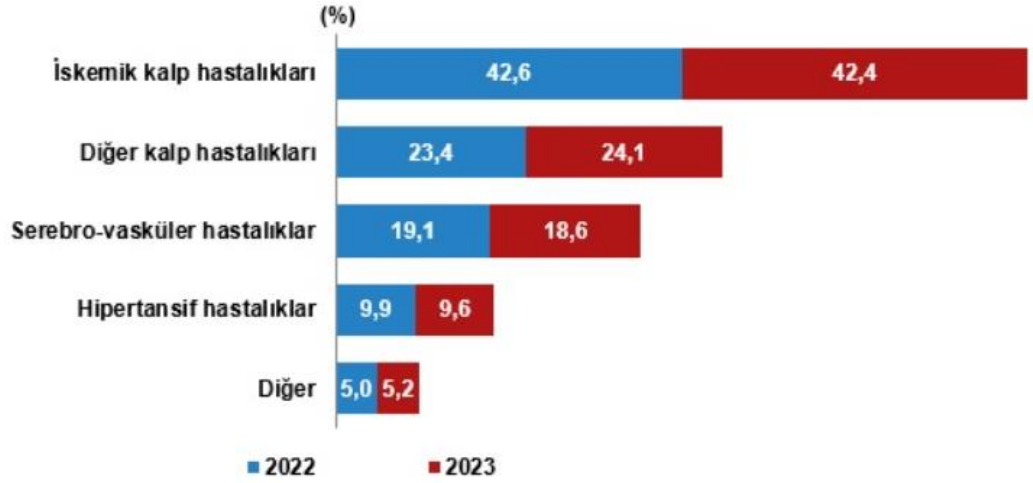
Kalp yetersizliği dünya genelinde büyük bir morbidite ve mortalite sebebidir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı da artış gösteren KY, tanı konulduktan sonraki ilk 5 yılda hastaların yarısından çoğu yaşamını yitirmektedir (3). KY, hastalarının hastaneye yatış oranları yüksektir ve hastaneye yatan hastaların yatmayanlara göre 3 kat daha fazla ölüm oranına sahip olduğu belirtilmektedir (31). Dünya genelinde KY prevalansının yetişkin nüfusta %1-3 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (4). 2017 yılında KY'nin en yüksek seviyede görüldüğü bölgelerin Orta Avrupa, Kuzey Afrika ve Orta Doğu olduğu, buna karşılık Doğu Avrupa ve Güneydoğu Asya'da daha düşük oranda görüldüğü belirtilmektedir (32). Dünya çapında KY insidansı incelendiğinde ise Almanya ve Kanada ülkelerinin oran olarak en üst sıralarda olduğu belirtilmektedir (4).

Ülkemizde ise KY prevalansına ilişkin yapılan "Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY (Heart Failure Prevalance and Predictors in

Turkey)" başlıklı ilk çalışma 2012 yılında Değertekin ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (5). Bu çalışmaya göre ülkemizin batı ülkelerine göre genç bir popülasyona sahip olmasına rağmen KY prevalansının %6,9 oranıyla batı ülkelerine göre daha yüksek olduğu ve 2 milyondan fazla kişinin KY tanısına sahip olduğu belirtilmektedir (5). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 yılındaki verileri incelendiğinde ölüm oranın en yüksek olduğu hastalık grubu KY'nin de içerisinde bulunduğu dolaşım sistemi hastalıkları olduğu (Şekil 2.2.1.) belirtilirken, dolaşım sistemi hastalıkları içerisinde ise ölümlerde en fazla paya sahip olan hastalığın iskemik kalp hastalığı olduğu (Şekil 2.2.2.) bildirilmektedir (36).



Şekil 2.2.1. Nedenlere göre ölüm oranı, 2022, 2023. (36)



Şekil 2.2.2. Dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin oranı, 2022, 2023. (36)

2.3. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kalp yetersizliğinin en sık rastlanan nedeni, genellikle akut ya da kronik miyokardiyal iskeminin neden olduğu bozulmuş miyokardiyal perfüzyona bağlı meydan gelen iskemik kalp hastalığıdır (37). Diğer yaygın nedenler; DM, HT ve miyokard infarktüsü (MI), sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, obezite, ailede hastalık öyküsü varlığı, enfeksiyonlar, akciğer hastalıkları, kardiyomiyopatiler (idiyopatik veya toksin kaynaklı, örneğin doksorubisin ve alkol), aritmiler veya kalp kapak hastalıklarıdır (37,38). Belirtilen etkenler KY'ye yatkınlığı artırırken, morbidite ve mortalite oranlarında da artışa sebep olabilmektedirler (38). KY'nin etiyolojik sınıflandırması için kabul edilmiş bir standart bulunmamakla birlikte etkilenen fonksiyonel faza, dolaşım sistemine, hacim durumuna vb. göre birçok alt kategoriye ayrılabilmektedir (37,38). KY için risk faktörleri genellikle tek başlarına kardiyak bozulmalar için yeterli olsa da çoğunlukla kombine bir şekilde ortaya çıkmaktadırlar. Aşağıdaki tabloda KY oluşumunda rol oynayan etkenler belirtilmiştir (37-39).

Tablo 2.3.1. Kalp yetersizliği oluşumuna sebep olan etkenler (37-39).

Koroner Arter Hastalığı (KAH)	Hipertansiyon
Miyokard İnfarktüsü	Diyabet
Miyokardiyal İskemi	Kolesterol
Bağ Dokusu Hastalıkları (Sarkoidoz, Sistemik Lupus Eritematozus, Amiolidoz)	Sedanter Yaşam
Konjenital Kalp Defektleri	Sigara
Viral Enfeksiyonlar	Obezite
Aritmiler	Aile Öyküsü
Obstrüktif Uyku Apnesi	İlaç kullanımı veya Aşırı Alkol Tüketimi

2.4. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Kalp yetersizliğinin genellikle spesifik bir belirtisi bulunmamaktadır (45). Bu durum hastalığın erken dönemlerde teşhis edilmesini zorlaştırmaktadır. Hastaların, ileri yaş, obezite durumu, kronik hastalık varlığıyla birlikte belirti ve bulguların ayırt edilmesi de güçleşmektedir (45). KY belirtileri, hastada var olan KY'nin, yaygınlığına, türüne ve ilerleme hızına bağlı olarak meydana gelir (45). KY hastalarında görülen en tipik semptomlar arasında; dispne, yorgunluk, yaygın ödem, karında şişkinlik, öksürük, nokturi, serebral semptomlar, bilişsel ve fonksiyonel kapasitede azalma yer almaktadır (45,46). Hastalığın en yoğun hissettirdiği semptomlar dispne ve yorgunluktur. Özellikle yaşlı hastalar, semptomların yaşın ilerlemesine bağlı olarak geliştiğini düşünerek tanı ve tedavi sürecinin gecikmesine sebep olabilmektedirler (46). Kalp yetersizliğinde görülen belirti ve bulgular tablo 2'de gösterilmiştir (45,46).

Tablo 1.4.1. Kalp yetersizliğinde görülen semptomlar (45,46).

Tipik Belirtiler	**Spesifik Bulgular**
Dispne	Juguler ven basıncının yükselmesi
Yorgunluk	Hepatojuguler reflü
Aktivite İntoleransı	Gallop ritmi (S3 kalp sesi)
Ortopne	Üfürüm duyulması
Ayak Bileklerinde Ödem	Kalp tepe vuruş noktasının sola doğru kayması
Paroksismal Noktural Dispne	
Fiziksel Aktivite Sonrası Geç Toparlanma	
Daha Az Tipik Belirtiler	**Daha Az Spesifik Bulgular**
Gece Ortaya Çıkan Öksürük	Aritmi, Taşipne, taşikardi
Hışıltılı Solunum (Wheezing)	Cheyne Stokes Solunum
İştahsızlık, Kilo Kaybı veya Kilo Artışı	Plevral Efüzyon
Karında Şişlik	Asit birikimi
Baş Dönmesi, Senkop	Hepatomegali
Depresyon, Çarpıntı	Ekstremitelerde soğukluk

2.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği, kalbin vücudun ihtiyaçlarını karşılayamadığı zamanlarda ortaya çıkan tablodur. KY, kalp debisindeki azalmayla karakterizedir ve en yaygın nedenleri arasında KAH, DM, HT, kardiyomiyopati ve obezite gibi hastalıklar yer alır (39,40). Koroner arter hastalığında, koroner arterler boyunca plaklar birikir. Zamanla bu plak birikintisi distalindeki bölgeye kan akışını engeller veya tamamen tıkar. Bunun sonucunda, miyokardın ihtiyaç duyduğu oksijenden zengin kan ulaşamaz ve böylece kalbin yükü oksijenlenmiş kan ihtiyacına binaen artar. Bu hipoksik durum hücre hasarına veya ölümüne yol açabilir. Hücreler öldükçe yerine yenileri gelmez ve diğer kardiyak miyositlerin bunu telafi etmesi ve gerilmesi gerekir. Bu da hipertrofik, kötü işleyen miyokard hücrelerine yol açar. Sonuç olarak bu değişikliklerle birlikte vücudun metabolik talepleri karşılanamaz, kalp debisi azalır ve zayıflamış bir miyokard ortaya çıkar (41). HT, kanın arter duvarına yaptığı basıncın artması anlamına gelir ve kalbin iş yükünün artmasına neden olur. Zamanla bu fazla iş yükü kalbe zarar vererek zayıflatarak KY'ye yol açabilir. Kalp, kanı pompalamak için daha fazla çalışmaya devam ettikçe, sonunda vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelir (40). DM'li hastalarda yüksek kan şekeri seviyeleri ve lipid metabolizmasındaki değişiklikler, kalbe kan taşıyan toplardamarlarda hasara neden olur. Bu hasar kan akışının azalmasına yol açar ve miyokardiyal fonksiyonun azalmasıyla birlikte miyokardiyal hücrelerin ölümüne sebep olur. Hücreler öldükçe, komşu hücreler şekillerini ve iş yüklerini değiştirerek bunu telafi etmeye çalışır ancak zamanla onlarda da bozulmalar görülür. Sonuç olarak kalp vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılayamaz (42). Kalp kapak hastalıkları ve aritmilere bağlı olarak da KY gelişebilir (43). Mitral kapak tam olarak kapanmadığında kan, kalp kasılırken ventrikülden atriyuma doğru geri akar. Böylece vücudun geri kalanına akan kan miktarı azalır ve kalp daha fazla pompalamaya ihtiyaç duyar (43).

Kalbin pompalama gücünü yitirmesiyle birlikte kanlanmayı devam ettirmek için bazı adaptasyon mekanizmaları aktif hale getirilir (44). Bunlar, Frank-Starling Mekanizması, nörohormonal sistem aktivasyonu, miyokardiyal hipertrofi ve ventriküler yeniden şekillenme (remodelling)'dir (44). Bu adaptasyon modellerinden ilk ikisi hızlı bir şekilde gerçekleşir ve kalbin pompalama gücünün kısmen normal

seviyelerde devam etmesini sağlar. Miyokardiyal hipertrofi ile yeniden şekillenme ise daha yavaş gelişir ve haftalar veya aylar sürer (44).

2.6. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

Kalp yetersizliği, etkilenen dolaşım sistemine göre sol veya sağ, kardiyak fonksiyona göre düşük ejeksiyon fraksiyonlu (EF) (sistolik) veya korunmuş EF'li (diyastolik) ve akut veya kronik ya da şeklinde sınıflandırılmaktadır (38,40). Bunların dışında KY'nin fonksiyonel olarak sınıflandırılmasında semptomların şiddeti ve egzersiz intoleransını tanımlamak amacıyla New York Kalp Cemiyeti'nin (New York Heart Association-NYHA) ve Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti'nin (American College of Cardiology-ACC/American Heart Association-AHA) sınıflandırma yöntemleri de tanı ve tedavi sürecinde etkin olarak kullanılmaktadır (38,40,46).

Tablo 2.6.1. NYHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması (40).

SINIF I	Fiziksel aktivite sınırlılığı yok. Fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde dispne, yorgunluk veya çarpıntıya yol açmaz.
SINIF II	Hafif fiziksel aktivite kısıtlanması mevcut. Dinlenme sırasında rahattır fakat normal düzeyde fiziksel aktivite beklenenin üstünde dispne, halsizlik veya çarpıntıya sebep olur.
SINIF III	Belirgin düzeyde fiziksel aktivite kısıtlanması mevcut. Dinlenme sırasında rahattır fakat normal düzeyin altında fiziksel aktivite dispne, halsizlik veya çarpıntıya yol açar.
SINIF IV	Rahatsızlık duymadan fiziksel aktivite sürdürülemez, dinlenme sırasında bile belirtiler görülebilir. Herhangi bir fiziksel aktivite durumunda rahatsızlık artar.

Tablo 2.6.2. ACC/AHA Kalp yetersizliği Sınıflaması (40).

Evre A	Kalp yetersizliği için yüksek risk mevcut ancak belirti veya yapısal bir kalp hastalığı yok.
Evre B	Kalp yetersizliği mevcut fakat semptom yok (Asemptomatik KY).
Evre C	Kalp yetersizliği mevcut ve semptomlar da görülmekte (Semptomatik KY)
Evre D	Refrakter son seviye kalp yetersizliği. Müdahale gerektirir.

2.6.1. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği

Koroner arter hastalığı, HT ve sol ventrikül distrofisi, sol KY oluşumuna sebep olan en önemli etkenlerdir (40). Sol kalp yetersizliğinde, intravasküler ve intertisyel volüm artışı sebebiyle hızlı ve yüzeyel solunum, efor dispnesi, ortopne, paroksismal noktürnal dispne, akciğer ödemi, yorgunluk, halsizlik, noktüri, huzursuzluk, anksiyete, uyku örüntüsünde bozulma, taşikardi, göz kararması, bilinç bulanıklığı, çarpıntı, atriyal fibrilasyon ve ventriküler prematüre atımlar gibi belirtiler görülebilir (40). Sağ kalp yetersizliğinin en önemli sebebi de sol kalp yetersizliğidir (46). Bunun yanında akciğer hastalıkları, solunumsal hastalıklar, pulmoner hipertansiyon ve KOAH gibi hastalıklar da sağ kalp yetersizliği için risk faktörleridir (46,50). Sağ KY gelişen hastalarda; juguler venlerde dolgunluk, ritim bozuklukları, perküsyonda hiperrezonans, düşük immobil diyafram, solunum seslerinin azalması veya kaybolması, göğüs kafesi ön arka çapında artış, ödem, hepatosplenomegali ve buna bağlı olarak sağ hipokondriumda dolgunluk hissi, karında assit, periferal ödem, iştahsızlık, bulantı-kusma ve kilo artışı belirti ve bulguları görülebilmektedir (40,46,50).

2.6.2. Düşük EF'li (Sistolik) ve Korunmuş EF'li (Diyastolik) Kalp Yetersizliği

Diyastol sonunda meydana gelen volümden sistol sonu volüm çıkarıldığında ortaya çıkan stroke volüme Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) denilmektedir (47). Sistolik fonksiyon bozukluklarının şiddeti ne kadar fazlaysa EF o kadar azalır (48). EF değeri hastanın, hastalık süreci için de hastalığın sınıflandırılması için de önemli bir belirteçtir (48). EF değeri sağlıklı bireylerde %50-70 arasında değişirken %50 üzerinde EF'ye sahip olan hastalarda görülen kalp yetersizliğine korunmuş EF'li KY, %41-49 aralığında olan hastalara sınırda EF'li KY ve 40'ın altında olduğu durumlarda ise düşük EF'li KY olarak sınıflandırılmaktadır (47,48). Korunmuş EF'li KY oranı; hipertansiyon ve obezite gibi endotel inflamasyona ve diyastolik fonksiyon bozukluğuna sebep olan durumların artış göstermesi, yaşam sürelerinin uzaması ve bu konudaki farkındalığın artmasıyla birlikte her geçen gün tüm KY hastalarına oranla artış göstermektedir (49). EF değerinin %50'nin üzerinde olması, natriüretik

peptit düzeyinde yükseklik bulunması ve sol ventrikül hipertrofisi veya diyastolik disfonksiyon kriterlerinden en az birinin eşlik etmesiyle korunmuş EF'li KY tanısı koydurmaktadır (49).

2.6.3. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Akut kalp yetersizliği, KY belirti ve bulgularının aniden ortaya çıkması veya kötüleşmesi olarak tanımlanır. 65 yaş üstü hastalarda planlanmayan hastane yatışlarının en sık nedeni olarak gösterilmektedir (51). Akut KY'nin diğer bir tanımlaması ise altta yatan çok sayıda olası kalp hastalığı ve tetikleyici faktörden kalp fonksiyonlarında akut veya subakut bozulmadır (52). Akut KY hastalarının çoğunda konjesyon görülmektedir ve daha az olarak periferik hipoperfüzyon veya kardiyojenik şok görülebilmektedir (51,52). Konjesyon veya hipoperfüzyon; organ hasarına ve/veya bozulmasına yol açar ve sonuç olarak hedef organların (kalp, akciğerler, böbrekler, karaciğer, bağırsak, beyin) yetersizliğine yol açabilir bunun sonucunda da hastalar arasında mortalite oranı artar. Akut KY tedavi planlanmasında bu organ hasarının düzeltilmesi ve önlenmesi esas olarak hedef alınır (53).

Kronik kalp yetersizliği, kalbin vücuda yeterli miktarda kan pompalama kapasitesinin kalıcı olarak azalması durumudur (46). Kronik KY çoğunlukla dispne, yorgunluk, sıvı retansiyonu, taşipne, taşikardi, plevral efüzyon, pulmoner raller veya ayak bileklerinde şişme gibi klinik bulguların varlığıyla tanımlanan klinik bir sendromdur. Hastaların hastaneye yatış oranlarının artışında Kronik KY'nin önemli bir yeri bulunmaktadır (46,54).

2.7. Kalp Yetersizliğinde Tanı

Kalp yetersizliği tanısı konulurken; hastalık öyküsü, fizik muayene, gözlem, elektrokardiyografi, telekardiyografi, ekokardiyografi, koroner anjiografi, kalp kateterizasyonu, hemodinamik incelemeler, natriüretik peptid seviyesi, rutin laboratuvar testleri, kardiyak MR, BT, göğüs radyografisi gibi radyolojik incelemeler, sağ kalp boşluklarıyla pulmoner arter basınç ölçümü, sol atriyal alan ile hacim, doku doppler incelemesi gibi birçok yöntem kullanılır (46,55). KY'nin sebebi ve derecesi

belirlenerek tedavi planlaması yapılır (46,55). Öykü ve fizik muayene tanı koymada önemli bir rol oynamaktadır (46). Aile öyküsünde KY olanlarda veya önceden geçirilmiş MI, KAH öyküsü, aşırı alkol alımı, kardiyotoksik kemoterapiyle bilinen kanser varlığı, kronik böbrek hastalığı ve diyabet hastalıklarının varlığı da KY'nin altında yatan mekanizma hakkında bilgi verebilmektedir (46). Dispne, yorgunluk, halsizlik ve paroksismal nokturnal dispne gibi semptomlara ek olarak gözlenen juguler ven distansiyonu, ortopne, ödem, S3 kalp sesi ve hepatojuguler refleks ana belirtilerin varlığı da tanı koymada belirleyici olmaktadır (56,57). Sol ventriküler EF değeri de tanı koyarken kullanılan önemli bir parametredir (40). Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (European Society of Cardiology-ESC) 2021 kılavuzuna göre EF değerinin %40'ın altında olması durumunda düşük EF'li KY, %41-49 aralığında olmasında orta aralıkta EF'li KY, %50 üzeri olması durumunda ise korunmuş EF'li KY olarak tanımlanmaktadır (41). Ayrıca kalp kasları tarafından üretilen B tipi Natriüretik peptid (BNP) miktarının 35 pg/ml üzerinde olması ve N-terminal pro B tipi natriüretik peptid (NT-proBNP) miktarının 125 pg/ml üzerinde olması da KY tanısı koymada önemli kriterler olarak değerlendirilmektedir (55).

2.8 Kalp Yetersizliğinde Prognoz

Kalp yetersizliğine bağlı ölümler, aritmilere bağlı olarak ani olabileceği gibi, kalbin pompalama gücünün yetersizliğine bağlı olarak hemodinaminin ilerleyici bir şekilde bozulmasına bağlı olarak da gerçekleşebilmektedir (57). KY'nin erken safhalarında ani ölüm oranları yüksek olsa da hastalığın şiddeti arttıkça hastaların ani ölüm riskleri de artış göstermektedir (57). KY kaynaklı ani kardiyak ölüm oranlarında, modern nörohormonal tedavilerin gelişmesiyle birlikte azalma kaydedilmiştir (58). KY'nin ilerleyici ve değişken özellikler göstermesi sebebiyle tanı ve tedavi sürecinde hastalığın prognozunun belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (55). İleri yaş, NYHA sınıflandırmasına göre sınıf IV'te yer alma, fiziksel bulgularda KY'ye özgü spesifik belirti ve bulguların olması, rutin laboratuvar testler, ekokardiyografi, elektrokardiyografi, kullanılan ilaçlar, hastanın hemodinamik durumu, fiziksel aktivite kapasitesi ve hastaneye yatış sıklığı gibi birçok klinik durumun değerlendirilmesi yüksek riskli hastaların tespit edilmesinde

önemli bir rol oynamaktadır (59). KY hastalarında semptom yükünün fazla olması genellikle KY'nin diğer sistemlere etkilediğini de gösterir ve bu durum hastalığın hasta üzerindeki olumsuz etkisinin daha da kötüleşmesine yol açar (51,52). KY hastalığına sahip kişilerde hastalık yönetiminin yetersiz olması, uygun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmaması ve buna bağlı olarak KY'ye bağlı hastaneye yatış sayısının artması mortalite riskini artıran en önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır (50,51). EF değerinin azalması, sol ventriküler diyastol sonu hacminin daha büyük olması ve sekonder mitral yetersizlik gelişmesi gibi durumlar olumsuz prognoz için önemli göstergelerdir (50,59).

2.9. Kalp Yetersizliğinde Tedavi

Kalp yetersizliğinde tedavi sürecindeki temel hedef, hastada meydana gelen belirti ve bulguları hafifletmek, prognozun olumsuz etkilenmesini önlemek, hastaneye yatış sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmaktır (46). Dünya genelinde KY tedavisinde ACC/AHA'nın geliştirdiği kılavuz sıklıkla tercih edilmektedir. Bu kılavuza göre tedavi genellikle farmakolojik tedavi, cerrahi ve cihaz tedavisi ana yöntemleri oluşturmaktadır (60,61). Bunların yanında non-farmakolojik yöntemler de hastalık sürecinin daha başarılı yönetilebilmesi için kullanılan diğer seçeneklerdir (61). Tedavi planlaması genellikle kişiye özgü yapılır. Hastanın ACC/AHA KY sınıflandırmasındaki evresi veya NHYA KY sınıflandırmasındaki sınıfına göre tedavi planlaması oluşturulur (60). Bunların yanında mevcut ek hastalıklar, yaşam tarzı gibi birçok durum da göz önüne alınarak tedavi süreci devam ettirilir (46,60).

2.9.1 Kalp Yetersizliği Tedavisinde Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliği tedavisinde farmakolojik tedavinin çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Tedavide; Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ), Anjiotensin II Reseptör Blokerleri (ARB), aldosteron antagonistleri, beta-blokörler, ivabradin, hidralazin ve isosorbid dinitrat ve digoksin türü ilaçlar hastanın durumuna göre tercih edilebilmektedir (61).

2.9.1.1. Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri, anjiotensin II oluşmasını baskılar, arter ve venlerde vazodilatasyon etkisi göstererek periferik damar direncinde azalmaya sebep olur, kalbe dönen venöz kan miktarını azaltır, sağ atriyum basıncını düşürür, pulmoner arterlerdeki basıncı düşürür ve pulmoner konjesyonun azalmasına sebep olur (66). Özellikle düşük EF'li KY'de ilk olarak tercih edilen ilaç grubudur (66). ADEİ'nin; kalp yetersizliğinde görülen semptomlar, hemodinami ve ventriküler disfonksiyonun yanı sıra mortalitenin de iyileştirilmesindeki faydalı etkilerini gösteren çeşitli klinik çalışmalar gerçekleştirilmiştir (62-64). Bu çalışmalarda ADE inhibitörü ile tedavi edilen hastalarda kontrol grubuna göre %25 daha az mortalite olduğu saptanmıştır. Ayrıca iskemik olmayan kardiyomiyopatilerde ve MI sonrasında ACC/AHA sınıflamasına göre Evre B olanlarda da etkili bir ilaç grubu olduğu gösterilmiştir (64,65).

2.9.1.2. Anjiotensin II Reseptör Blokörleri

Anjiotensin II Reseptör Blokörleri, genellikle ADE inhibitörlerinin tolere edilemediği durumlarda tercih edilmektedir (67). ADE inhibitörleri ile kullanımının mortalite ve advers etki riskini artırdığı da bildirilmektedir (61). Anjiyotensin II, Renin-Aldosteron-Anjiyotensin sistemindeki en önemli hormonlardan biridir. Arteriyollerde vazokontrüktif etki yapar ve renal efferent arteriyoller üzerinde etkili olur. Aldosteron salınımını uyarır, sempatik sinir terminallerinden nöradrenalin salınımını tetikler (38). Böylece intraglomerüler basınç ve glomerüler filtrasyon yükselir, bu da hidrostatik basıncın azalmasına ve onkotik basıncın artmasına ve dolayısıyla peritübüler kılcal damarlara sodyum ve sıvı geri emilimine neden olur. ARB; kalp yetersizliğinde, anjiotensin II etkilerini engeller ve vazodilatasyonla birlikte kan basıncının düşmesine sebep olur. Kalp ve böbrek sağlığının korunmasında da etkili bir ilaç grubu olduğu bildirilmektedir (38).

2.9.1.3. Aldosteron Antagonistleri

Aldosteron antagonistleri, sodyum ve su retansiyonunu azaltarak ödem oluşumunun azalmasında rol oynar (41). Güncel kılavuzlar, serum kreatinin değeri 2,5 mg/dL'den düşük olan (veya tahmini glomerüler filtrasyon hızı >30 mL/dak/1,73 m^2), yakın zamanda kötüleşme göstermeyen ve serum potasyum değeri 5,0 mEq/L'den düşük olan ve ciddi hiperkalemi öyküsü bulunmayan hastalarda aldosteron antagonistlerinin kullanılmasını önermektedir (41).

2.9.1.4. İvabradin, Hidralazin ve İsosorbid Dinitrat

Ivabradin, sinoatriyal düğüme etki eden bir inhibitördür (61). Karışık bir sodyum-potasyum içe akımı olan bu akım, sempatik sinir sistemi tarafından aktive edilerek kalp pili aktivitesinin ve kalp hızının artmasına neden olur. İvabradin ile inhibisyon, kalp hızında ve miyokardiyal oksijen ihtiyacında azalma ile sonuçlanır (61). 2010 yılında etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada ivabradin, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm ve KY hastaneye yatış oranında %18'lik bir azalma gösterdiği belirtilmiştir (68). Hidralazin ve İsosorbid Dinitrat genellikle kombine bir şekilde KY hastalarına uygulanmaktadır (61). Gerçekleştirilen bir çalışmada bu kombinasyon tedavisinin sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda ve egzersiz kapasitesinde artışa ve orta derecede anlamlı bir şekilde mortalite oranlarında azalmaya sebep olduğu belirtilmiştir (69).

2.9.1.5. Digoksin

Digoksin, sodyum-potasyum ATPaz'ı inhibe ederek sodyum konsantrasyonlarının artmasına neden olan ve sodyum-kalsiyum dönüştürücü etkisiyle hücre içi kalsiyumu artıran bir kardiyak glikozittir (61). Digoksin uzun süredir KY tedavisinde kullanılmaktadır (70). Digoksin'in KY'de morbidite ve mortalite üzerindeki etkisini değerlendirmek için randomize, plasebo kontrollü olarak gerçekleştirilen çalışmada genel olarak digoksinin mortaliteyi azaltmadığı fakat KY'ye bağlı hastaneye yatış oranlarında azalmaya yol açtığı bildirilmiştir (70).

2.9.1.6. Diüretikler

KY'de en sık kullanılan diüretik ilaçlar; tiyazid grubu, loop diüretikleri ve potasyum tutan diüretiklerdir (73). Bu ilaç grubu su ve sodyumun atılmasını kolaylaştırarak ve KY'ye bağlı gelişen dispne ve ödem tablolarını hafifletir. Diüretik ilaçlar, hipopotasemi, glukoz intoleransı, hiperürisemi, hiperkolesterolemi gibi yan etkiler gösterebilmektedir (73). Diüretik tedavisinin ilk uygulama basamağında potasyum ve kreatinin değerlerinin dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Diüretik kullanan hastalarda günlük kilo takibi, aldığı çıkardığı takibi yapılması gerekmektedir (73).

2.9.2. Kalp Yetersizliğinde Cerrahi Yöntemler ve Cihaz Tedavisi

Kalp yetersizliği hastaları mortalite açısından büyük risk altındadır (3). Cerrahi tedavi yöntemleriyle KY'nin altta yatan nedenlerini yok etmek, fonksiyonel kapasiteyi korumak ve kapasiteyi artırmak amaçlanmaktadır (33). Kullanılan cerrahi yöntemler; Koroner Arter ByPass Grefti (KABG), kalp kapağının değiştirilmesi, ventrikül anevrizmanın çıkartılması, (varsa) arteriyovenöz fistülün kapatılması ve kalp transplantasyonudur (66). En sık kullanılan cerrahi yöntem ise KABG'dir (33,66). Kalp yetersizliği hastalarının mortalite ve morbite oranlarının yüksek olması sebebiyle son yıllarda implante edilebilen kardiyoverter-defibrilatorler (Implantable Cardioverter-Defibrillators-ICD) veya kardiyak resenkronizasyon terapisi (Cardiac Resynchronization Therapy-CRT) gibi cihaz tedavilerinin son derece etkin olduğu ve kullanım oranlarının da artış gösterdiği bildirilmektedir (41). ICD uygulaması, özellikle ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyonu belirleyerek düzeltirken, CRT uygulaması ise ventriküler dissenkronizasyonu düzelterek belirti ve bulguları iyileştirmede, hastaneye yeniden yatış oranlarının azaltılmasında, egzersiz kapasitesinde artışta, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde ve ölüm oranlarının azaltılmasında etkin rol oynarlar (61,71). ICD ve CRT tedavilerinin gerçekleştirilebilmesi için, NHYA sınıflamasına göre sınıf III-IV olan ya da EF değeri %35'in altında olan hastaların daha uygun olduğu belirtilmektedir (72).

2.9.3. Kalp Yetersizliği Tedavisinde Non-Farmakolojik Yöntemler

KY tedavisinde non-farmakolojik yöntemler; hastaların fonksiyonel kapasitesinde artış, hastaneye yatış sıklığının azalması, morbidite ve mortalite oranlarının azalması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve tedavi sürecindeki olası komplikasyonların en aza indirilmesi gibi birçok etkisi bulunan psikososyal ve fizyolojik açıdan destek sağlanması için kullanılan bir tedavi metodudur (73). KY tedavisinde, diyet ve sosyal alışkanlıkların düzenlenmesi, dinlenme ve egzersiz, seyahat planlaması, cinsel aktivite ve bağışıklama gibi birçok durumda non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (73).

2.9.3.1. Diyet ve Sosyal Alışkanlıkların Düzenlenmesi

Ciddi KY bulunan hastalarda, günde 1.5-2 lt. sıvı kısıtlaması semptomları ve konjesyonu azaltmak için düşünülebilmektedir (73). Hafif ve orta düzeyde semptomatik olan hastalarda rutin sıvı kısıtlamasının faydalı olmadığı belirtilmektedir. Kiloya göre sıvı kısıtlaması uygulanması daha az susamaya sebep olabilmektedir (73,74). Bu kısıtlama normal KY hastaları için 30 ml/kg iken 85 kilo ve üzeri hastalar için 35 ml/kg olarak uygulanmaktadır. Sınıf III ve IV semptomatik KY hastalarında sodyum alımının <2 g/gün ile sınırlandırılması konjesyon belirti ve bulgularını kontrol etmeye yardımcı olmaktadır (74,75). Besin tercihlerinde, içinde katkı maddesi bulunan besinler yerine taze sebze ve meyvelerin tercih edilmesi, salam, sosis, sucuk gibi besinlerin tüketilmemesi, az az ve sık sık beslenmesi gerektiği ve dengeli beslenmenin önemi tedavide vurgulanmalıdır (73). Sigarayı bırakmanın önemi belirtilmeli ve alkole bağlı kardiyomiyopatisi olan hastalarda alkolün tamamen kesilmesi gerektiği belirtilmelidir (73-75).

2.9.3.2. Dinlenme ve Egzersiz

Egzersiz eğitiminin KY hastalarında egzersiz toleransını, yaşam kalitesini, mortalite ve morbidite oranlarını ve hastaneye yeniden yatış oranlarını iyileştirdiği bildirilmektedir (75). Egzersizin önemi ve nasıl yapılacağının hastaya anlatılması gerekmektedir. Boş zaman değerlendirme, iş, eğlence ve spora yönelik önerilerde

bulunulmalıdır. Aktivite programını uygularken, yokuş, merdiven çıkma gibi yorucu aktivitelerde sık sık dinlenme periyotları ayarlamanın önemli olduğu konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (73).

2.9.3.3. Seyahat Planlaması

KY hastalarının seyahate çıkarken dikkat etmesi gereken durumlar bulunmaktadır (73). Bunlar; hastanın seyahat ederken tıbbi özgeçmiş bilgilerini ve kullanılan ilaçlarını içeren bir raporu yanında bulundurması, özellikle sıcak iklimlerde ve uçuşlarda sıvı alımını takip etme ve uyum sağlama konusunda dikkatli olmaktır (73).

2.9.3.4. Cinsel Aktivite

Cinsel ilişkide bulunmanın iki kat merdiven çıkmayla aynı aktivite düzeyinde olduğu belirtilmektedir. KY hastalarının eforlu cinsel ilişkiden kaçınması gerekmektedir. Cinsel yaşam problemleri ve başa çıkma yolları sağlık profesyonelleriyle tartışılmalıdır (73).

2.9.3.5. Bağışıklama

KY hastalarının nezle, grip gibi bulaşıcı hastalığı olan hastalarla yakın temasta bulunmaması gerekmektedir. Bu konuda bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Ayrıca güncel kılavuz önerilerine uygun influenza ve pnömokok aşılarını yaptırmanın önemi konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (73).

2.10. Kalp Yetersizliği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin sağlığını etkileyebilen bütün davranışları kontrol altında tutmaları, günlük yaşam aktivitesi düzenlemelerinde sağlıklarını iyileştirmeye yönelik davranışları benimseyerek uygulamaya geçirmeleridir (76). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıysa, ‘‘kişinin kendi iyilik düzeyini korumasına ve

yükseltmesine hizmet eden davranışlar'' olarak tanımlanmaktadır ve genellikle altı ana başlık altında incelenmektedir (76,77). Bu başlıklar sırasıyla; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir. Özellikle yaşam tarzı kaynaklı ortaya çıkan KY gibi kronik hastalıkların ve bu hastalıkların sebep olduğu ölümlerin engellenmesi için kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum sağlaması gerekmektedir (76,77). Bu davranışların kazanılmasının, bireylerin kendileri ve hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması, bununla birlikte kronik hastalıkların engellenmesi, hastaneye tekrarlı yatışların azaltılması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gibi birçok noktada büyük önem taşıdığı belirtilmektedir (76-78).

2.10.1. Sağlık Sorumluluğu

Kişilerin, bedensel, zihinsel, manevi ve sosyal açıdan iyilik halinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla kendi sorumluluklarının bilincinde olması ve bunları yerine getirmesi, ''Sağlık Sorumluluğu'' olarak tanımlanmaktadır (77). Kişinin vücudunda meydana gelen normal olmayan durumları anlaması, kendini tanıması, düzenli olarak sağlık kontrollerini gerçekleştirmesi, sağlığıyla ilgili güncel bilgi kaynaklarını takip etmesi ve sürekli kendi bilgilerini tazelemesi ve sonuçta sağlığı koruyucu tedbirleri alarak iyilik halini devam ettirebilmesi, kişinin sağlık sorumluluğu kapsamındadır (77,79).

2.10.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından üretilen ve temel metabolizma hızının üzerinde bir enerji harcamasına neden olan herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır (80). Bireylerin fiziksel olarak hareketsiz olması ile obezite arasında bir ilişki olduğu belirtilirken aynı zamanda bu bireylerin hem genç hem de yaşlı popülasyonlarda kalp yetersizliği riskinin de daha yüksek olduğu bildirilmektedir (81,82). Düzenli olarak egzersiz yapılmasının, diyabet ve hipertansiyon gibi KY için risk faktörü oluşturan hastalıkların önlenmesi açısından yarar sağladığı bildirilmektedir (83,84). Gerçekleştirilen meta-analiz çalışmalarında

KY hastalarında uygulanan egzersiz protokollerinin egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu, ayrıca düşük düzeyde de olsa mortalite ve hastaneye yatış sıklığı üzerinde de etkili olduğu gösterilmiştir (85,86).

2.10.3. Beslenme

Yaşamın her aşamasında ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı kalmanın ancak yeterli ve dengeli beslenmeyle sağlanabileceği bildirilmektedir (87). Beslenmenin sağlıklı bir şekilde olması için yeterli düzeyde ve dengeli biçimde gerçekleştirilmesi gerekmektedir (147). Bu bağlamda, günlük alınan besinlerin kalori miktarı yeterli olmalı, protein barındırmalı, mineral ve vitamin açısından zengin olmalı ve bol posalı olmalıdır (147). Çok fazla aç kalmaktan ve aşırı yemekten kaçınarak, kişinin yaşına, cinsiyetine, gerçekleştirilen aktiviteye, içinde bulunduğu gelişimsel döneme göre ideal bir şekilde yeterli ve dengeli beslenmesi için, yemeklerini günde üç ana öğün ve bir veya iki ara öğün şeklinde tüketmesi, yiyecekleri iyi çiğneyerek yavaş bir şekilde yemesi, öğün atlamaması, günlük yağ, şeker ve tuz tüketimini belirli sınırlar içerisinde tutması, posalı yiyecek tüketimini artırması ve her gün düzenli olarak kahvaltı yapması tavsiye edilmektedir (87).

2.10.4. Manevi Gelişim

Maslow'un tanımına göre kendini gerçekleştirme, bireyin tam anlamıyla odaklanarak ve özümseyerek yaşamını coşkuyla ve heyecanla yaşamasıdır (79). Kendini gerçekleştiren diğer bir deyişle psikolojik açıdan sağlıklı olan kişiler kendilerini olduğu gibi kabul edip kendilerinden de şikâyet etmezler. Sağlık için manevi boyut, kişinin yaşamına anlam atfetmesi, ölümü kabullenmesi, yaşama ümidi ihtiyacını ve daha fazla güce yönelik inancı ve güven hissiyatı ihtiyacını ifade eder (79). Manevi gelişim, ağrı ve anksiyeteyi hafifletir, kişinin zihinsel, fiziksel ve ruhsal anlamda rahatlığa ulaşmasını sağlar ve iletişimi pozitif anlamda etkiler. Manevi gelişimin sağlık, iyilik hali ve yaşam kalitesine önemli etkileri bulunduğu bildirilmektedir (79,88).

2.10.5. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, kişilerin birbirleri ile olan ikili veya grup ilişkilerinin sonucunda ortaya çıkan ve sağlığın geliştirilmesinde büyük önemi olan bir olgudur (77). Kişilerarası ilişki süreçlerinde destek veren kişiler, şartsız bir yaklaşım içerisinde ve güven veren bir tutum sergileyerek iletişimin ve yardımın nitelikli olmasını sağlarlar (87). Kişiler, hayatın belirli dönemlerinde hastalık veya sakatlık sebebiyle kontrol kaybı yaşayabilmekte, beden algısında, rolünde ve ilişkilerinde değişiklikler yaşayabilmektedirler (88). Böyle dönemlerde kişilerin ailesinden ya da yakın çevresinden destek alması sorunun algılanmasında ve baş edilmesinde daha başarılı sonuçlar vermektedir (87,88).

2.10.6. Stres Yönetimi

Stres, kişilerin iç ve dış ortamındaki değişiklikleri tehlike unsuru veya tehdit olarak algıladığı, bunlara uygun baş etme yöntemlerini kullandığında uyum sağlayabildiği ve dengeyi sürdürebildiği fakat uygun baş etme yöntemlerini kullanamadığında uyumunun ve dengesinin sekteye uğradığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (77,87). Stresin etkili bir şekilde yönetilmesi için problem çözme becerilerinin ve savunma mekanizmalarının aktif olarak kullanılması gerekmektedir. Bir tehdit altında, vücut kan dolaşım sistemine adrenali ve diğer stres hormonlarını salgılar. Stresin sonucunda, vücutta kalp atışı hızlanır, kan basıncı artar ve kaslarda gerilme ortaya çıkar. Stres tablosunun uzamasına bağlı olarak, organ ve sistemlerin fonksiyonlarında birtakım bozulmalar ortaya çıkar ve enfeksiyonlara veya kronik hastalıklara yatkınlık da artar (77,87,88).

2.11. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kişiden kişiye değişen bir olgudur. Kişilerin içerisinde bulunduğu sosyokültürel yapıdaki beklentileri, amaçları ve yaşam standartlarının hayatlarındaki yeriyle ilgili olan algılarıdır (89). Sağlıkla ilişkili olan yaşam kalitesiyse kişilerin fiziksel, ruhsal ve zihinsel açıdan algıladıkları sağlık durumlarıdır (89). KY hastalarının semptom yükü arttıkça yaşam kaliteleri de düşmektedir. NYHA

sınıflandırma yöntemine göre sınıf I'deki hastaların herhangi bir fiziksel kısıtlaması veya semptomu bulunmazken sınıf IV'teki hastalarda bir aktivitede bulunmadan bile dispne, yorgunluk gibi belirtiler kendini göstermektedir (89). Yapılan bir çalışmada NYHA sınıflandırmasına göre, hastaların sınıflaması arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir (91). Bu bağlamda, KY hastalarının, hastalık şiddeti, yaşadıkları semptomlar, hastaneye yatış sayıları gibi birçok durumun olumsuz olması yaşam kalitesini de ciddi şekilde etkilemektedir (94).

KY hastalarının birçoğunda birden fazla ek hastalık ve yine birçoğunda depresyon anksiyete veya diğer psikiyatrik hastalıklar eşlik etmektedir (91). KY hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ek hastalıkların başında ise diyabet, hipertansiyon ve KOAH gibi hastalıklar bulunmaktadır (91).

Depresyon, KY hastalarında yaşam kalitesinin düşmesine sebep olan ciddi bir psikiyatrik hastalık olarak öne çıkmaktadır (92). KY, tanı konulduktan sonraki süreçte hastanın ömrünü yılda ortalama olarak 1 ay azaltan, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (93). Gelişen tıbbı tedaviler ve implante edilen cihazlar hastaların yaşam kalitesinin korunmasına veya iyileştirilmesine yardımcı olsa da KY ilerledikçe yaşam kalitesinin düşmesi de kaçınılmaz olabilmektedir (95).

2.12. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, klinik rehberlerin öncülüğünde, kanıta dayalı uygulamalarla KY hastalığına sahip bireylerin daha başarılı bir semptom yönetimine sahip olmasında, hastalığın günlük yaşam aktiviteleri üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin kontrol altında tutulmasında ve kardiyak fonksiyonların en iyi seviyeye getirilmesinde önemli rol oynarlar (96). KY, farmakolojik, non-farmakolojik, cerrahi ve cihaz tedavileri sürecinde multidisipliner iş birliğini gerektiren karmaşık bir hastalıktır (96). KY hastalığının yönetilmesinde hemşireler genellikle hastalar için gerçekleştirilen planlamalarda iş birliği içinde çalışılmasına katkı sağlar. Hemşireler, diğer ekip üyeleri ile KY hastalarının tüm fiziksel sınırlılıklara rağmen fonksiyonel kapasitesinin en üst seviyede tutulmasına yardımcı olur, hastaların semptom yüklerini fark ederek tanımalarına ve fiziksel aktivite düzeylerini dengede tutmalarına olanak sağlar (99).

Rehabilitasyon sürecinde hemşirelerin; eğitici rolü, araştırmacı rolü, bakım koordinatörlüğü rolü, hasta haklarını savunucu rolü, danışmanlık rolü ve bakım verme rolü gibi birçok önemli rolü bulunmaktadır (96). Hemşireler bu rollerini aktif bir şekilde kullanarak hastaların semptomlarını hafifletmek, fonksiyonel kapasitesini artırmak, hastaneye yatış oranlarını azaltmak, günlük yaşam aktivitelerinde hastanın sorumluluk alabilmesini sağlamak, öz-bakım ihtiyaçlarını gidermek, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak gibi birçok noktada kullanmaktadır (96). Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımının temel amaçları; kardiyopulmoner fonksiyonları en üst düzeyde tutmak, hastaların dinlenmesini sağlamak, tedavi sürecini değerlendirmek, hastalığa uygun diyete uyum sağlamalarına yardımcı olmak ve hasta ile ailesine eğitim vermektir (97,98).

Hastaların kardiyak rehabilitasyonunun sağlanabilmesi için gerekirse hasta yakınlarının da dahil edildiği hastaya özgü eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitiminin, bu konuda uzmanlaşmış hemşireler tarafından yapılması gerekir (107). Hasta eğitimi içeriği hastanın, hastalık özellikleri ve kişisel özelliklerine göre planlanmalıdır. KY olan hastalarda semptomların başarılı yönetimi, fonksiyonel kapasitenin korunması, tedavi sürecinin etkili bir şekilde yönetilmesi, öz-bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, hastaneye yatış sayılarının azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gibi konuları içermelidir. Hastaların hastaneden taburcu olurken taburculuk planlamasının yapılması da hemşirelerin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. KY olan hastalarda taburculuk sonrası, hastaların belirli aralıklarla kontrollerine gelmeleri, ilaçlarını düzenli olarak kullanmaları, tolere edebileceği egzersizleri uygulamaları, hastalığa uygun yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamaları, semptomların yönetiminde neler yapacaklarını bilmeleri, hangi durumlarda hastaneye başvurmaları gerektiğinin bilmeleri gibi birçok konu hakkında eğitimlerin hemşireler tarafından düzenlenmesi gerekmektedir (73,107).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Kardiyoloji klinikleri 2 katta toplam 5 servis ve 94 yataktan oluşmaktadır. 4'ü Profesör, 16'sı Doçent ve 13'ü Uzman olmak üzere toplam 33 hekim bulunmaktadır. Toplam 42 hemşire görev yapmakta 3 sorumlu hemşire bulunmaktadır. Görevli sağlık personelleri vardiyalı sistemde çalışmaktadır. Servislerin her birinde gündüz vardiyasında yatak sayısının doluluğuna göre 3 veya 4 hemşire görev alırken gece vardiyasında 2 hemşire görev almaktadır. Kliniklerde tedavi gören hastalar klinik özelliklerine göre gruplandırılarak servislere yatırılmaktadır. Hastaların genellikle dağılımı şu şekilde gerçekleşmektedir: Kardiyoloji 1 servisinde kalp yetersizliği hastaları, Kardiyoloji 2 ve Kardiyoloji 5 servislerinde koroner anjiografi yapılan hastalar, kardiyoloji 3 servisinde kalp kapakçık ameliyatı yapılan hastalar, kardiyoloji 4 servisinde aritmi hastaları yatmaktadır. Hastalar, kliniklerin yoğunluğuna göre farklı servislerde de hizmet alabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji servislerinde yatmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemini ise Kasım 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında Kardiyoloji servisinde yatan, araştırma dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bütün hastalar oluşturmuştur. Son bir yıl içinde Kardiyoloji servislerinde 1400 Kalp Yetersizliği olan hasta yatmış olup, tekrarlı yatışlar da göz önüne alınarak 1150 hasta

ile evreni bilinen araştırmalarda kullanılan örnekleme formülünden yararlanılmıştır. Örneklem sayısı %95 güven aralığı ve 0,05 yanılma payı göz önünde bulundurularak en az 288 hasta olarak hesaplanmış ve çalışma 288 hasta ile tamamlanmıştır.

Evreni Bilinen Örneklem Formülü: $n=N.t^2.p.q/d^2(N-1)+ t^2.(p.q)$

t: teorik dağılım tablosundan t değeri

N: Evrendeki birey sayısı

n: Saptanacak optimum örneklem büyüklüğü

p: İncelenen olayın görülme sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı

d: Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması (161).

$n=1150.(1,96)^2.(0,5).(0,5)/(0,05)^2.(1150-1)+ (1,96)^2.((0,5).(0,5)) = 288.$

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üstünde olan,
- Kalp yetersizliği tanısını en az 6 ay önce almış olan,
- NYHA sınıflaması II, III veya IV olan,
- Bilinci açık, oryante ve koopere ve
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Bilişsel durumu ve iletişimi etkileyen nörolojik (Alzheimer, SVO gibi) tıbbi tanısının olması.
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olan ve
- İletişim problemi bulunan (Türkçe bilmemek vs.) hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri Ekim 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanarak doldurulmuştur. Her bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastaların sosyodemografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerini içeren 'Hasta Tanıtım Formu'(EK-1), Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilebilmesi için 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'(EK-2), hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için 'MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi' (EK-3) kullanılmıştır.

3.6.1.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen literatür taramasıyla (11,89,96) geliştirilmiş olan soru formu, tanımlayıcı özellikler taşımaktadır. Bu form; hastanın bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim düzeyi vs.), tıbbi bilgileri ve yaşam şekli ile alakalı 21 sorudan oluşmaktadır.

3.6.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBDÖII)

Walker ve ark. (1996) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını 2008 yılında Bahar ve ark. gerçekleştirmiştir (100,101). Ölçek toplamda 52 madden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir. Manevi gelişim (9 madde: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52); bireyin yaşamdaki amaçlarını, bireysel olarak ruhsal gelişim kabiliyetini ve memnuniyetini belirlemektedir. Sağlık sorumluluğu (9 madde: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51); bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini göstermektedir. Fiziksel aktivite (8

madde: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46); egzersiz uygulamalarının kişi tarafından uygulanma düzeyini ifade etmektedir. Beslenme alışkanlığı (9 madde: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50); bireyin besin seçimindeki değerlerini, besin seçimi ve öğünlerini düzenleme değerlerini göstermektedir. Kişiler arası ilişkiler (9 madde: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49); bireyin sosyal çevresiyle kurduğu iletişimini belirlemektedir. Stres yönetimi ise (8 madde: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47); bireyin stres kaynaklarını tanıma ve kontrol mekanizmalarını göstermektedir. Ölçeğin derecelendirmesi Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3) ve düzenli olarak (4) şeklinde 4'lü likert tipindedir. Ölçek toplam puan hesaplanarak değerlendirilebildiği gibi her alt boyut tek başına hesaplanarak da değerlendirilebilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin belirtilen sağlık davranışını uygulama düzeyi de yükselmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan; en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir. SYBDÖ-II'nin Cronbach alfa katsayısı Bahar ve ark. geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ,92 olarak belirlenirken, alt boyutların alfa güvenirlik katsayısı 0,64-0,79 arasında olduğu belirlenmiştir (101). Çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,93, alt boyut puanları cronbach alfa katsayısı ise 0.59-0.82 arasında olduğu tespit edilmiştir.

3.6.1.3. MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew anketi kalp hastalığı olan hastaların hastalık semptomlarını ve değişen durumlarını güvenilir bir şekilde karşılaştırmayı sağlayan sağlıkla ilgili yasam kalitesinin değerlendirilebilmesi için kullanılan hastalığa özgü uluslararası bir ankettir (102). Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Daşkapan ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (103). MacNew; kişilerin fiziksel, emosyonel, sosyal fonksiyonlar ve günlük aktivitelerinin kalp hastalığından nasıl etkilendiğinin belirlenmesi için oluşturulmuştur (104). Ankette toplam 27 soru ve fiziksel sınırlılık, emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Alt boyut puanları sorulara verilen cevapların ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Her bir alt bölüm için ve toplam olarak en düşük 1 en yüksek 7 puan alınmaktadır. Alınan puanın yükselmesi yaşam kalitesinin de yükseldiğini ifade etmektedir (105). Fiziksel sınırlılık alt boyutu ortalama puanı 6., 9., 12., 14., 16., 17., 19., 20., 21., 24., 25., 26. ve 27. soruların puanları toplanıp 13'e bölünmesiyle,

emosyonel fonksiyon alt boyutu ortalama puanı 1.8., 10, 12, 13, 15., 18. ve 23. soruların puanları toplanıp 14'e bölünmesiyle, sosyal fonksiyon alt boyutu ortalama puanı 2., 11., 12., 13., 15., 17., 20.-27. soruların puanları toplanıp 14'e bölünmesiyle ve Macnew global (Ölçeğin toplam puan ortalaması) 27 sorunun puanlarının toplanıp 27'ye bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Alphin ve ark. çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak belirlenmiş, alt boyutların Cronbach alfa katsayısı ise 0,90 ile 0,96 arasında olduğu bildirilmiştir (106). Çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak bulunmuş, alt boyutların Cronbach alfa katsayısı ise 0,86 ile 0,92 arasında olduğu belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadaki istatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 22) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bulguların değerlendirilmesinde, frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluğun tespit edilebilmesi için Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) değerleri analiz edilmiştir. Normal dağılıma uyan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun olarak, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında ise "ANOVA" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya üçten fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında varyansların homojen olması durumunda Tukey testi, homojen olmaması durumunda ise Tamhane's T2 testi uygulanmıştır. Varyansların homojen dağılıp dağılmadığı ise Levene testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ2-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya üçten fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmeli Mann- Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olan ölçüm değerlerinin birbirleriyle incelenmesinde ''Pearson'' korelasyon

katsayısı normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'nin, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi'nin toplam puanını yordama düzeyi, gerçekleştirilen Basit Doğrusal Regresyon Analizleri ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmadaki Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Araştırmaya katılan hastaların SYBDÖII Ölçeği ve MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi'nden aldıkları puanlar araştırmadaki bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmaya dahil olan hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri araştırmadaki bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla Çukurova Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı (2023/137) (EK-5) ve çalışmanın gerçekleştirildiği yerden yazılı kurum izni (EK-6) alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara; araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü ve yazılı bir şekilde bilgilendirilmiş gönüllü olur (EK-7) alınmıştır.

4. BULGULAR

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler tablo 5' te gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n=288)	**n**	**%**
Yaş [$\bar{X} \pm$ S.S: 68,60 $\pm$ 12,85]		
60 yaş ve altı	68	23,6
61-70 yaş	84	29,2
71-80 yaş	82	28,4
81 yaş ve üzeri	54	18,8
Cinsiyet		
Kadın	109	37,8
Erkek	179	62,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	45	15,6
Okuryazar	51	17,7
İlkokul	142	49,3
Ortaokul	16	5,6
Lise	27	9,4
Üniversite ve üzeri	7	2,4
Medeni Durum		
Evli	203	70,5
Bekar	19	6,6
Eşi vefat etmiş	66	22,9
Meslek		
Memur	4	1,4
İşçi	7	2,4
Ev Hanımı	71	24,7
Emekli	149	51,7
Serbest Meslek	8	2,8
Çalışmıyor	49	17,0
Aylık Gelir Düzeyi		
Gelir giderden fazla	8	2,8
Gelir gidere eşit	107	37,1
Gelir giderden az	173	60,1
Birlikte yaşadığınız kişi/kişiler		
Eş	115	39,9
Çocuk	54	18,8
Eş ve çocuk	83	28,8
Yalnız	28	9,7
Diğer	8	2,8
Yaşadığı Yer		
İl	199	69,1
İlçe	59	20,5
Köy	30	10,4
Sigara Kullanımı		
Evet	63	21,9
Hayır	147	51,0
Bırakmış	78	27,1
Alkol Kullanımı		
Evet	8	2,8
Hayır	243	84,4
Bırakmış	37	12,8

Tablo 4.1'e göre çalışmaya 288 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 68,60 olduğu ve %29,2'sinin 61-70 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Hastaların %62,2'sinin erkek, %49,3'ünün ilkokul mezunu ve %70,5 evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %51,7'sinin emekli, %60,1'inin aylık gelir düzeyinde gelirin giderden az olduğu, %39,9'unun eşiyle birlikte yaşadığı, %69,1'inin ilde yaşadığı, %51'inin sigara kullanmadığı ve %84,4'ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların hastalıklarıyla ilişkili özelliklerin dağılımı

Değişken (n=288)	N	%
KY tanısından itibaren geçen süre		
6 ay-11 ay	104	36,1
1-3 yıl	64	22,2
4-6 yıl	42	14,6
7-10 yıl	35	12,2
10 yıldan fazla	43	14,9
KY nedeniyle son 1 yılda polikliniğe başvuru sayısı		
0-1 kez	122	42,4
2-3 kez	68	23,6
4-5 kez	54	18,8
6+ kez	44	15,2
KY nedeniyle daha önce hastaneye yatış durumu		
Evet	130	45,1
Hayır	158	54,9
Ek Kronik Hastalık		
Yok	57	19,8
Var	231	80,2
Ailede KY olma durumu		
Yok	131	45,5
Var	157	54,5
Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu		
Evet	50	17,4
Hayır	238	82,6
KY hastalık sınıflaması		
Sınıf II	62	21,5
Sınıf III	134	46,6
Sınıf IV	92	31,9
Şu anki sağlık durumunun yorumlanması		
Çok Kötü	98	34,0
Kötü	105	36,5
İyi	67	23,3
Çok iyi	18	6,2
Ejeksiyon Fraksiyon değeri		
25 ve altı	66	22,9
26-35	91	31,6
36-49	84	29,2
50 ve üzeri	47	16,3

Tablo 4.2. incelendiğinde, hastaların %36,1'inin kalp yetersizliği tanısını 6 ay-11 ay önce aldığı, %42,4'ünün kalp yetersizliği sebebiyle polikliniğe 0-1 kez başvurduğu ve %54,9'unun kalp yetersizliği sebebiyle daha önce de hastaneye yattığı belirlenmiştir. Hastaların %80,7'sinde ek kronik hastalık olduğu, %54,5'inin ailesinde kalp yetersizliği olduğu ve %82,6'sının sağlık kontrollerine düzenli olarak gelmediği tespit edilmiştir. Hastaların kalp yetersizliği hastalık sınıflamasına göre %46,5'inin sınıf III düzeyinde olduğu, %36,5'inin şuanki sağlık durumunu kötü olarak yorumladığı ve hastaların %31,6'sının EF değerinin 26-35 aralığında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. SYBDÖII ve Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ilişkin bulguların dağılımı

Ölçekler (n=288)		**Ortalama±S.S**	**[Medyan]**	**(Min.-Max.)**
SYBDÖII	Sağlık Sorumluluğu	17,72±3,96	17,00	(9,00-32,00)
	Manevi Gelişim	23,33±4,57	23,00	(12,00-36,00)
	Fiziksel Aktivite	11,15±3,52	10,00	(8,00-28,00)
	Beslenme Alışkanlığı	22,81±3,87	23,00	(13,00-34,00)
	Kişilerarası İlişkiler	21,55±4,75	22,00	(10,00-36,00)
	Stres Yönetimi	16,70±3,83	16,00	(8,00-29,00)
	SYBDÖII	113,26±20,15	111,00	(74,00-195,00)
MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi	Fiziksel Sınırlılık	2,78±1,24	2,61	(1,00-6,46)
	Emosyonel Fonksiyon	3,22±1,00	3,17	(1,00-6,07)
	Sosyal Fonksiyon	3,02±1,25	2,92	(1,00-6,43)
	Macnew Global	3,01±1,13	2,90	(1,17-6,24)

Hastaların ölçeklere ve alt boyutlarına verdikleri cevaplarla ilişkili bulgular tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişken(n=288)	n	*Sağlık Sorumluluğu*		*Manevi Gelişim*		*Fiziksel Aktivite*		*Beslenme Alışkanlığı*	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Yaş Grubu									
60 yaş ve altı[1]	68	18,60±4,15	18,00[5,00]	23,56±4,56	23,00[7,00]	11,60±3,22	11,00[5,00]	22,68±4,03	22,00[6,00]
61-70 yaş[2]	84	17,86±4,17	17,00[5,00]	23,36±4,12	23,00[7,00]	11,36±3,70	10,00[5,00]	23,35±4,04	23,50[5,00]
71-80 yaş[3]	82	17,84±3,83	17,00[5,00]	23,99±4,76	23,00[6,00]	11,26±3,98	10,00[5,00]	22,95±3,54	23,50[5,00]
81 yaş ve üzeri[4]	54	16,20±3,18	16,00[6,00]	22,00±4,82	21,50[6,00]	10,11±2,64	9,00[3,00]	21,94±3,82	22,00[5,00]
İstatiksel Analiz		F=3,934		F=2,166		χ^2=8,416		F=1,502	
Olasılık		**p=0,009**		p=0,092		**p=0,038**		p=0,214	
Fark		**[1-4]**				**[1-4]**			
Cinsiyet									
Kadın	109	17,10±3,48	16,00[4,00]	22,48±4,12	22,00[5,00]	10,13±2,38	9,00[4,00]	22,56±3,68	22,00[6,00]
Erkek	179	18,09±4,19	17,00[4,00]	23,85±4,77	23,00[7,00]	11,78±3,94	11,00[5,00]	22,97±3,99	23,00[6,00]
İstatiksel Analiz		t= -2,076		t= -2,489		Z=-3,432		t= -0,863	
Olasılık		**p= 0,039**		**p= 0,013**		**p=0,001**		p= 0,389	
Eğitim Durumu									
Okuryazar değil[1]	45	16,13±3,40	15,00[5,00]	21,80±4,45	21,00[5,00]	9,47±1,85	9,00[2,00]	21,38±3,58	21,00[6,00]
Okuryazar[2]	51	16,10±2,89	16,00[4,00]	22,27±4,51	22,00[6,00]	9,96±2,60	9,00[2,00]	22,20±3,83	21,00[5,00]
İlkokul[3]	142	17,93±3,86	17,00[4,00]	23,42±4,33	23,00[7,00]	11,39±3,34	10,50[4,00]	23,11±3,82	23,00[5,00]
Ortaokul[4]	16	17,88±2,06	17,50[4,00]	24,44±4,50	24,50[9,00]	11,56±2,30	11,50[3,00]	23,56±3,42	24,00[4,00]
Lise[5]	27	20,93±4,50	20,00[6,00]	25,67±4,71	24,00[5,00]	13,78±5,66	13,00[7,00]	24,19±4,48	24,00[4,00]
Üniversite[6]	7	22,71±5,40	24,00[11,00]	27,43±4,50	28,00[7,00]	14,86±3,93	14,00[9,00]	23,57±3,25	24,00[6,00]
İstatiksel Analiz		F=8,156		F=4,537		χ^2=35,217		F=2,572	
Olasılık		**p<0,001**		**p=0,001**		**p<0,001**		**p=0,027**	
Fark		**[1,2,3-5,6;2-3]**		**[1,2-5,6]**		**[1-3,5,6;2-5,6]**		**[1-5]**	
Medeni Durum									
Evli[1]	203	18,01±4,15	17,00[5,00]	23,66±4,55	23,00[7,00]	11,50±3,70	10,00[5,00]	23,06±3,91	23,00[6,00]
Eşi vefat etmiş[2]	66	16,50±3,29	16,50[5,00]	22,18±4,62	22,00[6,00]	9,86±2,31	9,00[3,00]	22,00±3,44	22,00[5,00]
Bekar[3]	19	18,79±3,15	18,00[5,00]	23,84±4,23	23,00[8,00]	11,95±4,07	11,00[5,00]	23,00±4,63	23,00[10,00]
İstatiksel Analiz		F=4,484		F=2,738		χ^2=12,472		F=1,894	
Olasılık		**p=0,012**		p=0,066		**p=0,002**		p=0,152	
Fark		**[1-2]**				**[1-2]**			

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Sağlık Sorumluluğu		*Manevi Gelişim*		*Fiziksel Aktivite*		*Beslenme Alışkanlığı*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Çocuk Sayısı									
0-2 Çocuk[1]	70	19,16±3,95	18,50[6,00]	23,93±4,32	23,50[6,00]	12,13±4,17	11,50[5,00]	23,51±4,20	23,50[5,00]
3-4 Çocuk[2]	123	18,01±4,22	17,00[5,00]	23,75±4,82	24,00[7,00]	11,43±3,56	10,00[6,00]	23,13±3,62	23,00[5,00]
5+ Çocuk[3]	95	16,28±3,10	16,00[4,00]	22,35±4,30	22,00[4,00]	10,07±2,59	9,00[3,00]	21,88±3,80	22,00[6,00]
İstatiksel Analiz		F=14,245		F=3,352		χ^2=14,539		F=4,384	
Olasılık		**p<0,001**		**p=0,036**		**p=0,001**		**p=0,013**	
Fark		**[1,2-3]**		**[1,2-3]**		**[1,2-3]**		**[1,2-3]**	
Meslek									
Memur[1]	4	17,25±2,21	17,00[5,00]	24,75±4,99	25,50[9,00]	11,25±2,21	11,00[4,00]	22,75±3,59	21,50[6,00]
İşçi[2]	7	20,71±5,49	22,00[10,00]	25,14±4,37	24,00[6,00]	11,86±3,80	11,00[9,00]	24,57±3,15	24,00[6,00]
Ev hanımı[3]	71	17,28±3,67	16,00[4,00]	22,94±4,06	22,00[4,00]	10,20±2,42	10,00[3,00]	22,49±3,61	23,00[6,00]
Emekli[4]	149	18,09±4,06	18,00[4,00]	23,74±4,63	24,00[7,00]	11,67±3,89	11,00[6,00]	22,99±3,97	23,00[5,00]
Serbest Meslek[5]	8	19,50±4,50	19,50[8,00]	25,88±4,70	25,50[6,00]	15,88±5,35	14,50[10,00]	23,63±5,60	24,00[11,00]
Çalışmıyor[6]	49	16,55±3,49	16,00[5,00]	21,84±4,80	21,00[6,00]	10,08±2,36	9,00[4,00]	22,35±3,78	23,00[6,00]
İstatiksel Analiz		F=2,476		F=2,225		χ^2=17,780		F=0,657	
Olasılık		**p=0,032**		p=0,052		**p=0,003**		p=0,656	
Fark		**[2-3;2,4,5-6]**				**[5-3,6]**			
Sosyal Güvence									
Var	224	18,10±4,04	17,50[5,00]	23,46±4,71	23,00[7,00]	11,43±3,79	10,00[6,00]	23,00±3,87	23,00[6,00]
Yok	64	16,39±3,38	16,00[5,00]	22,88±4,08	22,50[5,00]	10,17±2,12	10,00[4,00]	22,14±3,85	22,00[6,00]
İstatiksel Analiz		t= 3,084		t= 0,901		Z=-1,721		t= 1,576	
Olasılık		**p= 0,002**		p= 0,368		p=0,085		p= 0,116	
Aylık Gelir Düzeyi									
Gelir Giderden Fazla[1]	8	22,00±5,12	21,00[6,00]	26,25±5,23	26,00[6,00]	15,75±5,87	14,00[7,00]	25,50±4,30	24,50[5,00]
Gelir Gidere Eşit[2]	107	19,14±4,12	18,00[5,00]	24,33±4,75	24,00[6,00]	11,93±4,18	11,00[6,00]	23,54±3,71	24,00[5,00]
Gelir Giderden Az[3]	173	16,64±3,37	16,00[5,00]	22,58±4,28	22,00[6,00]	10,46±2,59	10,00[4,00]	22,24±3,85	22,00[6,00]
İstatiksel Analiz		F=20,347		F=6,757		χ^2=14,761		F=5,919	
Olasılık		**p<0,001**		**p=0,001**		**p=0,001**		**p=0,003**	
Fark		**[1-2,3;2-3]**		**[2-3]**		**[1,2-3]**		**[1-2,3;2-3]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.6. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Sağlık Sorumluluğu		*Manevi Gelişim*		*Fiziksel Aktivite*		*Beslenme Alışkanlığı*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Birlikte yaşadığınız kişi/ler									
Eş[1]	115	17,87±3,66	17,00[5,00]	23,59±4,44	23,00[7,00]	11,41±3,46	10,00[6,00]	23,26±3,62	24,00[5,00]
Çocuk[2]	54	16,37±3,37	16,00[5,00]	21,74±4,19	21,50[5,00]	9,89±2,36	9,00[3,00]	21,74±3,78	22,00[5,00]
Eş ve çocuk[3]	83	18,64±4,57	18,00[5,00]	24,16±4,92	24,00[6,00]	11,89±4,15	11,00[5,00]	23,02±4,22	22,00[6,00]
Yalnız[4]	28	17,07±3,54	17,00[4,00]	23,04±4,00	23,00[6,00]	10,50±3,28	9,50[4,00]	22,21±3,99	21,50[6,00]
Diğer[5]	8	17,38±4,50	15,50[7,00]	22,75±5,49	24,00[9,00]	10,63±2,50	10,00[5,00]	23,50±2,82	24,50[4,00]
İstatiksel Analiz		F=3,004		F=2,509		χ^2=12,063		F=1,725	
Olasılık		**p=0,019**		**p=0,042**		**p=0,017**		p=0,145	
Fark		**[2-3]**		**[2-3]**		**[2-3]**			
Yaşadığı yer									
İl	199	17,59±3,97	17,00[5,00]	23,13±4,27	23,00[6,00]	11,05±3,53	10,00[5,00]	22,59±4,09	22,00[5,00]
İlçe	59	18,10±3,96	18,00[5,00]	23,24±5,13	22,00[9,00]	11,58±3,98	10,00[5,00]	23,24±3,47	24,00[5,00]
Köy	30	17,80±3,97	17,00[6,00]	24,87±5,21	24,50[8,00]	11,00±2,40	11,00[4,00]	23,47±3,01	23,00[5,00]
İstatiksel Analiz		F=0,380		F=1,503		χ^2=0,860		F=1,116	
Olasılık		p=0,684		p=0,230		p=0,651		p=0,329	
Sigara Kullanımı									
Evet	63	17,56±3,51	17,00[3,00]	23,33±4,46	23,00[7,00]	11,41±3,27	10,00[4,00]	22,14±3,67	22,00[5,00]
Hayır	147	17,51±3,85	17,00[5,00]	23,22±4,40	23,00[7,00]	10,87±3,27	10,00[5,00]	22,70±3,69	23,00[5,00]
Bırakmış	78	18,24±4,47	17,00[6,00]	23,54±5,03	23,50[7,50]	11,47±4,13	10,00[6,00]	23,56±4,27	24,00[5,00]
İstatiksel Analiz		F=0,940		F=0,124		χ^2=0,860		F=2,492	
Olasılık		p=0,392		p=0,883		p=0,370		p=0,085	
Alkol Kullanımı									
Evet	8	20,88±4,42	20,00[8,00]	24,38±4,42	25,00[7,00]	11,38±4,30	9,00[8,00]	23,38±3,11	24,00[4,00]
Hayır	243	17,57±3,90	17,00[5,00]	23,28±4,57	23,00[7,00]	11,02±3,50	10,00[5,00]	22,69±3,89	23,00[5,00]
Bırakmış	37	18,03±4,09	17,00[4,00]	23,41±4,94	23,00[8,00]	12,00±3,50	12,00[6,00]	23,51±3,90	24,00[4,00]
İstatiksel Analiz		F=2,860		F=0,224		χ^2=3,253		F=0,815	
Olasılık		p=0,059		p=0,799		p=0,197		p=0,444	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Kişilerarası İlişkiler		*Stres Yönetimi*		*SYBDÖII Toplam*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Yaş Grubu							
60 yaş ve altı[1]	68	22,07±4,54	22,00[8,00]	16,16±3,48	16,00[5,00]	114,68±19,63	111,50[28,00]
61-70 yaş[2]	84	21,82±4,71	22,00[7,00]	16,77±3,81	16,00[5,00]	114,51±20,06	112,50[25,00]
71-80 yaş[3]	82	22,02±4,78	22,00[6,00]	17,32±4,00	17,00[4,00]	115,38±20,77	111,00[25,00]
81 yaş ve üzeri[4]	54	19,74±4,70	20,50[6,00]	16,33±3,95	16,00[5,00]	106,33±19,00	104,00[26,00]
İstatiksel Analiz		F=3,325		F=1,336		F=2,695	
Olasılık		**p=0,020**		p=0,263		**p=0,046**	
Fark		**[1,3-4]**				**[1,2,3-4]**	
Cinsiyet							
Kadın	109	20,76±4,39	21,00[6,00]	16,08±3,23	16,00[4,00]	109,11±17,208	108,00[23,00]
Erkek	179	22,03±4,91	22,00[7,00]	17,08±4,11	16,00[6,00]	115,79±21,405	114,00[28,00]
İstatiksel Analiz		t= -2,208		t= -2,281		t= -2,910	
Olasılık		**p= 0,028**		**p= 0,023**		**p= 0,004**	
Eğitim Durumu							
Okuryazar değil[1]	45	19,20±4,47	19,00[6,00]	15,87±3,21	16,00[3,00]	103,84±16,99	103,00[19,00]
Okuryazar[2]	51	20,08±4,07	20,00[5,00]	15,67±3,87	15,00[4,00]	106,27±17,65	104,00[23,00]
İlkokul[3]	142	21,99±4,51	22,00[7,00]	16,92±3,65	16,00[5,00]	114,75±18,81	112,50[25,00]
Ortaokul[4]	16	22,50±4,19	23,00[7,00]	16,88±3,57	18,00[5,00]	116,81±15,51	118,00[22,00]
Lise[5]	27	24,00±5,42	24,00[6,00]	17,78±4,60	18,00[5,00]	126,33±24,86	125,50[25,00]
Üniversite[6]	7	26,86±4,37	28,00[6,00]	20,71±4,88	21,00[8,00]	136,14±23,87	131,00[40,00]
İstatiksel Analiz		F=7,482		F=3,360		F=4,670	
Olasılık		**p<0,001**		**p=0,006**		**p<0,001**	
Fark		**[1-3,5,6;2-5,6]**		**[1,2-6]**		**[1-3,5,6;2-5,6;3-5,6]**	
Medeni Durum							
Evli[1]	203	21,95±4,73	22,00[7,00]	16,75±3,83	16,00[5,00]	114,93±20,51	112,00[29,00]
Eşi vefat etmiş[2]	66	20,27±4,55	21,00[6,00]	16,35±3,91	16,00[4,00]	107,17±17,74	108,50[27,00]
Bekar[3]	19	21,68±5,07	21,00[8,00]	17,37±3,59	16,00[5,00]	116,53±20,89	110,00[28,00]
İstatiksel Analiz		F=3,158		F=0,585		F=4,066	
Olasılık		**p=0,044**		p=0,558		**p=0,018**	
Fark		**[1-2]**				**[1-2]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Kişilerarası İlişkiler		*Stres Yönetimi*		*SYBDÖII Toplam*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Birlikte yaşadığınız kişi/ler							
Eş[1]	115	21,78±4,48	22,00[7,00]	17,00±3,74	16,00[5,00]	114,91±18,85	112,00[26,00]
Çocuk[2]	54	20,15±4,38	20,50[6,00]	15,93±3,56	15,00[4,00]	105,81±17,00	105,00[24,00]
Eş ve çocuk[3]	83	22,48±5,09	23,00[8,00]	16,83±4,14	16,00[6,00]	117,02±22,77	115,00[31,00]
Yalnız[4]	28	21,00±4,68	20,50[6,00]	16,43±2,88	16,50[4,00]	110,25±18,16	107,00[22,00]
Diğer[5]	8	19,88±5,81	21,00[11,00]	17,25±6,13	17,50[10,00]	111,38±25,37	111,00[50,00]
İstatiksel Analiz		F=2,430		F=0,826		F=3,016	
Olasılık		**p=0,048**		p=0,510		**p=0,018**	
Fark		**[2-3]**				**[2-3]**	
Yaşadığı yer							
İl	199	21,42±4,61	21,00[7,00]	16,67±3,62	16,00[5,00]	112,45±19,76	110,00[22,00]
İlçe	59	21,27±4,94	22,00[7,00]	16,19±4,41	15,00[6,00]	113,61±21,32	111,00[26,00]
Köy	30	22,97±5,16	23,00[9,00]	17,90±3,84	18,00[5,00]	118,00±20,37	114,00[33,00]
İstatiksel Analiz		F=1,517		F=2,020		F=1,001	
Olasılık		p=0,221		p=0,135		p=0,369	
Sigara Kullanımı							
Evet	63	21,46±4,10	21,00[6,00]	16,75±3,45	16,00[5,00]	112,65±17,87	110,00[25,00]
Hayır	147	21,54±4,59	22,00[6,00]	16,82±3,64	16,00[5,00]	112,65±19,24	110,00[28,00]
Bırakmış	78	21,64±5,52	22,00[9,00]	16,45±4,46	16,00[6,00]	114,91±23,45	117,00[36,00]
İstatiksel Analiz		F=0,026		F=0,239		F=0,239	
Olasılık		p=0,974		p=0,788		p=0,701	
Alkol Kullanımı							
Evet	8	23,88±4,48	25,00[9,00]	16,88±2,99	16,50[6,00]	120,75±19,16	124,00[28,00]
Hayır	243	21,48±4,75	21,00[7,00]	16,65±3,84	16,00[5,00]	112,68±20,21	111,00[26,00]
Bırakmış	37	21,51±4,79	22,00[7,00]	17,00±3,98	16,00[5,00]	115,46±19,98	115,00[24,00]
İstatiksel Analiz		F=0,986		F=0,141		F=0,872	
Olasılık		p=0,374		p=0,868		p=0,419	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.9. Hastaların Sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Kişilerarası İlişkiler		*Stres Yönetimi*		*SYBDÖII Toplam*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Çocuk Sayısı							
0-2 Çocuk[1]	70	22,46±4,57	22,00[7,00]	16,96±3,92	16,00[5,00]	118,14±20,60	116,00[23,00]
3-4 Çocuk[2]	123	21,89±4,91	22,00[7,00]	17,21±3,94	16,00[6,00]	115,42±20,90	112,00[26,00]
5+ Çocuk[3]	95	20,43±4,49	21,00[6,00]	15,85±3,49	15,00[3,00]	106,87±17,19	105,00[22,00]
İstatiksel Analiz		F=4,325		F=3,641		F=7,895	
Olasılık		**p=0,014**		**p=0,027**		**p<0,001**	
Fark		**[1-3]**		**[2-3]**		**[1,2-3]**	
Meslek							
Memur[1]	4	21,75±3,46	22,50[11,00]	17,00±3,46	17,00[6,00]	114,75±15,43	113,50[30,00]
İşçi[2]	7	24,43±5,06	23,00[8,00]	18,00±4,28	17,00[8,00]	124,71±21,94	127,00[41,00]
Ev hanımı[3]	71	21,03±4,44	21,00[6,00]	16,56±3,43	16,00[4,00]	110,51±17,22	109,00[20,00]
Emekli[4]	149	22,15±4,81	22,00[7,00]	17,18±4,02	16,00[5,00]	115,83±21,05	114,00[26,00]
Serbest Meslek[5]	8	23,50±4,89	23,00[8,00]	17,25±3,88	17,00[3,00]	125,63±24,33	123,00[36,00]
Çalışmıyor[6]	49	19,73±4,39	20,00[6,00]	15,14±3,45	15,00[5,00]	105,69±18,22	102,00[24,00]
İstatiksel Analiz		F=2,952		F=2,360		F=3,317	
Olasılık		**p=0,013**		**p=0,040**		**p=0,006**	
Fark		**[4-6]**		**[4-6]**		**[4-6]**	
Sosyal Güvence							
Var	224	21,90±4,86	22,00[7,00]	16,92±4,01	16,00[5,00]	114,82±20,78	112,00[26,00]
Yok	64	20,31±4,15	21,00[7,00]	15,94±3,03	16,00[5,00]	107,83±16,81	108,00[27,00]
İstatiksel Analiz		t= 2,378		t= 1,816		t= 2,468	
Olasılık		**p= 0,018**		p= 0,070		**p= 0,014**	
Aylık Gelir Düzeyi							
Gelir Giderden Fazla[1]	8	24,50±6,65	24,00[9,00]	19,63±5,82	19,50[8,00]	133,63±30,38	129,50[40,00]
Gelir Gidere Eşit[2]	107	23,04±4,71	23,00[7,00]	17,65±3,97	17,00[4,00]	119,63±20,67	117,00[26,00]
Gelir Giderden Az[3]	173	20,49±4,39	20,00[7,00]	15,98±3,44	16,00[4,00]	108,39±17,56	107,00[26,00]
İstatiksel Analiz		F=11,910		F=9,229		F=15,993	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3]**		**[1-2,3]**		**[1-2,3]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Yaş grupları incelendiğinde sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (F=3,934; p=0,009). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 60 yaş ve altı ile 81 yaş ve üzeri grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 60 yaş ve altı grubun, sağlık sorumluluğu puanı 81 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş gruplarına göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,416; p=0,038). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 60 yaş ve altı ile 81 yaş ve üzeri grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 60 yaş ve altı grubun, sağlık sorumluluğu puanı 81 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş gruplarına göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=3,325; p=0,020). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 60 yaş ve altı ve 71-80 yaş grupları ile 81 yaş ve üzeri grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 60 yaş ve altı grup ile 71-80 yaş grubunun, kişilerarası ilişkiler puanı 81 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş gruplarına göre SYBDÖII toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=2,695; p=0,046). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 60 yaş ve altı, 61-70 yaş ve 71-80 yaş grubu ile 81 yaş ve üzeri grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 60 yaş ve altı, 61-70 yaş ve 71-80 yaş gruplarının, SYBDÖII toplam puanı 81 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete göre SYBDÖII toplam (t=-2,910, p=0,004) puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen puanlarda erkek cinsiyetin, kadın cinsiyete göre puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=3,934; p=0,039). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tamhane’s T2 ikili karşılaştırmalar sonucunda;

Okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul grupları ile lise ve üniversite grupları arasında, okuryazar ve ilkokul grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının, okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlkokul grubunun puanının da okuryazar grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=4,537$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; Okuryazar değil, okuryazar grupları ile lise ve üniversite grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının, okuryazar değil ve okuryazar gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=35,217$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Okuryazar değil grubu ile ilkokul, lise ve üniversite grupları arasında, okuryazar grubu ile lise ve üniversite grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İlkokul, Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının, okuryazar değil grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının da okuryazar grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre beslenme alışkanlığı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=2,572$; $p=0,027$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; Okuryazar ve lise grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Lise grubu puanının, okuryazar grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=7,482$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; Okuryazar değil grubu ile ilkokul, lise ve üniversite grupları arasında, okuryazar grubu ile lise ve üniversite grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İlkokul, Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının, okuryazar değil grubuna göre anlamlı olarak daha

yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının da okuryazar grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=3,360; p=0,006). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; Okuryazar değil ve okuryazar grupları ile üniversite grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Üniversite grubu puanının, okuryazar değil ve okuryazar gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre SYBDÖII toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=4,670; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; Okuryazar değil grubu ile ilkokul, lise ve üniversite grupları arasında, okuryazar grubu ile lise ve üniversite grupları arasında ve ilkokul ile lise ve üniversite grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İlkokul, Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının, okuryazar değil grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise ve Üniversite gruplarının puanlarının da okuryazar grubu ve ilkokul grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre sağlık sorumluluğu (F=4,484; p=0,012), fiziksel aktivite (χ^2=12,472; p=0,002), kişilerarası ilişkiler (F=3,158; p=0,044) ve SYBDÖII toplam (F=4,066; p=0,018) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Evli olanlar ile eşi vefat etmiş olanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre belirtilen ölçek puanlarının tamamında evli olanların puanlarının, eşi vefat etmişlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre sağlık sorumluluğu (F=14,245; p<0,001), manevi gelişim (F=3,352; p=0,036), fiziksel aktivite (χ^2=14,539; p=0,001), beslenme alışkanlığı (F=4,384; p=0,013), kişilerarası ilişkiler (F=3,641; p=0,027), stres yönetimi (F=3,641; p=0,027) ve SYBDÖII toplam (F=7,895; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey, Tamhane’s T2 ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar

sonucunda; 0-2 çocuk ve 3-4 çocuk sahibi olanlar ile 5'en fazla çocuk sahibi olanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 0-2 çocuk sahibi olanların ölçek puanlarının tamamının 5'ten fazla çocuk sahibi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, 3-4 çocuk sahibi olanların ise sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı, stres yönetimi ve SYBDÖII toplam puanlarının 5'ten fazla çocuk sahibi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek gruplarına göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=2,476; p=0,032). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; işçi ile ev hanımı grupları arasında ve işçi, emekli ve serbest meslek grupları ile çalışmıyor grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu bağlamda, işçi grubunun puanının ev hanımı grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, işçi, emekli ve serbest meslek grup puanlarının da çalışmıyor grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sosyal güvence gruplarına göre sağlık sorumluluğu (t=3,084; p=0,002), kişilerarası ilişkiler (t=2,378; p=0,018) ve SYBDÖII toplam (t=2,468; p=0,014) puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu bağlamda belirtilen ölçek puanlarının sosyal güvencesi var olanların, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Aylık gelir düzeyine göre sağlık sorumluluğu (F=20,347; p<0,001), manevi gelişim (F=6,657; p=0,001), fiziksel aktivite (χ^2=14,761; p=0,001), beslenme alışkanlığı (F=5,919; p=0,003), kişilerarası ilişkiler (F=11,910; p<0,001), stres yönetimi (F=9,229; p<0,001) ve SYBDÖII toplam (F=15,993; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖII toplam puanlarında gelir giderden fazla olanlar ile gelir gidere eşit ve gelir giderden az olanlar arasında, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve beslenme alışkanlığı puanlarında gelir gidere eşit ile gelir giderden az olanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖII toplam puanlarında geliri giderden fazla olanların puanlarının

geliri gidere eşit ve geliri giderden az olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve beslenme alışkanlığı puanlarında geliri gidere eşit olanların geliri giderden az olanların puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Birlikte yaşanılan kişilere göre sağlık sorumluluğu (F=3,004; p=0,019), manevi gelişim (F= 2,509; p=0,042), fiziksel aktivite (χ^2=12,063; p=0,017), kişilerarası ilişkiler (F=2,430; p=0,048) ve SYBDÖII toplam (F=3,016; p=0,018) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eş ve çocuklarıyla yaşayanlar ile sadece çocuklarıyla yaşayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında eş ve çocuklarıyla yaşayanların puanlarının sadece çocuklarıyla yaşayanların puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

		Sağlık Sorumluluğu		*Manevi Gelişim*		*Fiziksel Aktivite*		*Beslenme Alışkanlığı*	
Değişken(n=288)	**n**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**
KY tanısından itibaren geçen süre									
6 ay-11 ay[1]	104	18,42±4,38	18,00[6,00]	24,93±4,63	25,00[8,00]	12,16±3,95	12,00[5,00]	22,88±3,85	24,00[6,00]
1-3 yıl[2]	64	16,94±3,75	17,00[5,00]	22,20±4,62	22,00[6,00]	10,23±2,70	9,00[4,00]	22,08±3,87	22,00[6,00]
4-6 yıl[3]	42	17,40±3,25	16,00[5,00]	23,24±3,98	23,00[4,00]	10,36±2,75	9,00[4,00]	22,95±3,19	22,50[4,00]
7-10 yıl[4]	35	18,37±3,75	18,00[4,00]	22,34±4,01	21,00[5,00]	11,57±3,68	10,00[4,00]	23,63±4,27	23,00[6,00]
10 yıldan fazla[5]	43	16,95±3,76	16,00[5,00]	22,02±4,35	22,00[5,00]	10,51±3,48	10,00[3,00]	22,95±4,20	23,00[5,00]
İstatiksel Analiz		F=2,181		F=5,805		χ^2=14,622		F=0,996	
Olasılık		p=0,071		**p<0,001**		**p=0,002**		p=0,410	
Fark				**[1-2,4,5]**		**[1-2]**			
KY nedeniyle son 1 yılda polikliniğe başvuru sayısı									
0-1 kez	122	17,75±3,73	17,00[5,00]	23,98±4,60	24,00[7,00]	11,24±3,18	10,00[4,00]	22,99±3,48	23,00[4,00]
2-3 kez	68	17,15±3,93	17,00[6,00]	23,41±4,85	23,00[7,00]	11,04±3,50	10,00[5,00]	22,66±4,07	22,00[6,00]
4-5 kez	54	17,98±4,40	17,00[5,00]	22,94±4,04	23,00[4,00]	11,39±4,04	10,00[4,00]	22,30±4,11	23,00[6,00]
6+ kez	44	18,20±4,10	17,00[5,00]	21,86±4,44	21,00[5,00]	10,80±3,86	9,00[4,00]	23,18±4,34	22,50[5,00]
İstatiksel Analiz		F=0,771		F=2,506		χ^2=2,124		F=0,571	
Olasılık		p=0,511		p=0,059		p=0,547		p=0,635	
KY nedeniyle daha önce yatış									
Evet	130	17,42±4,01	17,00[5,00]	21,93±4,06	21,50[4,00]	10,63±3,24	10,00[4,00]	22,63±3,93	22,00[5,00]
Hayır	158	17,97±3,92	17,00[5,00]	24,48±4,67	24,00[7,00]	11,58±3,70	11,00[5,00]	22,96±3,83	23,00[6,00]
İstatiksel Analiz		t= -1,179		t= -4,954		Z= 6,152		t= -0,721	
Olasılık		p= 0,239		p<0,001		**p=0,012**		p= 0,472	
Ek Kronik Hastalık									
Yok	57	18,79±4,59	18,00[5,00]	24,16±4,70	24,00[7,00]	12,67±4,26	12,00[6,00]	23,42±4,36	23,00[7,00]
Var	231	17,45±3,75	17,00[5,00]	23,13±4,53	23,00[6,00]	10,78±3,22	10,00[4,00]	22,66±3,74	23,00[5,00]
İstatiksel Analiz		t= 2,294		t= 1,528		Z=-3,340		t= 1,325	
Olasılık		**p=0,023**		p=0,128		**p=0,001**		p=0,186	
Ailede KY olma durumu									
Hayır	131	17,25±3,90	17,00[5,00]	23,06±4,39	23,00[6,00]	10,87±3,10	10,00[5,00]	22,50±3,76	22,00[5,00]
Evet	157	18,11±3,98	18,00[4,00]	23,55±4,73	23,00[7,00]	11,39±3,83	10,00[5,00]	23,08±3,95	23,00[6,00]
İstatiksel Analiz		t= -1,833		t= -0,910		Z=-0,932		t= -1,266	
Olasılık		p= 0,068		p= 0,364		p=0,352		p= 0,215	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.11. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

Değişken(n=288)	n	*Sağlık Sorumluluğu*		*Manevi Gelişim*		*Fiziksel Aktivite*		*Beslenme Alışkanlığı*	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu									
Evet	50	21,18±4,55	21,00[6,00]	24,20±4,90	24,00[6,00]	13,34±5,02	12,00[6,00]	23,74±4,15	23,00[6,00]
Hayır	238	16,99±3,41	17,00[4,00]	23,15±4,49	22,50[7,00]	10,69±2,93	10,00[5,00]	22,62±3,79	23,00[5,00]
İstatiksel Analiz		t= 6,152		t= 1,481		Z=-3,742		t= 1,869	
Olasılık		**p<0,001**		p=0,140		**p<0,001**		p=0,063	
KY hastalık sınıflaması									
Sınıf II[1]									
Sınıf III[2]	62	20,77±4,22	20,00[5,00]	27,35±4,52	27,00[7,00]	13,79±4,58	13,00[5,00]	24,63±3,45	25,00[5,00]
Sınıf IV[3]	134	17,54±3,40	17,00[5,00]	23,46±3,76	23,00[5,00]	10,87±2,88	10,00[3,00]	23,46±3,48	24,00[4,00]
İstatiksel Analiz	92	15,91±3,32	15,50[5,00]	20,42±3,47	20,00[5,00]	9,78±2,49	9,00[3,00]	21,10±4,03	21,00[5,00]
Olasılık		F=34,682		F=60,032		χ^2=46,826		F=18,272	
Fark		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
		[1-2,3;2-3]		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**	
Şu anki sağlık durumunun yorumlanması									
Çok Kötü[1]	98	15,76±3,24	15,00[4,00]	20,23±3,23	20,00[4,00]	9,66±2,47	9,00[2,00]	21,17±3,95	21,00[6,00]
Kötü[2]	105	17,57±3,19	17,00[3,00]	23,28±3,52	23,00[5,00]	10,93±2,94	10,00[3,00]	23,15±3,38	23,00[4,00]
İyi[3]	67	19,75±3,91	20,00[5,00]	26,58±4,17	27,00[6,00]	12,43±3,46	12,00[4,00]	24,06±3,54	24,00[4,00]
Çok iyi[4]	18	21,72±5,27	21,50[7,00]	28,39±5,15	28,00[10,00]	15,78±5,75	14,50[8,00]	25,11±4,21	25,00[5,00]
İstatiksel Analiz		F=25,062		F=51,061		χ^2=54,132		F=11,706	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4]**	
EF Değeri									
25 ve altı[1]	66	16,82±4,27	16,00[5,00]	21,30±4,04	20,00[6,00]	10,76±3,39	9,50[4,00]	21,76±4,25	
26-35[2]	91	17,40±4,02	17,00[5,00]	23,45±4,71	23,00[7,00]	10,92±3,79	10,00[4,00]	22,37±3,78	21,00[6,00]
36-49[3]	84	18,21±3,48	18,00[5,00]	23,80±4,20	24,00[6,00]	11,51±3,36	11,00[6,00]	23,63±3,80	22,00[5,00]
50 ve üzeri[4]	47	18,72±3,95	18,00[6,00]	25,11±4,77	24,00[7,00]	11,51±3,48	11,00[6,00]	23,68±3,17	24,00[5,00]
İstatiksel Analiz		F=2,834		F=7,453		χ^2=3,872		F=4,186	24,00[5,00]
Olasılık		**p=0,039**		**p<0,001**		p<0,276		**p=0,006**	
Fark		**[1-3,4]**		**[1-2,3,4]**				**[1-3]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.12. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Kişilerarası İlişkiler		*Stres Yönetimi*		*SYBDÖII Toplam*	
Değişken(n=288)	**N**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
KY tanısından itibaren geçen süre							
6 ay-11 ay[1]	104	22,83±4,78	23,00[7,00]	17,88±4,01	17,00[5,00]	119,11±21,28	121,00[33,00]
1-3 yıl[2]	64	19,83±5,11	20,00[8,00]	16,11±3,98	15,00[4,00]	107,39±19,92	104,50[27,00]
4-6 yıl[3]	42	21,21±4,06	20,50[5,00]	15,74±2,72	15,50[4,00]	110,90±16,34	108,00[18,00]
7-10 yıl[4]	35	21,51±4,14	21,00[5,00]	16,46±3,34	16,00[5,00]	113,89±17,73	113,00[19,00]
10 yıldan fazla[5]	43	21,37±4,50	21,00[6,00]	15,86±3,85	15,00[4,00]	109,67±19,93	110,00[19,00]
İstatiksel Analiz		F=4,225		F=4,263		F=4,218	
Olasılık		**p=0,002**		**p=0,002**		**p=0,002**	
Fark		**[1-2]**		**[1-2,3,5]**		**[1-2]**	
KY nedeniyle son 1 yılda polikliniğe başvuru sayısı							
0-1 kez	122	22,39±4,30	22,00[7,00]	17,34±3,91	17,00[5,00]	115,69±18,95	113,50[28,00]
2-3 kez	68	20,74±5,01	20,50[7,00]	16,06±3,93	15,50[4,00]	111,06±21,22	108,50[31,00]
4-5 kez	54	21,37±4,77	21,00[7,00]	16,61±3,67	16,00[4,00]	112,59±20,99	110,00[27,00]
6+ kez	44	20,70±5,25	21,00[7,00]	16,02±3,43	16,00[4,00]	110,77±20,56	108,00[20,00]
İstatiksel Analiz		F=2,447		F=2,282		F=1,105	
Olasılık		p=0,064		p=0,079		p=0,347	
KY nedeniyle daha önce hastaneye yatış durumu							
Evet	130	20,45±4,84	20,00[7,00]	15,68±3,42	15,00[5,00]	108,73±18,98	107,50[23,00]
Hayır	158	22,46±4,49	22,00[7,00]	17,54±3,95	17,00[5,00]	116,99±20,37	114,00[29,00]
İstatiksel Analiz		t= -3,646		t= -4,294		t= -3,531	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Ek Kronik Hastalık							
Yok	57	22,70±4,81	22,00[7,00]	17,33±4,08	17,00[6,00]	119,07±22,92	118,00[34,00]
Var	231	21,26±4,70	21,00[6,00]	16,55±3,76	16,00[5,00]	111,83±19,19	110,00[26,00]
İstatiksel Analiz		t= 2,056		t= 1,392		t= 2,450	
Olasılık		**p=0,041**		p=0,165		**p=0,015**	
Ailede KY olma durumu							
Hayır	131	21,30±4,54	22,00[6,00]	16,40±3,65	16,00[4,00]	111,37±18,76	111,00[26,00]
Evet	157	21,76±4,92	21,00[7,00]	16,96±3,96	16,00[6,00]	114,84±21,17	112,00[27,00]
İstatiksel Analiz		t= -0,818		t= -1,233		t= -1,457	
Olasılık		p= 0,414		p= 0,219		p= 0,146	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.13. Hastaların hastalık özellikleri ile SYBDÖII alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

Değişken(n=288)	n	*Kişilerarası İlişkiler*		*Stres Yönetimi*		*SYBDÖII Toplam*	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu							
Evet	50	23,02±5,68	22,00[7,00]	17,64±4,36	17,00[5,00]	123,12±24,78	121,00[31,00]
Hayır	238	21,24±4,48	21,00[6,00]	16,50±3,69	16,00[5,00]	111,19±18,43	110,00[26,00]
İstatiksel Analiz		t= 2,428		t= 1,914		t= 3,897	
Olasılık		**p= 0,016**		p=0,057		**p<0,001**	
KY hastalık sınıflaması							
Sınıf II[1]	62	25,60±3,96	26,00[6,00]	19,55±3,94	19,00[5,00]	131,69±20,14	129,50[21,00]
Sınıf III[2]	134	21,99±3,76	22,00[5,00]	16,77±3,55	16,00[4,00]	113,79±16,10	111,00[20,00]
Sınıf IV[3]	92	18,17±4,12	18,00[6,00]	14,68±2,79	14,00[3,00]	100,08±14,90	97,50[20,00]
İstatiksel Analiz		F=67,769		F=37,462		F=66,523	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**	
Şu anki sağlık durumunun yorumlanması							
Çok Kötü[1]	98	18,36±4,05	18,00[6,00]	14,44±2,60	14,00[3,00]	99,62±14,23	98,00[19,00]
Kötü[2]	105	21,75±3,57	22,00[5,00]	16,54±3,31	16,00[4,00]	113,23±14,61	112,00[20,00]
İyi[3]	67	24,39±3,86	25,00[6,00]	19,16±3,45	19,00[5,00]	126,37±17,45	126,00[26,00]
Çok iyi[4]	18	27,17±5,25	26,50[7,00]	20,78±4,94	20,50[8,00]	138,94±27,59	135,50[37,00]
İstatiksel Analiz		F=45,680		F=38,120		F=52,579	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3,4;2-3,4;3-4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**	
EF değeri							
25 ve altı[1]	66	19,56±5,13	19,00[7,00]	15,02±3,16	14,00[3,00]	105,21±19,80	101,00[26,00]
26-35[2]	91	21,26±4,74	21,00[7,00]	16,77±4,14	16,00[4,00]	112,18±21,08	109,00[27,00]
36-49[3]	84	22,49±3,85	23,00[6,00]	17,17±3,67	17,00[5,00]	116,81±17,75	115,00[20,00]
50 ve üzeri[4]	47	23,21±4,75	23,00[6,00]	18,11±3,61	18,00[5,00]	120,34±19,28	118,00[26,00]
İstatiksel Analiz		F=7,440		F=7,231		F=6,789	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-3,4]**		**[1-2,3,4]**		**[1-3,4]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Kalp yetersizliği tanısından itibaren geçen süreye göre manevi gelişim (F=5,805; p<0,001), fiziksel aktivite (χ^2=14,622; p=0,002), kişilerarası ilişkiler (F=4,225; p=0,002), stres yönetimi (F=4,263; p=0,002) ve SYBDÖII toplam (F=4,218; p=0,002) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; manevi gelişim puanlarında, 6 ay-11 ay grubu ile 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 7-10 yıl grupları arasında, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖII toplam puanlarında 6 ay-11 ay grubu ile 1-3 yıl grubu arasında ve stres yönetimi puanlarında 6 ay-11 ay grubu ile 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 10 yıldan fazla grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu bağlamda manevi gelişim puanlarına göre 6 ay-11 ay grubunun puanının, 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 7-10 yıl grupları puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖII toplam puanlarına göre 6 ay-11 ay grubunun 1-3 yıl grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve stres yönetimi puanlarına göre 6 ay-11 ay grubunun 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 10 yıldan fazla gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği nedeniyle daha önce hastaneye yatış durumuna göre fiziksel aktivite (Z=6,152; p=0,012), kişilerarası ilişkiler (t=-3,646; p<0,001), stres yönetimi (t=-4,294; p<0,001) ve SYBDÖII toplam (t=-3,531; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında daha önce hastaneye yatmayanların puanlarının daha önce hastaneye yatanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek kronik hastalığa sahip olma durumuna göre sağlık sorumluluğu (t=2,294; p<0,023), fiziksel aktivite (Z=-3,340; p=0,001), kişilerarası ilişkiler (t=2,056; p=0,041) ve SYBDÖII toplam (t=2,450; p=0,015) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında ek kronik hastalığa sahip olmayanların puanlarının olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumuna göre sağlık sorumluluğu (t=6,152; p<0,001), fiziksel aktivite (Z=-3,742; p<0,001, kişilerarası ilişkiler (t=2,428; p=0,016) ve SYBDÖII toplam (t=3,897; p<0,001) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında sağlık kontrollerine düzenli olarak

gidenlerin puanlarının düzenli olarak gitmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği hastalık sınıflamasına göre sağlık sorumluluğu (F=34,682; p<0,001), manevi gelişim (F=60,032; p<0,001), fiziksel aktivite (χ^2=46,826; p<0,001), beslenme alışkanlığı (F=18,272; p<0,001), kişilerarası ilişkiler (F=67,769; p<0,001), stres yönetimi (F=37,462; p<0,001) ve SYBDÖII (F=66,523; p<0,001) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey, Tamhane's T2 ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; bütün ölçek puanlarında sınıf II, sınıf III ve sınıf IV grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarının tamamında sınıf II grubu puanının sınıf III ve sınıf IV puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve sınıf III grubu puanının da sınıf IV grubu puanına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şu anki sağlık durumunun yorumlanmasına göre sağlık sorumluluğu (F=25,062; p<0,001), manevi gelişim (F=51,061; p<0,001), fiziksel aktivite (χ2=54,132; p<0,001), beslenme alışkanlığı (F=11,706; p<0,001), kişilerarası ilişkiler (F=45,680; p<0,001), stres yönetimi (F=38,120; p<0,001) ve SYBDÖII (F=52,579; p<0,001) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖII toplam puanlarında çok kötü grubu ile kötü, iyi ve çok iyi grupları arasında, kötü grubu ile iyi ve çok iyi grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Beslenme alışkanlığı puanlarında çok kötü grubu ile kötü, iyi ve çok iyi grupları arasında ve kişilerarası ilişkiler puanlarında çok kötü grubu ile kötü, iyi ve çok iyi grupları arasında, kötü grubu ile iyi ve çok iyi grupları arasında ve iyi ile çok iyi grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu bağlamda sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖII toplam puanlarında kötü, iyi ve çok iyi gruplarının puanlarının çok kötü grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, iyi ve çok iyi gruplarının puanlarının kötü grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Beslenme alışkanlığı puanlarında kötü, iyi ve çok iyi gruplarının puanlarının çok kötü grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve kişilerarası ilişkiler puanlarında kötü, iyi ve çok iyi gruplarının puanlarının çok kötü grubuna göre

anlamlı olarak daha yüksek olduğu, iyi ve çok iyi gruplarının puanlarının kötü grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve çok iyi grubunun puanlarının da iyi grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ejeksiyon Fraksiyon değerine göre sağlık sorumluluğu (F=2,834; p=0,038), kişilerarası ilişkiler (F=7,440; p<0,001) ve SYBDÖII (F=6,789; p<0,001) toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; 25 ve altı grubu ile 26-35 ve 36-49 grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre belirtilen ölçek puanlarında 26-35 ve 36-49 grupları puanlarının 25 ve altı grubu puanına göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ejeksiyon Fraksiyon değerine göre manevi gelişim (F=7,453; p<0,001) ve stres yönetimi (F=7,231; p<0,001) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; 25 ve altı grubu ile 26-35, 36-49 ve 50 ve üzeri grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre belirtilen ölçek puanlarında 26-35, 36-49 ve 50 ve üzeri grupları puanlarının 25 ve altı grubu puanına göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ejeksiyon Fraksiyon değerine göre beslenme alışkanlığı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (F=4,186; p=0,006). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; 25 ve altı grubu ile 36-49 grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre beslenme alışkanlığı puanlarında 36-49 grubu puanının, 25 ve altı grubu puanına göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.14. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

		Fiziksel Sınırlılık		*Emosyonel Fonksiyon*		*Sosyal Fonksiyon*		*Macnew Global*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Yaş Grubu									
60 yaş ve altı[1]	68	2,94±1,47	2,88[2,27]	3,21±1,15	3,21[1,70]	3,03±1,47	3,07[2,36]	3,06±1,34	3,07[2,09]
61-70 yaş[2]	84	2,84±1,22	2,61[1,75]	3,24±0,93	3,28[1,43]	3,14±1,23	3,17[1,84]	3,07±1,09	3,11[1,66]
71-80 yaş[3]	82	2,88±1,18	2,61[2,04]	3,28±0,97	3,14[1,39]	3,14±1,18	2,92[1,93]	3,10±1,07	2,99[1,77]
81 yaş ve üzeri[4]	54	2,31±0,91	2,07[1,33]	3,12±0,95	3,00[1,43]	2,65±1,07	2,50[1,62]	2,69±0,93	2,51[1,41]
İstatiksel Analiz		F=4,853		F=0,275		F=2,078		F=1,713	
Olasılık		**p=0,003**		p=0,843		p=0,103		p=0,165	
Fark		**[1,2,3-4]**							
Cinsiyet									
Kadın	109	2,58±1,08	2,23[1,54]	3,06±0,86	2,85[1,18]	2,88±1,11	2,78[1,61]	2,84±0,97	2,80[1,44]
Erkek	179	2,90±1,32	2,61[2,08]	3,32±1,06	3,35[1,57]	3,10±1,33	3,07[2,00]	3,11±1,20	3,03[1,81]
İstatiksel Analiz		t= -2,219		t= -2,238		t= -1,461		t= -2,046	
Olasılık		**p= 0,027**		**p= 0,026**		p= 0,145		**p= 0,042**	
Eğitim Durumu									
Okuryazar değil[1]	45	2,29±1,01	2,00[1,04]	3,07±1,01	2,85[1,25]	2,66±1,11	2,42[1,11]	2,67±0,97	2,40[1,08]
Okuryazar[2]	51	2,52±0,97	2,46[1,69]	2,98±0,89	3,00[1,57]	2,76±1,10	2,78[1,57]	2,75±0,94	2,80[1,49]
İlkokul[3]	142	2,83±1,29	2,61[2,02]	3,23±1,02	3,28[1,52]	3,06±1,29	3,00[1,95]	3,04±1,16	3,01[1,71]
Ortaokul[4]	16	3,04±1,40	2,80[2,08]	3,27±1,12	3,42[1,52]	3,20±1,40	3,28[2,21]	3,17±1,29	3,16[1,96]
Lise[5]	27	3,31±1,24	3,38[1,77]	3,55±1,00	3,64[1,50]	3,51±1,27	3,60[1,57]	3,45±1,13	3,42[1,52]
Üniversite[6]	7	4,02±1,41	4,00[2,00]	4,26±0,78	4,21[1,00]	4,17±1,13	4,14[1,71]	4,15±1,08	4,15[1,36]
İstatiksel Analiz		F=4,670		F=2,968		F=3,397		F=3,839	
Olasılık		**p<0,001**		**p=0,013**		**p=0,005**		**p=0,002**	
Fark		**[1-5,6;2-6]**		**[1,2-6]**		**[1-6]**		**[1,2-6]**	
Medeni Durum									
Evli	203	2,87±1,31	2,61[2,00]	3,26±1,04	3,28[1,50]	3,08±1,04	3,00[2,07]	3,07±1,19	3,02[1,84]
Eşi vefat etmiş	66	2,56±1,00	2,38[1,31]	3,16±0,86	3,00[1,23]	2,90±1,08	2,71[1,59]	2,87±0,93	2,75[1,36]
Bekar	19	2,53±1,11	2,38[1,46]	3,03±0,92	2,78[1,71]	2,78±1,09	3,07[1,57]	2,78±1,00	2,74[1,53]
İstatiksel Analiz		F=2,395		F=0,584		F=0,890		F=1,159	
Olasılık		p=0,102		p=0,558		p=0,412		p=0,315	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.152. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

Değişken(n=288)	n	*Fiziksel Sınırlılık*		*Emosyonel Fonksiyon*		*Sosyal Fonksiyon*		*Macnew Global*	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Çocuk Sayısı									
0-2 Çocuk	70	2,89±1,30	2,76[2,10]	3,33±1,08	3,39[1,59]	3,11±1,35	3,17[1,95]	3,11±1,21	3,19[1,89]
3-4 Çocuk	123	2,88±1,29	2,61[1,92]	3,25±0,98	3,28[1,43]	3,11±1,25	3,07[1,86]	3,08±1,14	3,03[1,69]
5+ Çocuk	95	2,56±1,11	2,30[1,85]	3,11±0,95	3,00[1,43]	2,83±1,18	2,78[1,71]	2,83±1,04	2,75[1,48]
İstatiksel Analiz		F=2,207		F=1,047		F=1,559		F=1,668	
Olasılık		p=0,112		p=0,352		p=0,212		p=0,190	
Meslek									
Memur	4	2,78±1,81	2,15[3,21]	2,89±1,20	2,92[2,32]	2,80±1,44	2,53[2,73]	2,82±1,46	2,53[2,76]
İşçi	7	2,80±1,05	2,84[2,15]	3,08±0,74	2,92[1,86]	2,92±1,09	3,28[2,00]	2,93±0,85	3,18[1,67]
Ev hanımı	71	2,66±1,18	2,38[1,62]	3,16±0,91	3,00[1,29]	2,93±1,20	2,85[1,71]	2,91±1,05	2,87[1,50]
Emekli	149	2,84±1,21	2,61[2,00]	3,29±0,96	3,28[1,39]	3,09±1,22	3,00[1,82]	3,07±1,10	3,01[1,58]
Serbest Meslek	8	3,90±0,90	3,92[1,71]	4,04±0,72	4,10[1,07]	3,95±0,90	3,92[1,16]	3,96±0,82	3,90[1,31]
Çalışmıyor	49	2,57±1,36	2,30[1,62]	3,02±1,22	2,85[1,64]	2,81±1,44	2,78[1,89]	2,80±1,32	2,52[1,70]
İstatiksel Analiz		F=1,799		F=1,780		F=1,362		F=1,707	
Olasılık		p=0,113		p=0,117		p=0,239		p=0,133	
Sosyal Güvence									
Var	224	2,80±1,23	2,61[1,85]	3,23±0,99	3,21[1,46]	3,05±1,25	2,92[1,86]	3,03±1,12	2,98[1,67]
Yok	64	2,69±1,29	2,57[2,06]	3,18±1,03	3,14[1,55]	2,90±1,28	2,85[1,96]	2,93±1,15	2,88[1,71]
İstatiksel Analiz		t= 0,588		t= 0,335		t= 0,848		t= 0,628	
Olasılık		p= 0,557		p= 0,738		p= 0,397		p= 0,530	
Aylık Gelir Düzeyi									
Gelir Giderden Fazla[1]	8	3,33±1,38	2,92[1,52]	3,53±1,08	3,57[1,18]	3,56±1,34	3,35[1,23]	3,47±1,24	3,20[1,11]
Gelir Gidere Eşit[2]	107	3,08±1,23	2,84[1,85]	3,48±1,03	3,50[1,57]	3,35±1,23	3,35[1,71]	3,31±1,12	3,20[1,52]
Gelir Giderden Az[3]	173	2,56±1,20	2,23[1,65]	3,05±0,94	3,00[1,36]	2,79±1,22	2,71[1,64]	2,80±1,08	2,64[1,50]
İstatiksel Analiz		F=7,051		F=6,746		F=7,836		F=7,715	
Olasılık		**p=0,001**		**p=0,001**		**p<0,001**		**p=0,001**	
Fark		**[2-3]**		**[2-3]**		**[2-3]**		**[2-3]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.16. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Fiziksel Sınırlılık		*Emosyonel Fonksiyon*		*Sosyal Fonksiyon*		*Macnew Global*	
Değişken(n=288)	**N**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Birlikte yaşadığınız kişi/ler									
Eş	115	2,79±1,16	2,61[1,77]	3,22±0,96	3,28[1,43]	3,05±1,20	3,07[1,86]	3,02±1,08	3,02[1,66]
Çocuk	54	2,45±0,96	2,23[1,35]	2,98±0,80	2,89[1,09]	2,73±1,06	2,71[1,57]	2,72±0,89	2,65[1,26]
Eş ve çocuk	83	2,98±1,49	2,69[2,31]	3,31±1,17	3,35[1,71]	3,13±1,48	3,00[2,29]	3,14±1,35	3,07[2,11]
Yalnız	28	2,72±1,17	2,53[1,56]	3,38±0,93	3,17[1,11]	3,05±1,15	3,03[1,46]	3,05±1,03	2,93[1,29]
Diğer	8	2,80±1,11	2,57[2,21]	3,31±0,90	3,17[1,41]	3,24±1,08	3,03[1,82]	3,12±0,97	2,96[1,28]
İstatiksel Analiz		F=1,739		F=1,395		F=1,148		F=1,465	
Olasılık		p=0,159		p=0,252		p=0,347		p=0,229	
Yaşadığı yer									
İl[1]	199	2,63±1,12	2,46[1,69]	3,11±0,91	3,14[1,36]	2,88±1,17	2,85[1,57]	2,87±1,03	2,84[1,47]
İlçe[2]	59	3,02±1,37	2,69[2,08]	3,30±1,10	3,21[1,86]	3,22±1,36	3,35[2,00]	3,18±1,24	3,14[1,90]
Köy[3]	30	3,29±1,50	3,11[2,77]	3,76±1,20	3,89[1,91]	3,56±1,44	3,50[2,54]	3,54±1,36	3,49[2,44]
İstatiksel Analiz		F=4,173		F=4,309		F=4,855		F=4,278	
Olasılık		**p=0,020**		**p=0,018**		**p=0,008**		**p=0,018**	
Fark		**[1-3]**		**[1-3]**		**[1-3]**		**[1-3]**	
Sigara Kullanımı									
Evet	63	2,84±1,38	2,61[2,23]	3,20±1,11	3,21[1,50]	3,01±1,39	3,00[2,29]	3,02±1,27	3,01[1,91]
Hayır	147	2,76±1,18	2,61[1,92]	3,25±0,94	3,14[1,43]	3,05±1,19	3,00[1,93]	3,02±1,06	2,90[1,60]
Bırakmış	78	2,74±1,25	2,42[1,71]	3,18±1,01	3,14[1,50]	2,97±1,28	2,78[1,61]	2,97±1,15	2,92[1,54]
İstatiksel Analiz		F=0,124		F=0,132		F=0,098		F=0,066	
Olasılık		p=0,883		p=0,876		p=0,907		p=0,936	
Alkol Kullanımı									
Evet	8	3,06±1,03	2,84[1,83]	3,66±0,90	3,64[1,68]	3,57±1,03	3,39[1,89]	3,43±0,97	3,29[1,75]
Hayır	243	2,74±1,23	2,53[1,85]	3,21±0,99	3,14[1,43]	2,99±1,25	2,92[1,93]	2,98±1,12	2,89[1,65]
Bırakmış	37	2,92±1,33	2,61[1,85]	3,20±1,09	3,21[1,46]	3,07±1,35	2,92[1,79]	3,06±1,23	2,99[1,72]
İstatiksel Analiz		F=0,524		F=0,776		F=0,832		F=0,651	
Olasılık		p=0,593		p=0,461		p=0,436		p=0,522	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Yaş gruplarına göre fiziksel sınırlılık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=4,853; p=0,003). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tamhane's T2 ikili karşılaştırmalar sonucunda; 60 yaş ve altı, 61-70 yaş ve 71-80 yaş grupları ile 81 yaş ve üzeri grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 60 yaş ve altı, 61-70 yaş ve 71-80 yaş grubun, fiziksel sınırlılık puanı 81 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete göre macnew global (t=-2,046; p=0,042) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Erkek cinsiyet grubunun belirtilen ölçeklerdeki puanlarının kadın grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre fiziksel sınırlılık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=4,670; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; Lise ve üniversite grupları ile okuryazar değil grupları arasında ve okuryazar grubu ile üniversite grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Lise ve üniversite grupları fiziksel sınırlılık puanları, okuryazar değil grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek, üniversite grubunun puanlarının ise okuryazar grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre emosyonel fonksiyon (F=2,968; p=0,013) ve macnew global (F=3,839; p=0,002) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; üniversite grubu ile okuryazar ve okuryazar değil grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Üniversite grubunun emosyonel fonksiyon ve macnew global puanları okuryazar ve okuryazar değil gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre sosyal fonksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=3,397; p=0,005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; üniversite grubu ile okuryazar değil grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Üniversite grubunun sosyal fonksiyon puanının, okuryazar değil grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Aylık gelir düzeyine göre fiziksel sınırlılık (F=7,051; p=0,001), emosyonel fonksiyon (F=6,746; p=0,001), sosyal fonksiyon (F=7,836; p<0,001) ve macnew global (F=7,715; p=0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri gidere eşit olanlar ile geliri giderden az olanlar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Bu bağlamda belirtilen bütün ölçeklerde geliri gidere eşit olanların puanlarının, geliri giderden az olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşadığı yere göre fiziksel sınırlılık (F=4,173; p=0,020), emosyonel fonksiyon (F=4,309; p=0,018), sosyal fonksiyon (F=4,855; p=0,008) ve macnew global (F=4,278; p=0,018) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Tamhane's T2 ikili karşılaştırmalar sonucunda; il grubu ile köy grubu arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Bu bağlamda belirtilen bütün ölçek puanlarında il grubunun puanlarının, köy grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17. Hastaların hastalık özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

		Fiziksel Sınırlılık		*Emosyonel Fonksiyon*		*Sosyal Fonksiyon*		*Macnew Global*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
KY tanısından itibaren geçen süre									
6 ay-11 ay[1]	104	3,25±1,33	3,30[2,08]	3,57±0,99	3,53[1,27]	3,49±1,28	3,50[1,63]	3,44±1,16	3,35[1,50]
1-3 yıl[2]	64	2,41±1,03	2,23[1,40]	2,93±0,86	2,71[1,38]	2,65±1,10	2,64[1,41]	2,66±0,96	2,53[1,19]
4-6 yıl[3]	42	2,50±1,10	2,23[1,69]	3,03±0,98	2,82[1,50]	2,69±1,17	2,50[1,75]	2,74±1,06	2,55[1,64]
7-10 yıl[4]	35	2,78±1,23	2,38[1,92]	3,26±1,07	3,14[1,64]	3,04±1,24	2,85[1,93]	3,02±1,14	2,80[1,67]
10 yıldan fazla[5]	43	2,44±1,07	2,46[1,54]	2,96±0,95	3,07[1,57]	2,72±1,16	2,71[1,79]	2,71±1,02	2,62[1,67]
İstatiksel Analiz		F=7,095		F=6,004		F=6,849		F=7,146	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3,5]**		**[1-2,3,5]**		**[1-2,3,5]**		**[1-2,3,5]**	
KY nedeniyle son 1 yılda polikliniğe başvuru sayısı									
0-1 kez[1]	122	3,08±1,32	2,88[1,96]	3,48±1,00	3,35[1,36]	3,33±1,29	3,28[1,88]	3,29±1,17	3,17[1,64]
2-3 kez[2]	68	2,63±1,20	2,50[1,88]	3,08±0,96	3,03[1,54]	2,88±1,20	2,82[1,79]	2,86±1,09	2,75[1,70]
4-5 kez[3]	54	2,56±1,16	2,26[1,96]	3,01±1,01	3,00[1,70]	2,74±1,23	2,64[1,93]	2,77±1,10	2,61[1,76]
6+ kez[4]	44	2,42±0,97	2,23[1,08]	3,00±0,90	3,00[1,34]	2,73±1,10	2,71[1,27]	2,72±0,95	2,69[1,07]
İstatiksel Analiz		F=4,583		F=4,881		F=4,561		F=4,946	
Olasılık		**p=0,004**		**p=0,003**		**p=0,004**		**p=0,002**	
Fark		**[1-2,3,4]**		**[1-2,3,4]**		**[1-2,3,4]**		**[1-2,3,4]**	
KY nedeniyle daha önce hastaneye yatış durumu									
Evet	130	2,44±1,07	2,23[1,35]	2,98±0,94	2,89[1,43]	2,70±1,14	2,60[1,64]	2,70±1,01	2,53[1,56]
Hayır	158	3,05±1,30	2,92[2,08]	3,42±1,00	3,28[1,38]	3,28±1,29	3,28[1,88]	3,25±1,16	3,17[1,67]
İstatiksel Analiz		t= -4,382		t= -3,825		t= -4,036		t= -4,205	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Ek Kronik Hastalık									
Yok	57	3,30±1,37	3,07[1,88]	3,55±0,94	3,52[1,39]	3,51±1,24	3,42[1,68]	3,45±1,14	2,89[1,66]
Var	231	2,65±1,17	2,46[1,85]	3,14±1,00	3,14[1,57]	2,90±1,23	2,78[1,86]	2,89±1,10	2,91[1,62]
İstatiksel Analiz		t= 3,625		t= 2,815		t= 3,352		t= 3,402	
Olasılık		**p<0,001**		**p=0,005**		**p=0,001**		**p=0,001**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.18. Hastaların hastalık özellikleri ile Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devam).

		Fiziksel Sınırlılık		*Emosyonel Fonksiyon*		*Sosyal Fonksiyon*		*Macnew Global*	
Değişken(n=288)	**n**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan[IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**
Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu									
Evet	50	2,98±1,32	2,69[2,02]	3,23±1,03	3,21[1,25]	3,19±1,33	3,10[1,89]	3,13±1,19	3,11[1,67]
Hayır	238	2,73±1,22	2,57[1,77]	3,22±0,99	3,17[1,50]	2,98±1,24	2,89[1,80]	2,98±1,11	2,89[1,64]
İstatiksel Analiz		t= 1,290		t= 0,044		t= 1,025		t= 0,864	
Olasılık		p= 0,198		p= 0,965		p= 0,306		p= 0,388	
Ailede KY olma durumu									
Hayır	131	2,79±1,31	2,61[1,92]	3,24±1,06	3,28[1,50]	3,00±1,31	2,85[1,86]	3,01±1,19	3,52[1,39]
Evet	157	2,76±1,18	2,61[1,85]	3,20±0,94	3,14[1,36]	3,03±1,21	2,92[1,89]	3,00±1,08	3,14[1,57]
İstatiksel Analiz		t= 0,200		t= 0,321		t= -0,202		t= 0,093	
Olasılık		p= 0,842		p= 0,749		p= 0,840		p= 0,926	
KY hastalık sınıflaması									
Sınıf II[1]	62	4,28±1,04	4,03[1,33]	4,13±0,91	4,07[1,46]	4,42±0,97	4,35[1,30]	4,28±0,93	4,10[1,43]
Sınıf III[2]	134	2,74±0,94	2,61[1,42]	3,34±0,84	3,42[1,16]	3,09±0,96	3,07[1,46]	3,06±0,86	3,08[1,28]
Sınıf IV[3]	92	1,81±0,58	1,73[0,77]	2,44±0,60	2,32[0,91]	1,97±0,72	1,96[1,13]	2,07±0,60	2,02[0,89]
İstatiksel Analiz		F=150,015		F=86,744		F=138,852		F=138,085	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**		**[1-2,3;2-3]**	
Şu anki sağlık durumunun yorumlanması									
Çok Kötü[1]	98	1,85±0,58	1,76[0,87]	2,55±0,69	2,42[1,02]	2,06±0,77	2,03[1,16]	2,15±0,64	2,11[0,97]
Kötü[2]	105	2,79±0,99	2,69[1,50]	3,29±0,85	3,42[1,21]	3,12±1,03	3,00[1,50]	3,07±0,91	3,06[1,33]
İyi[3]	67	3,66±1,15	3,76[1,38]	3,80±0,92	3,78[1,21]	3,84±1,10	4,00[1,36]	3,77±1,01	3,78[1,25]
Çok iyi[4]	18	4,43±1,38	4,19[2,40]	4,32±1,07	4,25[1,66]	4,55±1,24	4,42[2,27]	4,44±1,20	4,23[2,11]
İstatiksel Analiz		F=68,510		F=42,174		F=61,028		F=63,137	
Olasılık		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Fark		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**		**[1-2,3,4;2-3,4]**	

Ejeksiyon Fraksiyon değeri	66	2,23±1,05	2,00[1,40]	2,79±0,92	2,60[1,52]	2,39±1,12	2,28[1,59]	2,47±1,00	2,36[1,54]
25 ve altı[1]	91	2,67±1,26	2,38[1,62]	3,16±1,05	3,00[1,43]	2,95±1,28	2,78[1,79]	2,93±1,17	2,64[1,60]
26-35[2]	84	3,01±1,07	2,84[1,73]	3,39±0,87	3,42[1,13]	3,26±1,07	3,35[1,68]	3,22±0,96	3,18[1,36]
36-49[3]	47	3,31±1,41	3,00[1,92]	3,63±1,00	3,50[1,43]	3,61±1,32	3,28[1,79]	3,52±1,19	3,33[1,50]
50 ve üzeri[4]		F=8,993		F=8,233		F=11,036		F=10,127	
İstatiksel Analiz		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**		**p<0,001**	
Olasılık Fark		**[1-3,4]**		**[1-3,4]**		**[1-2,3,4; 2-4]**		**[1-3,4]**	

*Grupların yanında belirtilen numaralar Post Hoc testlerinde yapılan ikili testlerdeki farkı belirlemek için kullanılmıştır.

Kalp yetersizliği tanısından itibaren geçen süreye göre fiziksel sınırlılık (F=7,095; p<0,001), emosyonel fonksiyon (F=6,004; p<0,001), sosyal fonksiyon (F=6,849; p<0,001) ve macnew global (F=7,146; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 yıldan daha az süre tanı almış bireyler ile 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 10 yıldan daha fazla süre tanı almış bireyler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında 1 yıldan daha az süre tanı almış bireylerin puanlarının, 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 10 yıldan daha fazla süre tanı almış olanların puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği nedeniyle polikliniğe başvuru sayısına göre fiziksel sınırlılık (F=4,583; p=0,004), emosyonel fonksiyon (F=4,881; p=0,003), sosyal fonksiyon (F=4,561; p=0,004) ve macnew global (F=4,946; p=0,002) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 0-1 kez başvuranlar ile 2-3 kez, 4-5 kez ve 6'dan fazla kez başvuranlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında 0-1 kez başvuranların puanlarının, 2-3 kez, 4-5 kez ve 6'dan fazla kez başvuranların puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış durumuna göre fiziksel sınırlılık (t=-4,382; p<0,001), emosyonel fonksiyon (t=-3,825; p<0,001), sosyal fonksiyon (t=-4,036; p<0,001) ve macnew global (t=-4,205; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatmamış olanların puanlarının, kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatmış olanların puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek kronik hastalığa sahip olma durumuna göre fiziksel sınırlılık (t=3,625; p<0,001), emosyonel fonksiyon (t=2,815; p=0,005), sosyal fonksiyon (t=3,352; p=0,001) ve macnew global (t=3,402; p=0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında ek kronik hastalığa sahip olmayanların puanlarının, ek kronik hastalığa sahip olanların puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kalp yetersizliği hastalık sınıflamasına göre fiziksel sınırlılık (F=150,015; p<0,001), emosyonel fonksiyon (F=8,233; p<0,001), sosyal fonksiyon (F=138,852; p<0,001) ve macnew global (F=138,015; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Tamhane's T2 ikili karşılaştırmalar sonucunda; sınıf II, sınıf III ve sınıf IV grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarının tamamında sınıf II grubu puanının sınıf III ve sınıf IV puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve sınıf III grubu puanının da sınıf IV grubu puanına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şu anki sağlık durumunun yorumlanmasına göre fiziksel sınırlılık (F=68,510; p<0,001), emosyonel fonksiyon (F=42,174; p<0,001), sosyal fonksiyon (F=61,128; p<0,001) ve macnew global (F=63,137; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ve Tamhane's T2 ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü grubu ile kötü, iyi ve çok iyi grupları arasında ve kötü ile iyi ve çok iyi grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarının tamamında çok iyi, iyi ve kötü gruplarının puanlarının çok kötü grubuna göre anlamlı bir şekilde daha yüksek, çok iyi ve iyi gruplarının puanlarının da kötü grubu puanına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ejeksiyon fraksiyon değerine göre fiziksel sınırlılık (F=8,993; p<0,001), emosyonel fonksiyon (F=8,233; p<0,001) ve macnew global (F=10,127; p<0,001) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 36-49 ve 50 ve üzeri grupları ile 25 ve altı grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında 36-49 ve 50 ve üzeri grup puanlarının 25 ve altı grubunun puanına anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ejeksiyon fraksiyon değerine göre sosyal fonksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=11,036; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 26-35, 36-49 ve 50 ve üzeri grupları ile 25 ve altı grupları arasında ve 26-35 grubu ile 50 ve üzeri grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Belirtilen ölçek puanlarında

25-36, 36-49 ve 50 ve üzeri grup puanlarının 25 ve altı grubunun puanına anlamlı olarak daha yüksek olduğu, 50 ve üzeri grubunun puanlarının ise 25-36 grubu puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.19. Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ile SYBDÖII puanlarının ilişkisinin incelenmesi

Korelasyon* (n=288)			**MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi**			
			Fiziksel Sınırlılık	*Emosyonel Fonksiyon*	*Sosyal Fonksiyon*	**Macnew Global**
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	*Sağlık Sorumluluğu*	r	0,552	0,465	0,550	0,543
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Manevi Gelişim	r	0,661	0,636	0,653	0,672
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Fiziksel Aktivite	r	0,558	0,432	0,530	0,530
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Beslenme Alışkanlığı	r	0,423	0,298	0,421	0,399
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Kişilerarası İlişkiler	r	0,701	0,648	0,710	0,711
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Stres Yönetimi	r	0,541	0,558	0,533	0,560
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	SYBDÖII Toplam	r	0,705	0,626	0,695	0,701
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Normal dağılım gösteren iki nicel ilişkisinin incelenmesinde ‘‘Pearson’’ korelasyon katsayısı, normal dağılım göstermeyen iki nicel ilişkinin incelenmesinde ise ‘‘Spearman’’ korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Sağlık sorumluluğu ile fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, orta dereceli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,001). Sağlık sorumluluğu puanı arttıkça fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları da artacaktır.

Sağlık sorumluluğu ile emosyonel fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, zayıf dereceli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,001). Sağlık sorumluluğu puanı arttıkça emosyonel fonksiyon puanı da artacaktır.

Manevi gelişim ile fiziksel sınırlılık, emosyonel ve sosyal fonksiyon ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, orta dereceli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,001). Manevi gelişim puanı arttıkça fiziksel sınırlılık, emosyonel ve sosyal fonksiyon ve macnew global puanları da artacaktır.

Fiziksel aktivite ile fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,001). Sağlık sorumluluğu puanı arttıkça fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları da artacaktır.

Fiziksel aktivite ile emosyonel fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Fiziksel aktivite puanı arttıkça emosyonel fonksiyon puanı da artacaktır.

Beslenme alışkanlığı ile fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Beslenme alışkanlığı puanı arttıkça fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları da artacaktır.

Beslenme alışkanlığı ile emosyonel fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Beslenme alışkanlığı puanı arttıkça emosyonel fonksiyon puanı da artacaktır.

Kişilerarası ilişkiler ile fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, güçlü derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Kişilerarası ilişkiler puanı arttıkça fiziksel sınırlılık, sosyal fonksiyon ve macnew global puanları da artacaktır.

Kişilerarası ilişkiler ile emosyonel fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, orta dereceli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Kişilerarası ilişkiler puanı arttıkça emosyonel fonksiyon puanı da artacaktır.

Stres yönetimi ile fiziksel sınırlılık, emosyonel ve sosyal fonksiyon ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Stres yönetimi puanı arttıkça fiziksel sınırlılık, emosyonel ve sosyal fonksiyon ve macnew global puanları da artacaktır.

SYBDÖII toplam puanı ile fiziksel sınırlılık ve macnew global puanları arasında pozitif yönlü, güçlü derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). SYBDÖII puanı arttıkça fiziksel sınırlılık ve macnew global puanları da artacaktır.

SYBDÖII toplam puanı ile emosyonel ve sosyal fonksiyon puanları arasında pozitif yönlü, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). SYBDÖII puanı arttıkça emosyonel ve sosyal fonksiyon puanları da artacaktır.

Tablo 4.20. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Macnew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeğini Yordama Düzeyi

Bağımsız Değişkenler	**ß**	**S.H.**	**S.ß**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
						Alt Sınır	**Üst Sınır**
Sabit	-1,449	0,273		-5,315	p<0,01	-1,986	-0,913
SYBDÖII	0,039	0,002	0,701	16,610	p<0,01	0,035	0,44
Durbin-Watson=1,543	F=275,901			p<0,001	R^2=0,491		

Kalp yetersizliğine sahip olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesi üzerindeki yordama derecesinin incelenmesi amacıyla Enter yaklaşımıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analizin sonucunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği toplam puanlarının Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi toplam puanını yordadığı tespit edilmiştir (p<0,001).

Model anlamlılığının test edilmesi amacıyla Anova testi uygulanmış ve oluşturulan regresyon modelinin anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=275,901; p<0,001). Modeldeki bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %49,1'dir. Durbin-Watson istastik verileri incelendiğinde modelde herhangi bir değişkenin otokorelasyona neden olmadığı belirlenmiştir (DW=1,543). Modelde hiçbir değişkenin etkisi bulunmadığında Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi toplam puan ortalamasının -1,449 olması beklenmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği toplam puanı regresyon katsayısı 0,039 olarak belirlenmiş ve yordama düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,001). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinde bir puanlık artış gerçekleştiğinde Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi toplam puan ortalaması 0,039 puan artış göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma neticesinde elde edilmiş olan bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Kalp yetersizliği tablosunun gelişiminde kişinin yaşam tarzının büyük bir yeri bulunmaktadır. En büyük risk faktörlerinden olan, diyabet, HT ve KAH gibi hastalıkların oluşumunda sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, stres ve depresyon gibi birçok yaşam davranışının rol oynadığı bilinmektedir (18). KY gelişen hastaların tedavi sürecini, semptom yönetimini ve yaşamsal faaliyetlerini daha etkili bir şekilde sürdürebilmeleri için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını istikrarlı olarak sergilemeleri gerekmektedir (10,11).

Çalışmamıza dahil edilen hastaların SYBDÖII toplam puanının ortalamaya yakın bir düzeyde olduğu analiz edilmiştir. Çalışmamızda en yüksek puan manevi gelişim alt boyutunda iken en düşük puan fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Habibzadeh ve ark. KY hastalarına verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirdiği çalışmada eğitim öncesi puan ortalamalarının, ortalamadan düşük olduğu, manevi gelişim alt boyutunun en yüksek ve fiziksel aktivite alt boyutunun en düşük puana sahip olduğu belirtilmiştir (155). Savaşan ve ark. KAH hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada toplam puanın ortalama üzerinde olduğu bildirilirken, en yüksek puan manevi gelişim, en düşük puan ise fiziksel aktivite alt boyutlarında olduğu belirtilmiştir (116). Moradi ve ark. akut koroner sendromlu hastalara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada ve Özer ve Argon'un hem yatarak hem de poliklinikte tedavi gören KY hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada toplam puanın ortalamanın üzerinde olduğu belirtilmiştir (138,157). Çalışmamızdaki sonuçların genel olarak literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. SYBDÖII toplam puan ortalamasının literatürden farklı sonuçların çıkmasında çalışmamızın kliniklerde yatarak tedavi gören kalp yetersizliği hastalarına yönelik gerçekleştirilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre SBYDÖII puanları incelendiğinde; 81 yaş ve üzeri hastaların, diğer yaş grubundakilere göre belirgin bir şekilde istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ise sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarında 81 yaş üzeri gruptaki hastaların 60 yaş altına göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu, kişiler arası ilişkilerde de 81 yaş üzeri gruptaki hastaların, 60 yaş altı ve 71-80 yaş arasındaki hastalardan istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir. 81 yaş ve üzerindeki hastaların puanlarındaki bu düşüklüğün, ilerleyen yaşla birlikte vücut fonksiyonlarında bozulma ve/veya yavaşlama ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çayır'ın gerçekleştirdiği çalışmada 81 yaş ve üzerindeki hastaların en düşük puana sahip olduğu belirtilmiştir (119). Chen ve ark. kronik hastalığa sahip yaşlı hastalara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada da sağlık davranışları ile yaş arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (160). Polat ve Kahramanın yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmada 80 yaş üzeri hastalar ile diğer yaş grupları arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir (117).

Cinsiyete göre SBYDÖII puanları incelendiğinde erkeklerin daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde ise Özer ve Argon'un KY hastalarına yönelik çalışmasında (138), Başarır ve Çınar Pakyüz'ün (121) hemodiyaliz hastalarına yönelik yaptığı çalışmada ve Küçükberber ve ark. (111) KAH hastalarına yönelik yaptığı çalışmada da erkeklerin daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Bu bağlamda literatürle uyumlu sonuçlar elde edildiği anlaşılmaktadır. Toplumumuzdaki geleneksel ataerkil aile yapısının yaşlı popülasyonda hala etkisini gösterdiği ve bu açıdan erkek hastaların kadınlara göre gerek sosyal gerek iş yaşamlarında daha aktif rol oynamasının daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemelerine ve bunu yaşam biçimine dönüştürmelerine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde eğitim seviyesi yüksek olan insanların bilişsel ve kognitif fonksiyon kapasitesinin yüksek olması nedeniyle yaşam tarzındaki değişikliklerin önemini daha iyi kavrayarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da daha yüksek düzeyde uyguladıkları bildirilmektedir (122). Çalışmamızda eğitim düzeyine göre alınan puanları incelediğimizde okuryazar olmayan hastalardan üniversite düzeyine gidildikçe puanın da artış gösterdiği görülmektedir. Bu sebeple eğitim düzeyinin artmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da daha fazla uygulandığı düşünülmektedir. Kınıcı'nın KY

hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada, Simoni ve ark. hipertansiyonlu hastalara yönelik yaptığı çalışmada (156), Alcan ve ark. (122) koroner arter baypass grefti yapılan hastalara yönelik yaptığı çalışmada ve Kuru ve Piyal'in (123) KAH tanılı hastalara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖII'den alınan puanların da yükseldiği bildirilmiştir. Bu bağlamda eğitim düzeyinin yükselmesinin, KY hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirerek hastalığın daha iyi yönetilmesine katkı sağlayacağını göstermektedir.

Araştırmamıza dahil edilen hastaların medeni durumlarına göre SYBDÖII puanları incelendiğinde eşi vefat etmiş olan hastaların, evli ve bekar olanlara göre daha düşük sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği görülmektedir. Küçükberber ve ark. kalp hastalarına yönelik çalışmasında evli olanların olmayanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu belirtilmiştir (111). Çelik ve ark. çalışmasında da yine evli olanların bekar ve boşanmışlara oranla daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir (124). KY hastalarında özbakım aktiviteleri ve semptom yönetiminde bakım veren desteğinin önemli bir rolü olduğu için ailesi ile birlikte yaşayanların SYBDÖII puanlarının daha yüksek olmasının bu açıdan beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda değerlendirilen hastaların, çocuk sayısı arttıkça SBYDÖII puanlarında azalma olduğu görülmektedir. Özellikle bütün alt boyutlarda beş çocuk ve daha fazlasına sahip olan hastaların anlamlı bir şekilde en düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir. Norgaz ve ark. akut miyokard infarktüslü hastalara yönelik yaptığı bir çalışmada çocuk sayısı fazla olan kişilerin hastaneye başvurma sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir (125). Akkuş'un kardiyak cerrahi planlanan hastalara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada dört ve üzeri çocuğa sahip olan hastaların tüm ölçek puanlarında en düşük puana sahip olduğu bildirilmiştir (115). Sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Literatürde KY hastalarına yönelik yapılan çalışmalarda çocuk sayısının değerlendirildiği çalışma sayısının çok az olduğu bu açıdan tespit edilen bulguların önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastaların mesleki durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde en düşük düzeyde olan grubun bir işte çalışmayanlar olduğu görülmektedir. Özellikle fiziksel aktivite boyutunda çalışmayanlar ve ev hanımlarının en düşük puanlara sahip olduğu anlaşılmaktadır. Küçükberber ve ark. (125) kalp hastalarına

yönelik gerçekleştirdiği çalışmada ve Gülcivan ve Topçu'nun (126) meme kanserli hastalara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada, çalışmayanların daha düşük puanlara sahip olduğu belirtilmektedir. Çalışan veya emekli olan kişilerin maddi-manevi imkanlarının daha elverişli olması, yaşam tarzı değişiklikleri için ihtiyaç duyulan imkanlara daha rahat ulaşılabilmesi, bu hastaların puanlarını daha yüksek olmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olan hastaların daha yüksek SYBDÖII puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Çelik ve ark.'nın bir huzurevinde gerçekleştirdiği çalışmada da sosyal güvencesi olanların daha yüksek puanlara sahip olduğu bildirilmiştir (124). Sosyal güvencenin, hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilme imkânı göz önünde bulundurulduğunda, hastaların bu konudaki kaygı düzeyinin daha düşük olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama noktasında pozitif bir etki ettiği düşünülmektedir.

Hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde gelir düzeyinin azalmasıyla SYBDÖII puanlarının da azaldığı görülmektedir. Başka bir deyişle ekonomik anlamda iyi durumda olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladığı görülmektedir. Softa ve ark. yaşlılara yönelik yaptığı çalışmada (120) ve Küçükberber ve ark. kalp hastalarına yönelik yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların SYBDÖII puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (111). Gelir düzeyinin yüksek olmasıyla birlikte bireylerin ekonomik kaygıları olmadan yaşam tarzı değişikliklerine kolaylıkla gidebileceği böylelikle sağlığı koruma ve geliştirme noktasında daha fazla rol alabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların sadece çocuğu ile yaşayanlara göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilediği görülmektedir. Kınıcı'nın KY hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada eş ve çocuklarıyla yaşayanların sadece eşleriyle yaşayanlara göre daha fazla sağlık davranışı sergilediği belirtilmiştir (132). Karalar'ın kanser hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada birlikte yaşadığı kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki etmediği bildirilmiştir (127). Çalışmamızda yaş ortalamasının da yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda elde edilen sonuçların eş ve çocukları ile yaşayan hastaların aile desteğini alarak daha fazla sağlıklı davranışlar sergilediği söylenebilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre 6 ay-11 ay süredir tanı almış hastaların, 1-3 yıldır tanı almış hastalara göre daha yüksek SYBD sergilediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde Özer'in (110), Kınıcı'nın (132) ve Özen'in (109) gerçekleştirdiği çalışmalarda tanı süresi ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda farklı sonuçlar alınmasının çalışmamıza dahil edilen hastaların tanılarını öğrendikten sonra yaşam tarzında değişikliğe gitme eğiliminin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların, KY sebebiyle daha önce hastaneye yatanların daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği belirlenmiştir. Mosleh ve Darawad'ın KAH hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada da daha önce hastaneye yatmış olan hastaların daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği belirtilmiştir (130). Savaşan ve ark. KAH hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada ise Sağlık sorumluluğu alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (116). Hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ile hastane yatış sıklığı arasında önemli bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Kalp yetersizliği tablosunun gelişmesinde DM, HT ve KAH gibi kronik hastalıkların önemli rolü bulunduğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki ek kronik hastalığa sahip olan hastaların, olmayanlara göre daha düşük SYBD sergilediği belirlenmiştir. Küçükberber ve ark. (111) kalp hastalarına yönelik çalışmasında ve Gür ve Sunal'ın (131) KAH hastalarına yönelik yaptığı çalışmada da yine benzer sonuçlar saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında ek kronik hastalığa sahip olmanın, KY hastalık yönetiminde sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirme noktasında hastalar açısından önemli bir zorluk oluşturduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda düzenli sağlık kontrollerine giden hastaların gitmeyenlere göre daha yüksek SYBD sergilediği tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Kınıcı'nın KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer sonuçlar alındığı tespit edilmiştir (132). Sağlık kontrollerine düzenli gitmenin, hastalığın tedavi ve semptom yönetimi sürecinde önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Hastaların tanı ve tedavi sürecinde NYHA sınıflandırma sisteminin tanı ve tedavi sürecinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Çalışmamıza dahil edilen hastaların bu sınıflandırmaya göre SYBD incelendiğinde sınıf düzeyi artıkça SYBD sergileme

düzeyinin de azaldığı görülmektedir. Kınıcı'nın çalışmasında ise anlamlı bir sonuç olmadığı belirtilmiştir (132). Bu farkın oluşmasında çalışmamıza sadece hastanede yatan hastaların dahil edilmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların kendi sağlık durumlarını algılama düzeyleri tedavi süreci için önemli bir unsurdur. Çalışmamızdaki KY hastalarının şu anki sağlığını algılama düzeyleri yükseldikçe daha fazla SYBD sergiledikleri anlaşılmaktadır. Kızıloğlu'nun yaşlılara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (133). Kınıcı'nın KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada ise düzey artıkça sağlık davranışları puanları da artsa da anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir (132).

Araştırmamızdaki hastaların EF değerlerine göre SYBDÖII puanları incelendiğinde EF değeri azaldıkça SYBDÖII puanının da azaldığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde Özen'in (110) sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı KY hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada EF değeri ile sağlık davranışları arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Aynı şekilde Özer'in (109) düşük EF'li KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada da bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların sadece düşük EF'li olmaması ve herhangi bir spesifik bozukluğa bağlı olmaksızın genel KY hastalarının incelenmesinin bu farkı oluşturduğu düşünülmektedir.

5.2. Hastaların Macnew Anketi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamıza dahil edilen hastaların Macnew anketi toplam puanlarının ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların en düşük puanı fiziksel sınırlılık, en yüksek puanı ise emosyonel gelişim alt boyutlarından aldıkları tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Abbasi ve ark. (134) KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada, Boğan ve Korkmaz'ın (108) KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada ve Doğan ve ark. (135) kalp hastalarına yönelik yaptığı çalışmalarda tespit edilen macnew puan ortalamalarına göre çalışmamızdaki hastaların daha düşük bir puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Lisiak ve ark. akut koroner sendromlu yaşlı hastalara yönelik yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer olarak en düşük puan fiziksel sınırlılık alt boyutunda iken en yüksek puan emosyonel gelişim alt boyutundadır (158). KY hastalarında hastaneye yatışların

engellenmesi için semptomların başarılı bir şekilde yönetilmesi, beslenme ve fiziksel aktivite gibi birçok noktada dikkatli olunması gerekmektedir. Çalışmamızdaki hastaların KY'yi etkisiz yönetmesine bağlı olarak hastaneye yatmış olması ve bu etkisiz yönetimle birlikte yaşam kalitesinde de düşüş yaşanmış olduğu düşünülmektedir.

Hastaların 81 yaş ve üzeri ile diğer yaş gruplarına göre fiziksel sınırlılık puanının daha düşük olduğu diğer ölçek puanlarında ise anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Çaloğlu'nun, KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmasda 65 yaş altı ve 65 yaş üstü bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir (136). Boğan ve Korkmaz'ın çalışmasında da yaşa göre anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (108). Lisiak ve ark. akut koroner sendromlu yaşlı hastalara yönelik yaptığı çalışmada ise 65-75 yaş grubunun 76-85 yaş grubuna göre daha yüksek fiziksel sınırlılık puanına sahip olduğu belirtilmiştir (156). Çalışmamızda 81 yaş ve üzeri hasta grubunun fiziksel sınırlılık puanının daha düşük olmasının ileri yaşa bağlı olarak fiziksel kapasitede düşüşün meydana gelmesiyle ilişkili olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza dahil edilen erkek hastalarda yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bundgaard ve ark. (137) çalışmasında, Küçükberber ve ark. (111) çalışmasında ve Özer ve Argon'un (138) çalışmasında da erkeklerin yaşam kalitesinin daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki sonuçların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Erkek hastaların, hastalıklara karşı yaşam tarzı oluşturma noktasında kadınlara göre daha aktif bir rol sergilemelerinin yaşam kalitesinde de etkisini gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen KY hastalarının eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Ricea ve ark. yaptığı çalışmada (139), Aktan ve Ünsar'ın (89) çalışmasında, Aljabery ve ark. akut koroner sendromlu hastalara yönelik yaptığı çalışmada (118) ve Dudak'ın gerçekleştirdiği çalışmada (112), eğitim düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesinin yükselmesi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Araştırmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyinin yüksek olan hastaların, hastalıkla mücadele noktasında araştırma yapma, öğrenilen bilgileri hayata geçirerek bir yaşam tarzı oluşturma, tedavi ve bakım sürecini daha başarılı yönetme ve yaşam kalitesini olumlu yönde geliştirme gibi birçok noktada daha başarılı olacağı düşünülmektedir.

Gelir düzeylerine göre yaşam kalitesi incelendiğinde özellikle geliri gidere eşit olanların, geliri giderden az olanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu anlaşılmıştır. Zengin ve ark. gerçekleştirdiği çalışmada maddi durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (140). Çalışmamızdaki hasta sayısının fazla olmasının farklı sonuç bulunmasına katkı sağladığı düşünülmektedir. Akarsu'nun gerçekleştirdiği çalışmada ise çalışmamıza benzer olarak geliri gidere eşit olanların, geliri giderden az olanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (141). Ekonomik olarak iyi düzeyde olmanın yaşam kalitesini iyileştirme noktasında kolaylık sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki KY hastalarında ilde yaşayanların köyde yaşayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Acar Demirel yapmış olduğu çalışmada köyde yaşayan hastaların yaşam kalitesi puanı daha yüksek olsa da anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (142). Kınıcı'nın (132) ve Aktan'ın (152) yaptığı çalışmada köyde ya da ilde yaşama arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir. Çaloğlu'nun gerçekleştirdiği çalışmada ise ilde yaşayanların köyde yaşayanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir (136). Çalışmamızda köyde yaşayanların daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasının bölgedeki köylerin daha çok yüksek yerlerde yayla gibi alanlarda bulunmasının yanı sıra sağlık bakım hizmetlerine de geçmişe nazaran daha rahat ulaşabilmelerinin de katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki KY hastalarının 6 ay-11 ay önce tanı alanlarda daha yüksek yaşam kalitesi olduğu anlaşılmaktadır. Salık ve Sarıtaş'ın gerçekleştirdiği çalışmada da tanı süresi uzadıkça hastaların yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir (143). Literatür incelendiğinde tanı süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (138,144,145). Hastalık, yıllar geçtikçe bireyin yaşamına etkisini de artırmakta ve etkili bir yönetim sergilenmediğinde yaşam kalitesi ciddi seviyede düşmekte ve bunun sonucunda ölüme kadar giden tablolar gelişebilmektedir. Bu sebeple yeni tanı alan hastaların henüz hastalığın ilerlememesi sebebiyle kişinin yaşam kalitesinin de daha az etkilendiği düşünülebilir.

Araştırma sonucunda hastaneye daha önce de yatmış olan hastaların yaşam kalitesinin yatmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Salık ve Sarıtaş'ın yaptığı çalışmada hastaların yatış sayısı artıkça daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu

bildirilmiştir. Zengin ve ark. çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (143). Boğan ve Korkmaz'ın çalışmasında da daha az hastane yatışı olan hastaların daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahip olduğu belirtilse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (108). Hastaneye yatış KY hastaları için yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli bir parametredir ve literatürle uyumlu bulgulara ulaşıldığı anlaşılmaktadır.

Araştırma sonucunda ek kronik hastalığa sahip olan hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Küçükberber ve ark. kalp hastalarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (111). Silavanich ve ark. gerçekleştirdiği çalışmada da ek hastalığa sahip hastalar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (146). Reddy ve ark. korunmuş EF'li KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada ise diyabeti olan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (147). Hastaların KY semptomlarını yönetmenin yanına DM, HT gibi kronik hastalıkların semptomlarının da eklenmesiyle daha zorlu bir süreç yaşadıkları ve yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın bulgularına göre hastaların NYHA sınıflama düzeyi artıkça yaşam kalitesinin de ters orantılı olarak azaldığı tespit edilmiştir. Årestedt ve ark. kronik KY hastalarına yönelik yaptığı çalışmada da benzer bulgular bildirilmiştir (148). Seto ve ark. gerçekleştirdiği çalışmada da hastanın sınıfı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Aktan'ın gerçekleştirdiği çalışmada da yine benzer sonuçlar bulunmuştur (152). KY hastalarında NYHA sınıflaması, hastaların dispne, fiziksel aktivite kapasitesi gibi semptomların hastayı etkileme düzeyine göre oluşturulan bir sistemdir. Hastaların semptom yükü artıkça sınıf düzeyi de artmakta bunun sonucu olarak da yaşam kalitesinin etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre şu anki sağlık durumu yorumlamasına göre çok kötüden çok iyiye gidildikçe yaşam kalitesinin de artış gösterdiği belirlenmiştir. Kınıcı'nın (132) gerçekleştirdiği çalışmada, Efe ve Olgun'un (149) çalışmasında ve Dudak'ın (112) yaptığı çalışmada da benzer bulgular bildirilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçların literatürle benzer bulguların olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların EF değeri ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların EF değeri düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğü görülmektedir. Çalışmamıza benzer bulgular, Alaloul ve ark. (157) Arap

hastalara yönelik yaptığı çalışmada ve Acar Demirel'in çalışmasında tespit edilmiştir (142). Paz ve ark. yaptığı çalışmada ise EF değeri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (150). Özer ve Argon'un KY hastalarına yönelik çalışmasında da EF değerleri ile anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (138). Çalışmamıza dahil edilen hasta sayısının çok daha fazla olması ve diğer çalışmalara kıyasla EF değer gruplamasında daha dengeli olunmasının bu farkın oluşmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

5.3. SBYDÖII ve Macnew Anketleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızın sonuçları, hastaların SYBDÖII ve alt boyutları ile Macnew anketi ve alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir. Bu bulgularımızla birlikte ''Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır'' H_1 hipotezimiz ispatlanmıştır. Özer ve Argon'un KY hastalarının sağlık davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki davranışları incelediği çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (138). Küçükberber ve ark. kalp hastalarına yönelik yaptığı benzer çalışmada da SYBD ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (111). Annaç'ın koroner arter hastalığı olan bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada da SYBD ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (151). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde araştırmamızın sonuçlarının uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışma sonucumuz doğrultusunda hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesinin yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların SYBDÖII puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların SYBDÖII alt boyutlarına göre en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite, en yüksek puan ortalamasını ise manevi gelişim alt boyutlarından aldığı belirlenmiştir.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerinde; ileri yaşın, kadın cinsiyetin, düşük eğitim düzeyinin, eşi vefat etmiş olmanın, çocuk sayısının fazla olmasının, çalışmıyor olmanın, sosyal güvence olmayışının, düşük gelir düzeyinin ve çocuğuyla yaşamanın SYBD üzerinde olumsuz etkisi olduğu gözlemlenmiştir.
- Hastaların hastalık özelliklerinde; tanı süresinin uzamasının, daha önce hastaneye KY sebebiyle yatmış olmanın, ek kronik hastalığa sahip olmanın, sağlık kontrollerine düzensiz gitmenin, KY hastalık sınıflama düzeyinin artmasının, hastanın sağlığını kötü algılamasının ve EF değerinin azalmasının SYBD üzerinde olumsuz etki oluşturduğu belirlenmiştir.
- Hastaların Macnew Anketi puan ortalamasının, ortalamanın altında olduğu tespit edilmiştir.
- Macnew Anketi alt boyutlarına göre hastalar en düşük puanı Fiziksel Sınırlılık alt boyutundan, en yüksek puanı ise Emosyonel fonksiyon alt boyutundan aldığı belirlenmiştir.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre; yaşlarının fiziksel sınırlılık düzeyini olumsuz etkilediği, kadın cinsiyetin, düşük eğitim düzeyinin, düşük gelir düzeyinin ve şehirde yaşamanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır.
- Hastaların hastalık özelliklerine göre; tanı süresinin artmasının, polikliniğe başvuru sayısının artmasının, daha önce hastaneye KY sebebiyle yatışın, ek kronik hastalığa sahip olmanın, KY hastalık sınıflamasında düzeyin artmasının, hastaların sağlıklarını kötü algılamasının ve EF değerlerinin azalmasının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir.

- Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları artıkça yaşam kalitesi de artış göstermektedir.

Bu sonuçlar çerçevesinde;

- Kardiyoloji servislerinde, kalp yetersizliği hastalarına hemşirelerin öncülüğünde diğer disiplinler ile iş birliği içerisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmesine yönelik hasta eğitimlerinin düzenlenmesi,
- Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyileştirmeye yönelik eğitimlerin planlama aşamasında araştırma sonuçları doğrultusunda olumsuz etki yaratan durumlara yönelik daha yoğun eğitim ve takip desteğinin sağlanması,
- Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi noktasında en düşük puana sahip oldukları fiziksel aktivite düzeylerini artırmaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesi ve fiziksel aktivite uygulamalarının teşvik edilmesi,
- Araştırma sonuçları doğrultusunda KY hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlere sahip hastalara yönelik eğitim ve takibin artırılması,
- Kalp yetersizliği olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça yaşam kalitesinin de iyileşeceği hususunda bilinçlendirilmeleri ve buna ilişkin düzenlenen eğitim programlarını inceleyen çalışmaların sayısının arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Kasapoğlu, E. S., & Enç, N.** A Guide for the Nurses in Care Management of Heart Failure. *Turk J Card Nur.* **2017***; 8(16): 35-44.*

2. **Zoghi, M.** Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim*, **2011**, *24*, 1-5.

3. **James, Spencer L et al.** Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, *The Lancet*, **2017**, Volume 392, Issue 10159, 1789 – 1858.

4. **Gianluigi Savarese, Peter Moritz Becher, Lars H Lund, Petar Seferovic, Giuseppe M C Rosano, Andrew J S Coats.** Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology, *Cardiovascular Research*, Volume 118, Issue 17, **2022**; Pages 3272–3287.

5. **Degertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M. K., ... & Kozan, Ö.** Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, **2012**; 40(4), 298-308.

6. **Ziaeian B, Fonarow GC.** Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol*. **2016**;13(6):368-78.

7. **Türen, S.** Yoğun Bakımda Akut Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2018**; 22(2), 73-79.

8. **Badır, A.** Kalp Hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. *Akademisyen Yayınevi*, **2017;** s. 499-512.

9. **Vos T, et al. (2012**). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380:21632196.

10. **Aggarwal, M., Bozkurt, B., Panjrath, et al.** Lifestyle Modifications for Preventing and Treating Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, **2018;** 72(19), 2391–2405.

11. **Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F.** The relationship between healthy life style behaviors and hopelessness in patients with heart failure. *Turk J Card Nur*. **2016**; 7(13): 114-126.

12. **Ebong IA, Goff DC, Rodriguez CJ, et al.** The relationship between measures of obesity and incident heart failure: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Obesity (Silver Spring)* **2013**; 21:1915–22.

13. **Pandey A, LaMonte M, Klein L, et al.** Relationship between physical activity, body mass index, and risk of heart failure. *J Am Coll Cardiol* **2017**; 69:1129–42.

14. **Larsson SC, Tektonidis TG, Gigante B, Akesson A, Wolk A. (2016)**. Healthy lifestyle and risk of heart failure: Results from 2 prospective cohort studies. *Circ Heart Fail* 2016;9:e002855.

15. **M Suzanne White, Nathania Bush, Meredith Hennion, Brianna Bush. (2024).** Promoting health and improving quality of life in heart failure patients, Clinics in Integrated Care. *Volume* 25, 2024, 100215, ISSN 2666-8696, https://doi.org/10.1016/j.intcar.2024.100215.

16. **Johansson, I., Joseph, P., Balasubramanian, et al.** Health-Related Quality of Life and Mortality in Heart Failure: The Global Congestive Heart Failure Study of 23 000 Patients From 40 Countries. *Circulation*, **2021**; 143(22), 2129–2142.

17. **Kelkar AA, Spertus J, Pang P, et al.** Utility of patient-reported outcome instruments in heart failure. *JACC Heart Fail.* **2016**; 4:165–175.

18. **Özdemir, V. A.** Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**.

19. **Freedland, K. E., Rich, M. W., & Carney, R. M.** Improving Quality of Life in Heart Failure. *Current cardiology reports*, **2021;** 23(11), 159.

20. **Rice, H., Say, R., & Betihavas, V.** The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient education and counseling*, **2018;** 101(3), 363–374.

21. **Kaya, G., & Çıtlık Sarıtaş, S.** Kalp yetersizliği bulunan hastalarda semptom kontrolünde egzersizin önemi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2016**; 7(13):75-87.

22. **Akıncı, A. Ç., Zengin, N., & Buğu, Y.** Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2014;** 18(2), 52-61.

23. **M.B. Harrison, et al.** Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition, *Med. Care*, **2002;** 40 (4) 271–282.

24. **H.M. Krumholz, et al.** Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure, *J. Am. Coll. Cardiol*. **2002;** 39 (1) 83–89.

25. **D. Ferrante, et al.** Long-term results after a telephone intervention in chronic heart failure: DIAL (Randomized Trial of Phone Intervention in Chronic Heart Failure) follow-up, *J. Am. Coll*. Cardiol. **2010;** 56 (5) 372–378.

26. **Galbreath A.D., et al.** Long-term healthcare and cost outcomes of disease management in a large: randomized, community-based population with heart failure, *Circulation* **2004;** 110 (23) 3518–3526.

27. **Xia, J., Brownell, N. K., Fonarow, G. C., & Ziaeian, B.** New models for heart failure care delivery. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 82, **2024;** 70–89.

28. **McDonagh, T.A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H.** 2021 ESC guidielines fort he diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, **2021**; 42(36), 3599-3726.

29. **Crespo-Leiro, M. G., Metra, M., Lund, L. H., et al.** Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, **2018**; 20(11), 1505–1535.

30. **Kurmani S, Squire I. (2017).** Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. *Curr Heart Fail*, **2017**; 14(5):385-392.

31. **Greene, S. J., Bauersachs, J., Brugts, J. J., et al.** Worsening Heart Failure: Nomenclature, Epidemiology, and Future Directions: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology*, **2023**; 81(4), 413–424.

32. **Bragazzi, N. L., Zhong, W., Shu, J., et al.** Burden of heart failure and underlying causes in 195 countries and territories from 1990 to 2017. *European journal of preventive cardiology*, **2021**; 28(15), 1682–1690.

33. **Akdemir, N., & Canlı Özer, Z.** Kalp yetmezliğinde hemşirelik bakımı ve kalp hastalıklarından korunma. İçinde N. Akdemir (Ed.). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: 587-597. Ankara, *Akademisyen Kitabevi*, **2021**.

34. **Hammer, G.D., & McPhee, S.J.** Hastalıkların Patofizyolojisi. (Çev. A.E. Eşkazan). 299-306. *İstanbul Tıp Kitabevleri, **2022**.*

35. **Mert, H., & Bilik, Ö. (Ed).** Brunner & Suddarth'ın Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Klinikler El Kitabı, 371-377. Ankara, *Palme Yayınevi* **2020**.

36. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. URL: https://www.tuik.gov.tr/ Erişim Tarihi: **13.07.2024.**

37. **Karadakovan, A., & Aslan E, F. (Ed).** Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım, 101-103. Ankara. *Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım*, **2017**.

38. **Tanai E, Frantz S.** Pathophysiology of Heart Failure. *Compr Physiol*. **2015**; 6(1):187-214.

39. **Malik A, Brito D, Vaqar S, et al.** Congestive Heart Failure. [Updated 2023 Nov 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*, **2024**.

40. **Rogers C, Bush N.** Heart Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Medical Treatment Guidelines, and Nursing Management. *Nurs Clin North Am*. **2015**; 50(4):787-99. doi: 10.1016/j.cnur.2015.07.012. PMID: 26596665.

41. **Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, et al.** 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American college of cardiology*, **2013**; 62(16), e147-e239.

42. **Siracuse, J.J., Chaikof, E.L. (2012).** The Pathogenesis of Diabetic Atherosclerosis. In: Shrikhande, G., McKinsey, J. (eds) *Diabetes and Peripheral Vascular Disease*. **2012**.

43. **Fletcher L, Thomas D.** Heart failure: understanding the pathophysiology and management. *J Am Acad Nurse Pract* **2001**; 13(6):249–57.

44. **Porth, C. M., & Gaspard, K. J.** Patofizyolojinin Temelleri. (Çev. M. Durusu Tanrıöver & A. Sarı).486–512. *Palme Yayınları* **2018**.

45. **Jurgens CY, Hoke L, Byrnes J, Riegel B.** Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nurs Res*. **2009**; 58(4):274-82.

46. **Akdemir, N. (Ed.).** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (8. Baskı). Yenişehir, Ankara: *Nobel Tıp Kitabevleri*, **2023**.

47. **McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al.** ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. **2012**; 33(14):1787-847.

48. **Akdeniz, Ş., & Özer, Z. C.** Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisine dayalı kalp yetersizliği olan hastalarda semptom yönetimi, öz bakım gücü ve sağlık davranışlarına planlı hasta eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **2021**; 12(28), 100-109.

49. **Bozgül, Ş. M. K., & Bozkurt, D.** Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetmezliği. *Ege Tıp Dergisi*, **2021;** 94-97.

50. **Snipelisky D, Chaudhry SP, Stewart GC.** The Many Faces of Heart Failure. *Card Electrophysiol Clin*. **2019**; 11(1):11-20.

51. **Arrigo M, Jessup M, Mullens W, et al.** Acute heart failure. *Nat Rev Dis Primers*. **2020**; 6(1):16.

52. **Harjola VP, Mullens W, Banaszewski M, et al.** Organ dysfunction, injury and failure in acute heart failure: from pathophysiology to diagnosis and management. A review on behalf of the Acute Heart Failure Committee of the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail*. **2017**; 19(7):821-836.

53. **Metra M, Cotter G, Davison BA, et al.** Effect of serelaxin on cardiac, renal, and hepatic biomarkers in the Relaxin in Acute Heart Failure (RELAX-AHF) development program: correlation with outcomes. *J Am Coll Cardiol*. **2013**; 61:196–206. [PubMed: 23273292].

54. **Alerić I, Katalinić D, Krpan M.** Cardiopulmonary Interactions with Consecutive Pulmonary Abnormalities in Patients with Chronic Heart Failure. *Acta Clin Croat*. **2017**; 56(3):526-535.

55. **Behnoush AH, Khalaji A, Naderi N, et al.** ACC/AHA/HFSA 2022 and ESC 2021 guidelines on heart failure comparison. *ESC Heart Fail*. **2023**; 10(3):1531-1544.

56. **Drazner MH, Rame JE, Stevenson LW, et al.** Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure. *N Engl J Med* **2001**; 345: 574–581.

57. **Drazner MH, Hellkamp AS, Leier CV, et al.** Value of clinician assessment of hemodynamics in advanced heart failure: the ESCAPE trial. *Circ Heart Fail* **2008**; 1: 170–177.

58. **Bardy, G. H., Lee, K. L., Mark, D. B., et al.** Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *The New England journal of medicine,* **2005***;* 352(3), 225–237.

59. **Kashani, A., & Barold, S. S.** Significance of QRS complex duration in patients with heart failure. Journal of the American College of Cardiology, **2005**; 46(12), 2183–2192.

60. **Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., et al.** 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American college of cardiology*, **2013**; 62(16), e147-e239.

61. **Mazurek, J. A., & Jessup, M.** Understanding Heart Failure. *Cardiac electrophysiology clinics*, **2015**; 7(4), 557–575.

62. **Consensus Trial Study Group*.** Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, **1987**; 316(23), 1429-1435.

63. **SOLVD Investigators*.** Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, **1991;** 325(5), 293-302.

64. **SOLVD Investigators*.** Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *New England Journal of Medicine*, **1991;** 327(10), 685-691.

65. **Pfeffer, M. A., Braunwald, E., Moyé, L., et al.** Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. Results of the survival and ventricular enlargement trial. The SAVE Investigators. *The New England journal of medicine*, **1992**; 327(10), 669–677.

66. **Akdemir N., Canlı Özer Z**. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İn: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Editör: Akdemir N. Güncellenmiş (7. Baskı). Ankara: *Akademisyen Kitabevi* **2021**.

67. **Gardetto, N. J., & Carroll, K. C.** Management strategies to meet the core heart failure measures for acute decompensated heart failure: a nursing perspective. *Critical care nursing quarterly*, **2007**; 30(4), 307–320.

68. **Swedberg, K., Komajda, M., Böhm, M., et al.** Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet (London, England),* **2010**; 376(9744), 875–885.

69. **Cohn, J. N., Archibald, D. G., Ziesche, S., et al.** Effect of vasodilator therapy on mortality in chronic congestive heart failure. Results of a Veterans Administration Cooperative Study. *The New England journal of medicine,* **1986**; 314(24), 1547–1552.

70. **Digitalis Investigation Group.** The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *New England Journal of Medicine,* **1997**; 336(8), 525-533.

71. **Bardy, G. H., Lee, K. L., Mark, D. B., et al.** Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *The New England journal of medicine*, **2005**; 352(3), 225–237.

72. **Burri H.** Cardiac resynchronization therapy for mild-to-moderate heart failure. *Expert review of medical devices*, 2011; 8(3), 313–317.

73. **Özer, S. (Ed.).** ‘‘Olgu Senaryolarıyla’’ İç Hastalıkları ve Hemşireliği (1. Baskı). Çapa, İstanbul: *İstanbul Tıp Kitabevleri* **2019**.

74. **Brake R, Jones ID.** Chronic heart failure part 2: treatment and management. *Nurs Stand*. **2017**; 31(20):53-63.

75. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al.** 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. **2016**; 37(27):2129-2200.

76. **Aksoy, T., & Uçar, H.** Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 1(2), 53-67.

77. **Savucu, Y.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, **2020;** 2(1), 34-43.

78. **Zaybak A, Fadıllıoğlu Ç.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2004**; 20 (1): 77- 95

79. **Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N.** Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği, *TJFMPC*, **2020**; 9(6), 13-21.

80. **Lindgren M, Börjesson M.** The importance of physical activity and cardiorespiratory fitness for patients with heart failure. *Diabetes Res Clin Pract*. **2021**; 176:108833.

81. **Pandey, A., Patel, M., Gao, A., et al.** Changes in mid-life fitness predicts heart failure risk at a later age independent of interval development of cardiac and noncardiac risk factors: the Cooper Center Longitudinal Study. *American heart journal,* **2015**; 169(2), 290-297.

82. **Martin L, Maria Å, Maria S, et al.** Cardiorespiratory fitness and muscle strength in late adolescence and long-term risk of early heart failure in Swedish men, *European Journal of Preventive Cardiology*, **2017**; Volume 24, Issue 8, Pages 876–884.

83. **Pescatello, L. S., Franklin, B. A., et al.** Exercise and hypertension. *Medicine & science in sports & exercise*, 36(3), **2004**; 533-553.

84. **Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, et al.** Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. **2001**; 286(10):1218-27.

85. **Long L, Mordi IR, Bridges C, et al.** Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heartfailure. *Cochrane Database Syst Rev*. **2019**; 1(1):CD003331.

86. **Gomes-Neto M, Durães AR, Conceição LSR, et al.** Effect of Aerobic Exercise on Peak Oxygen Consumption, VE/VCO2 Slope, and Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure with Preserved Left Ventricular Ejection Fraction: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Atheroscler Rep*. **2019**; 21(11):45.

87. **Tambağ, H.** Yaşlilarda Sağlikli Yaşam Biçimi Davranişlari ve Yaşam Doyumu. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, **2013**; 4(16), 23-31.

88. **Küçükberber, N.** Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2010**.

89. **Aktan, I., & Ünsar, S.** Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, **2021;** 6(2), 256-268.

90. **Spertus JA, Jones PG, Sandhu AT, et al.** Interpreting the Kansas City cardiomyopathy questionnaire in clinical trials and clinical care: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* **2020**; 76(20):2379–90.

91. **Comín-Colet J, Martín Lorenzo T, González-Domínguez A, et al.** Impact of non-cardiovascular comorbidities on the quality of life of patients with chronic heart failure: a scoping review. *Health Qual Life Outcomes*. **2020**; 18(1):329.

92. **Baert A, De Smedt D, De Sutter J, et al.** Factors associated with health-related quality of life in stable ambulatory congestive heart failure patients: systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. **2018**; 25(5):472–81.

93. **James S, Barton D, O'Connell E, et al.** Life expectancy for community-based patients with heart failure from time of diagnosis. *Int J Cardiol.* **2015**; 178:268–74.

94. **Albuquerque de Almeida F, Al MJ, Koymans R, et al.** Impact of hospitalisation on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Health Qual Life Outcomes*. **2020**;18(1):262.

95. **Freedland KE, Rich MW, Carney RM.** Improving Quality of Life in Heart Failure. *Curr Cardiol Rep*. **2021**; 23(11):159.

96. **Kaya, G. ve Çıtlık Sarıtaş, S.** Kalp yetersizliği bulunan hastalarda semptom kontrolünde egzersizin önemi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2016**; 7(13), 75-87.

97. **Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S.** Kalp yetersizliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu*, **2007**; 11-33.

98. **Smolis-Bak E, Dabrowski R, Piotrowicz E, et al.** Hospital-based and tele-monitoring guided home-based training program: Effects on exercise tolerance and quality of life in patients with heart failure (NYHA class III) and cardiac resynchronization therapy. *International Journal of Cardiology* **2015**; 199: 442-447.

99. **Uzun M.** Kardiyak rehabillitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* **2007**; 298-304.

100. **Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M.** Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, **1996**; 13, 120-126.

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

102. **Höfer, S., Doering, S., Rumpold, G., et al.** Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *European journal of preventive cardiology*, **2006;** 13(3), 398-406.

103. **Daşkapan, A., Höfer, S., Oldridge, et al.** The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **2008;** 14(2), 209-213.

104. **Höfer, S., Lim, L., Guyatt, G., & Oldridge, N.** The MacNew Heart Disease healthrelated quality of life instrument: a summary. *Health and quality of life outcomes*, **2004;** 2(1), 1-8.

105. **Kahyaoğlu Süt, H., & Ünsar, S.** Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2011;** 11(2).

106. **Alphin, S., Höfer, S., Perk, J., et al.** The MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: A scandinavian validation study. *Social indicators research*, **2015;** 122, 519-537.

107. **İnkaya, B. V., & Oğuz, S.** Kardiyak rehabilitasyon. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2010;** 14(1), 14-19.

108. **Boğan, F., & Korkmaz, M.** Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020;** 11(2), 191-198.

109. **Özen, B.** Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2011**.

110. **Özer, S.** Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, **2002**.

111. **Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz, H.** Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, **2011;** 11, 619-26.

112. **Esim Dudak, F.** Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım Davranışı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir **2023**.

113. **Durmaz, B. N.** Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-Bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2022**.

114. **Ertuğrul, E.** Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, **2021**.

115. **Akkuş, Ş**. Kardiyak Cerrahi Planlanan Hastaların Öz Etkililikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algılarının Belirlenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Manisa, **2021**.

116. **Savaşan, A., Ayten, M., & Ergene, O.** Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, **2013**; 4(1).

117. **Polat, Ü., & Kahraman, B. B.** Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, **2013**; 18(4), 213-218.

118. **Aljabery, M. A., Rajeh Saifan, A., Alrimawi, I., et al.** The Associations Between Patients' Characteristics and the Quality of Life Among Acute Coronary Syndrome Patients in Jordan: A Cross-Sectional Study. *SAGE open nursing*, **2022**; 8, 23779608221129129.

119. **Çayır, M.** Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, **2013**.

120. **Softa, H., Bayraktar, T., & Uğuz, C.** Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **2016;** 9(1), 1-12.

121. **Başarır, S., & Pakyüz, S. Ç.** Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **2015;** 10(1), 19-31.

122. **Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., & Çakmakçı, H.** Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), **2017;** 45-51.

123. **Kuru, N., & Piyal, B.** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2012;** 11(3).

124. **Çelik, A., Kin, Ö. K., & Karadakovan, A.** Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), **2017;** 17-23.

125. **Norgaz, T., Hobikoğlu, G., Aksu, H., Esen, A., Gül, M., Özer, H. O., ... & Narin, A.** ST yükselmeli akut miyokard infarktüsünde hastane öncesi gecikme süresi ile klinik, demografik ve sosyoekonomik etkenlerin ilişkisi: Hasta eğitiminin önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,* 33(7), **2005;** 392-397.

126. **Topçu, B., & Gülcivan, G.** Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), **2017;** 63-74.

127. **Karalar, Ü. Y.** Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerin Tanımlanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2010**.

128. **Özarslan B. Ö.** Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, **2013**.

129. **Karataş, M., & Gölbaşı, Z.** Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2021;** 11(2), 151-158.

130. **Mosleh, S. M., & Darawad, M.** Patients' adherence to healthy behavior in coronary heart disease: risk factor management among Jordanian patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2015;** 30(6), 471-478.

131. **Gür, G., & Sunal, N.** Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi***, 2019;** 6(2), 210-219.

132. **Kınıcı, E.** Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, **2018**.

133. **Kızıloğlu, Ş.** Kronik Hastalığı Olan Yaşlılarda Kaderciliğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığa Uyuma Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, **2022**.

134. **Abbasi, M., Momenyan, S., Eslamimoqadam, F., et al.** Validity and reliability of the MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire in patients with heart failure: the Persian version. *International Cardiovascular Research Journal*, **2017;** 11(4).

135. **Dogan, E. S., Şahin, C. K., Akan, D. D., Çaydam, Ö. D., & Pakyüz, S. Ç.** Kardiyovasküler Hastalığı Olan Bireylerin Gündüz Uykululuk Hali ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergis*i, **2024;** 9(1), 95-100.

136. **Çaloğlu, A.** Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Samsun, **2022**.

137. **Bundgaard, J. S., Thune, J. J., Gislason, G., et al.** Quality of life and the associated risk of all-cause mortality in nonischemic heart failure. *International journal of cardiology*, **2020**; 305, 92–98.

138. **Özer, S., & Argon, G.** Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2005;** 21(1), 63-77.

139. **Ricea H, Saya R , Betihavas V.** The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Education and Counseling* **2018**; 101(3):363-374.

140. **Zengin, N., Ören, B., Yıldız, H., & Akıncı, A. Ç.** Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2012**; 16(2), 41-48.

141. **Akarsu, T.** 65 yaş üstü kalp yetersizliği olan hastalarda akılcı ilaç kullanımı ile hastalığa uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Aydın, **2022**.

142. **Acar Demirel, C.** Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir **2023**.

143. **Salık, S., & Sarıtaş, S. Ç.** Kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs,* **2021;** 12(29), 173-182.

144. **Iqbal J, Francis L, Reid J, et al.** Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur J Heart Fail* **2010**; 12(9):1002-8.

145. **Çal A, Altay B.** The quality of life and home care needs of patients treated for health failure. Pak Heart J **2017**; 50(01):1320.

146. **Silavanich, V., Nathisuwan, S., Phrommintikul, A., & Permsuwan, U.** Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. *Heart & lung : the journal of critical care*, 2019; 48(2), 105–110.

147. **Reddy, Y. N., Rikhi, A., Obokata, et al.** Quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: importance of obesity, functional capacity, and physical inactivity. *European journal of heart failure*, **2020;** 22(6), 1009-1018.

148. **Årestedt, K., Saveman, B. I., Johansson, P., & Blomqvist, K.** Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, **2013;** 12(1), 69–77.

149. **Efe, H. F., & Olgun, N.** Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* **2011;** 18(1), 1-13.

150. **Paz, L. F. A., Medeiros, C. A., Martins, S. M., et al.** Quality of life related to health for heart failure patients. *Revista brasileira de enfermagem*, **2019**; 72(suppl 2), 140–146.

151. **Annaç, S.** Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, **2018**.

152. **Aktan, I.** Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, **2021**.

153. **Kılıc, S.** Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders,* **2016;** 6(1), 47-48.

154. **Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N.** Sosyal Bilimler için İstatistik (7. Baskı). Ankara: *Pegem Akademi.* **2011;** Sayfa 48 ve 63.

155. **Habibzadeh, H., Shariati, A., Mohammadi, F., & Babayi, S.** The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study. *BMC cardiovascular disorders*, **2021;** 21(1), 478.

156. **Samiei Siboni, F., Alimoradi, Z., & Atashi, V.** Health-Promoting Lifestyle: A Considerable Contributing Factor to Quality of Life in Patients With Hypertension. *American journal of lifestyle medicine*, **2018;** 15(2), 191–199.

157. **Moradi, A., Moeini, M., & Sanei, H.** The Effect of Interactive Text Message Follow-up on Health Promoting Lifestyle of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, **2017;** 22(4), 287–293.

158. **Lisiak, M., Uchmanowicz, I., & Wontor, R.** Frailty and quality of life in elderly patients with acute coronary syndrome**.** *Clinical interventions in aging*, **2016;** 11, 553–562.

159. **Alaloul, F., AbuRuz, M. E., Moser, et al.** Factors associated with quality of life in Arab patients with heart failure. *Scandinavian journal of caring sciences*, **2017;** 31(1), 104–111.

160. **Chen, L., Gong, Y., & Yuan, L.** Health behaviour and its determinants in elderly patients with chronic diseases: evidence from Jiangsu Province, China. *BMC geriatrics*, **2022;** 22(1), 297.

161. **Kadıoğlu, H.** Evren ve örneklem. *Erişim adresi http://sbf. marmara. edu. tr/dosya/sbf/ders% 20notlar% C4% B1/evren% 20ve*, *20*, C3, **2021**. Erişim Tarihi: 17.09.2024.

EKLER

EK 1: Hasta Tanıtım Formu

Sayın Katılımcı, bu araştırma **Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin** belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler başka amaçla kullanılmayacak, sonuçlar toplu halde analiz edilecek ve isminiz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasındadır istemediğiniz takdirde bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Bu bilimsel araştırmaya desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. **Hastanın Yaşı: …..**
2. **Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek
3. **Eğitim durumu:** ( ) Okur yazar ( ) İlk okul ( ) Orta okul ( ) Lise ( ) Üniversite
4. **Medeni durumunuz?** ( ) Evli ( ) Ayrı ( ) Bekar ( ) Eşi vefat etmiş
5. **Çocuk sayınız?** .....
6. **Meslek:** ( ) Memur ( ) İsçi ( ) Ev hanımı ( ) Emekli ( )Serbest Meslek ( )Çalışmıyor
7. **Sosyal güvence:** ( ) Var ( ) Yok
8. **Aylık gelir düzeyiniz nasıl?**( ) Gelir Giderden fazla ( ) Gelir gidere eşit ( )Gelir giderden az
9. **Birlikte yaşadığınız kişi/ kişiler kimdir?** .....
10. **Yaşantınızın büyük çoğunluğunun geçtiği yer neresidir?** ( )İl ( ) İlçe ( ) Köy
11. **Sigara kullanıyor musunuz?** ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım.
12. **Alkol kullanıyor musunuz?** ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım.
13. **Kalp yetersizliği tanısından itibaren geçen süre?** …….....ay
14. **Kalp yetersizliği nedeniyle son 1 yılda polikliniğe kaç defa başvurdunuz?**.....
15. **Kalp yetersizliği nedeniyle daha önce hastaneye yattınız mı?** ( ) Evet ( ) Hayır
16. **Ek bir Kronik rahatsızlığınız var mı?** (Varsa belirtiniz)

.....……

17. Ailenizde kalp yetersizliği hastalığı olan bir birey var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

18. Sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

19. Kalp yetersizliği size ne derece zorluk yaşatıyor?

( ) Günlük işlerimi yaparken kısıtlanma yaşamıyorum (Sınıf 1)

( ) Günlük işlerimi yaparken hafif kısıtlanma yaşıyorum (Sınıf 2)

( ) Günlük işlerimi yaparken belirgin kısıtlanma yaşıyorum (Sınıf 3)

( ) Dinlenirken bile nefes almakta güçlük çekiyorum (Sınıf 4)

20. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız? ( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) İyi ( ) Çok İyi

21. EF Değeri…….

EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

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

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürür				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				

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

EK-3: Macnew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi

Aşağıdaki sorulara verilecek cevaplar son iki haftaya ilişkindir.

1) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman kendinizi sinirli, sabırsız veya öfkeli hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

2) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi değersiz veya yetersiz hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

3) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi kalp probleminizle meşgul olabilecek kadar güvenli ve emin hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

4) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman kendinizi keyifsiz ve kederli hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

5) Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman kendinizi rahatlamış ve huzurlu hissettiniz?

a. Her zaman

b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

6) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi yorgun ve halsiz hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

7) Son iki hafta boyunca, özel yaşantınızla ilgili olarak ne kadar mutlu, hoşnut veya memnunsunuz?

a. Çoğunlukla hoşnutsuz, çoğu zaman mutsuz
b. Genelde hoşnutsuz, mutsuz
c. Biraz hoşnutsuz, mutsuz
d. Genellikle hoşnut
e. Genellikle mutlu
f. Genellikle çok mutlu
g. Çok mutlu ve memnun

8) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi huzursuz ve tedirgin hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

9) Son iki hafta boyunca, günlük fiziksel aktivitelerinizi yaparken ne kadar nefes darlığı çektiniz?

a. Aşırı nefes darlığı
b. Çok nefes darlığı
c. Epeyce nefes darlığı
d. Orta düzeyde nefes darlığı
e. Biraz nefes darlığı
f. Çok az nefes darlığı
g. Nefes darlığı yok

10) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi ağlayacakmış gibi hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

11) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi kalp probleminizden öncesine göre daha bağımlı hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

12) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla sosyal veya ailenizle ilgili aktivitelerinizi gerçekleştirmede kendinizi yetersiz hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

13) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla diğer kimselerin size olan güveninin kalp probleminizden öncesi gibi olmadığımı hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

14) Son iki hafta boyunca, günlük aktivitelerinizi yaparken ne kadar sıklıkta göğüs ağrısı çektiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen

e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

15) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizden emin olmadığınızı veya kendinize olan güveninizde azalma olduğunu hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

16) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla bacaklarınızda ağrı ve yorgunluk hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

17) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, egzersiz veya spor ne kadar limitlisiniz?

a. Aşırı derecede limitli
b. Çok limitli
c. Epeyce limitli
d. Orta derecede limitli
e. Biraz limitli
f. Az limitli
g. Limitsiz

18) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi endişeli ve korkulu hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

19) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi şaşkın ve sersemlemiş gibi hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

20) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi kısıtlı ya da limitli hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

21) Son iki hafta boyunca, ne kadar fiziksel aktivite veya egzersiz yapmanız gerektiği hakkında, kendinizi ne sıklıkta, endişeli hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

22) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla ailenizi size karşı aşırı koruyucuymuş gibi hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

23) Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkla kendinizi diğer kişiler üzerinde yükmüş gibi hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık

d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

24) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta kendinizi diğer kişilerle birlikte yapılan işlerden ayrı tutulmuş hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

25) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta kendinizi sosyalleşmede yetersiz hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

26) Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz nedeniyle, fiziksel yönden ne kadar kısıtlı veya limitli hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

27) Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin cinsel hayatınızı limitlediğini veya engellediğini hissettiniz?

a. Her zaman
b. Çoğunlukla
c. Sık sık
d. Bazen
e. Az
f. Nadiren
g. Hiçbir zaman

EK-4: Ölçek Kullanım İzni

Ek-5: Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
137		13 Ekim 2023

KARAR NO 66. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktor Öğretim Üyesi Gülşah Kımaş yönetiminde, Mehmet Ağaslan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

EK-6: Yazılı Kurum İzni

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-96172664-050.06.04-230537619 01.12.2023
Konu : Bilimsel Araştırma Talebi (Mehmet AĞASLAN)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Mehmet AĞASLAN tarafından, ekte bulunan başvuru ile, SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmek istenen **"Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlşkinin İncelenmesi"** başlıklı bilimsel çalışma için araştırma talebi **"Adana İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu"** tarafından 29 Kasım 2023 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir.

Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge Proje Koordinatörlüğüne sunulması koşulu ile uygun bulunduğunun talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve Gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU
İl Sağlık Müdürü a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Araştırma Talebi (Mehmet AĞASLAN).pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır
Belge doğrulama kodu: 635EBDBF-1F87-4F20-A671-72097BA86DB0 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Yenibaraj Mahallesi 68008 Sok. Seyhan/ADANA 01150
Telefon No: 03224557000
e-Posta: adana.khb0@saglik.gov.tr İnternet Adresi: adanaism.saglik.gov.tr
Kep Adresi: adanaism01h01.kep.tr
Bilgi için: GÜLAY KIÇE
Hemşire
Telefon No: 03223441911

EK-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı; bu çalışma bir araştırma olup, Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma için hastalardan; Hasta tanıtım formu, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve Macnew kalp hastalığı ölçeği kullanılacaktır.

Gönüllünün araştırmaya katılımı tamamen isteğe bağlı olup, istediği zaman diliminde, herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedilir ya da araştırmadan çekilebilirsiniz. Paylaştığınız bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ya da gönüllünün katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü zamanında bilgilendirilecektir. Araştırmaya katılım için veri toplama formundaki sorularını yanıtlamanız yeterli olup bu, yaklaşık 15 dakikalık süreyi içermektedir.

"Bilgilendirilmiş gönüllü onur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

Gönüllünün	**Araştırmacının**
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

ÖZGEÇMİŞ